université de BORDEAUX

THÈSE PRÉSENTÉE

POUR OBTENIR LE GRADE DE

DOCTEURE DE

L'UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

ÉCOLE DOCTORALE

DROIT

Par Elodie MARILLER

Les droits du patient en prison et en soins psychiatriques sans consentement

Sous la direction de Monsieur le Professeur Alexandre ZABALZA

Soutenue le 9 décembre 2024

Membres du jury :

Monsieur ZABALZA Alexandre, Professeur, Université de Bordeaux, Directeur de Thèse.
Monsieur MARGAINE Clément, Professeur, Université de Poitiers, Président du jury
Madame SIMON Anne, Professeure, Université d'Artois, Rapporteure.
Madame BRIARD Mathilde, Maitresse de conférences, Université de Bordeaux, Examinatrice.

Membre invité :

Madame PAIN-MASBRENIER Marie-Thérèse, Docteure en Droit, Invitée.

HOMMAGE

En premier lieu, je remercie tout naturellement Monsieur le Professeur Alexandre ZABALZA qui, après la direction de mon mémoire de Master II en Droit de la santé, a accepté de diriger cette thèse. Je le remercie très sincèrement pour sa patience, son soutien, et sa bienveillance tout au long de ces années.

Je remercie Monsieur le Professeur Clément MARGAINE. Vous m'avez fait l'honneur d'être membre de ce jury. Soyez-en vivement remercié.

Je souhaiterais ensuite exprimer ma profonde reconnaissance à Madame la Professeure Anne SIMON, qui a une nouvelle fois accepté de porter une lecture attentive et critique sur mon travail.

Je remercie également Madame Mathilde BRIARD. Vous m'avez fait l'honneur d'être membre de ce jury. Soyez-en vivement remerciée.

Je remercie très chaleureusement Madame Marie-Thérèse PAIN-MASBRENIER, qui m'a soutenue depuis la 3ème année de licence de Droit, et m'a entièrement formée au métier de formatrice/consultante et évaluatrice qualité, avec toute la passion et la bienveillance qui la caractérise.

Je tiens également à exprimer ma plus sincère gratitude à l'ensemble des enseignants qui m'ont transmis leur savoir. À cet égard, j'adresse plus particulièrement mes remerciements à Madame Claude CHIOTTI qui, de la première à la terminale STG, m'a permis de reprendre confiance en moi après une période des plus troubles. Parce que leur humour, leur dynamisme et leur enseignement demeureront toujours pour moi une source d'inspiration, je remercie également Madame Florence MERLE, Monsieur le Professeur Grégoire LOISEAU, Monsieur Jérôme CASEY, Monsieur le Professeur Pascal COMBEAU et Monsieur le Professeur Jean-Pierre DUPRAT. Enfin, bien qu'il ne soit plus des nôtres aujourd'hui, mes pensées vont également à Monsieur Yves BIANCO-BRUN, qui fut l'un des premiers témoins des prémices de ce travail.

Je remercie également l'ensemble des professionnels et des patients rencontrés au cours de ces années dans le cadre des actions de formations ou d'évaluations. Merci d'avoir partagé avec moi, et sans réserve, vos expériences. Ces dernières ont été une véritable source d'inspiration pour mener à bien cette thèse. J'adresse également tous mes remerciements à Véronique VEILLON et Catherine DEPLAIX qui m'ont accueillie avec bienveillance au sein de l'ASMR.

Je remercie aussi l'ensemble de mes proches et amis, qu'ils soient présents ou accueillis parmi les étoiles, qui m'ont toujours soutenue et qui, par les sacrifices consentis, m'ont permis de réaliser mes rêves. Je remercie plus particulièrement mes parents et mes grands-parents paternels pour les valeurs qu'ils m'ont transmises, mais aussi pour leur soutien indéfectible. Je remercie également Michelle et Bruno pour leurs encouragements et conseils.

Merci à Tiphanie, Estelle, Thaïs, Édouard, Cézar, Karl, Léo et Jérémy pour leur soutien. J'ai également une pensée particulière pour Oriane qui, depuis plus de 20 ans, trouve la force de me supporter et qui m'a offert, avec Romain et Maëlys, des moments de bonheur et de rire sans limite. Un grand merci à Françoise pour les nombreuses impressions effectuées et sa gentillesse. Merci également à Carole pour son soutien, son écoute, et la transmission de l'opacarophilie. Je remercie également Aurélien qui a accepté de délaisser ses cyclodextrines et autres molécules, pour découvrir l'univers du Droit. Enfin, ma dernière pensée s'adresse à Vincent, qui a su me donner la force de finir ce travail en m'entourant de toute son affection et d'un soutien à toute épreuve.

ABRÉVIATIONS UTILISÉES

AAI	Autorité administrative indépendante
ADSP	*Actualité et dossier en santé publique*
AJDA	*Actualité juridique de Droit administratif*
AJ Pénal	*Actualité juridique de Droit pénal*
al.	Alinéa
anc.	Ancien
ARS	Agence régionale de santé
art.	Article
BNDS	Bibliothèque numérique de Droit de la santé et d'éthique médicale
c/	Contre
CA	Cour d'appel
CAA	Cour administrative d'appel
CASF	Code de l'action sociale et des familles
Cass. Civ.,	Arrêt de chambre civile de la Cour de cassation
Cass. Crim.,	Arrêt de chambre criminelle de la Cour de cassation
C. civ.	Code civil
CCNE	Comité consultatif national d'éthique
C. const.	Conseil constitutionnel
CDSP	Commission départementale des soins psychiatriques
CDU	Commission des usagers
CE	Conseil d'État
CEDH	Cour européenne des droits de l'Homme
CESDH	Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales
CGLPL	Contrôleur général des lieux de privation de liberté
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHS	Centre hospitalier spécialisé
chron.	Chronique
CJUE	Cour de justice de l'Union européenne

coll.	Collection
CME	Commission médicale d'établissement
CNCDH	Commission nationale consultative des droits de l'Homme
CNPE	Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées
CNRS	Centre national de la recherche scientifique
CSP	Code de la santé publique
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CPOM	Contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens
CPP	Code de procédure pénale
CPT	Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants
D.	*Recueil Dalloz*
DAP	Directives anticipées en psychiatrie
DGS	Direction générale de la santé
DGOS	Direction générale de l'offre de soins
DIM	Département d'information médicale
(dir.)	Sous la direction de (ouvrage collectif, mémoire ou thèse)
DMP	Dossier médical partagé
Dr. Pénal	*Revue Droit pénal*
DSPSC	Détenu(s) ou en soins psychiatriques sans consentement
éd.	Édition
EHESP	École des hautes études en santé publique
EPSM	Établissement public de santé mentale
ETP	Éducation thérapeutique du patient
Gaz. Pal.	*Gazette du Palais*
GENESIS	Gestion nationale des personnes écrouées pour le suivi et la sécurité
GHT	Groupement hospitaliers de territoire
HAD	Hospitalisation à domicile
in	Dans (référence d'un article au sein d'un ouvrage collectif)
JAF	Juge aux affaires familiales
JCP A	*Juris-Classeur Périodique (La semaine juridique, édition administrations et collectivités territoriales)*
JCP G	*Juris-Classeur Périodique (La semaine juridique, édition générale)*

JDSAM	*Journal du Droit de la santé et de l'Assurance maladie*
JIB	*Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences*
JLD	Juge des libertés et de la détention
JORF	Journal officiel de la République française
L.	Loi
LGDJ	Librairie générale de droit et de jurisprudence
LPA	*Les Petites Affiches*
MCO	Médecine, chirurgie, obstétrique
n°	Numéro
OMS	Organisation mondiale de la santé
OPE	Obligation procédurale d'enquête
Ord.	Ordonnance
op. cit.	*Opus citatum* (œuvre citée)
p.	Page
pp.	Pages
PRAPS	Programme régional d'accès à la prévention et aux soins
PRS	Projet régional de santé
PTS	Projet territorial de santé
PTSM	Projet territorial de santé mentale
PUAM	Presses universitaires d'Aix-Marseille
PUF	Presses universitaires de France
QPC	Question prioritaire de constitutionnalité
QHS	Quartier de haute sécurité
RDLF	*Revue des droits et des libertés fondamentaux*
Rép. Pén	*Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*
Req.	Chambre des requêtes de la Cour de cassation
RDPC	*Revue de droit pénal et de criminologie*
RDSS	*Revue de droit sanitaire et social*
RFAS	*Revue française des affaires sociales*
RFDA	*Revue française de droit administratif*
RGDM	*Revue générale de droit médical*
RIDP	*Revue internationale de droit pénal*
RJPF	*Revue juridique personne et famille*
RLDC	*Revue Lamy droit civil*

RPDP	*Revue pénitentiaire et de droit pénal*
RPE	Règles pénitentiaires européennes
RSC	*Revue de sciences criminelles*
RTD Civ.	*Revue trimestrielle de droit civil*
RTDH	*Revue trimestrielle des droits de l'homme*
s.	Et suivants
SAMU	Service d'aide médicale urgente
SDT	Soins psychiatriques à la demande d'un tiers
SMPR	Service médico-psychologique régional
SPSC	Soins psychiatriques sans consentement
SPDRE	Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État
SPI	Soins psychiatriques en cas de péril imminent
TA	Tribunal administratif
T. corr.	Tribunal correctionnel
TGI	Tribunal de grande instance
trad.	Traduction
UHSA	Unité hospitalière spécialement aménagée
UHSI	Unité hospitalière sécurisée interrégionale
UMD	Unité pour malades difficiles
USMP	Unité sanitaire en milieu pénitentiaire
V.	Voir
vol.	Volume

SOMMAIRE

Introduction

Partie I : LA CONSTRUCTION DES DROITS DES PATIENTS DSPSC

Titre I : LA SPÉCIFICITÉ DU DROIT À LA PROTECTION DE LA SANTÉ DANS CES ESPACES CONTRAINTS

Chapitre 1 : Une spécificité limitée à l'égard des droits fondamentaux des patients DSPSC

Chapitre 2 : Une spécificité induite par la privation de liberté

Titre II : LA PRISE EN COMPTE DE L'EXPRESSION DE LA PERSONNE DANS LES DROITS DES PATIENTS DSPSC

Chapitre 1 : La prise en compte de l'expression du patient par le corps médical

Chapitre 2 : La prise en compte de l'expression du patient par l'établissement de santé

Partie II : L'EFFECTIVITÉ DES DROITS DES PATIENTS DSPSC

Titre I : L'EFFECTIVITÉ FRAGILISÉE DES DROITS DES PATIENTS DSPSC

Chapitre 1 : Une effectivité affaiblie par l'organisation des soins

Chapitre 2 : Une effectivité menacée par les pratiques professionnelles

Titre II : L'EFFECTIVITÉ RENFORCÉE DES GARANTIES DES PATIENTS DSPSC

Chapitre 1 : La reconnaissance par le juge de garanties effectives en faveur des patients DSPSC

Chapitre 2 : Le rôle des acteurs extrajudiciaires dans la garantie des droits des patients DSPSC

INTRODUCTION

« *Les hommes construisent trop*
de murs et pas assez de ponts » -
Issac NEWTON

Une situation sanitaire délétère. De nos jours, la situation sanitaire délétère dans laquelle se trouvent les établissements pénitentiaires et psychiatriques n'est plus un secret. Depuis sa création[1], le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) fait état d'une dégradation constante du « cadre de vie »[2]. Pourtant, comme le soutenait Robert BADINTER, si « le respect des droits de l'homme est le socle moral de notre société[3] », au point de s'étendre à l'accès aux soins, il ne devrait pas connaître d'exception que ce soit dans les prisons, ou dans les établissements accueillant des personnes en soins psychiatriques. Néanmoins, la presse générale et spécialisée fait régulièrement état de problématiques importantes en ces lieux, en particulier sur le plan sanitaire.

Les patients détenus ou en soins psychiatriques sans consentement (DSPSC) : des patients spéciaux ? Si une distinction s'opère entre les personnes détenues et les personnes admises en soins psychiatriques, un parallélisme peut être établi entre la perception de ces deux catégories de personnes par la société ainsi que leur prise en considération par le Droit : elles sont toujours traitées de manière indépendante par rapport à la population dite libre. Si les spécificités inhérentes à leur situation juridique et médicale nécessitent la mise en place de dispositifs adaptés, elles ne doivent pas justifier le développement illimité d'un cadre légal dérogatoire aux principes fondamentaux de notre Droit. Cette dynamique doit transparaitre à l'égard de l'ensemble des règles applicables dans ces lieux singuliers, y compris sur le plan sanitaire. Pour cela, la qualité de patient à

[1] Le CGLPL fut introduit en France par la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n° 253 du 31 octobre 2007, Texte n° 1.
[2] Outre ses rapports d'activité annuels, le CGLPL réalise des recommandations ou encore des rapports thématiques. V. par exemple CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022 ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Paris, Dalloz, 2020.
[3] BADINTER Robert, « Préface », *in* ZIENTARA-LOGEAY Sandrine (dir.), *Les conditions de détention, condition de la détention*, Paris, LexisNexis, 2021, p. XI.

l'égard des personnes placées en prison ou en soins psychiatriques sans consentement (SPSC) doit pouvoir s'appliquer.

Le patient et le malade. Dans le langage courant, les notions de patient et de malade ont tendance à être tenues pour synonymes. Pourtant, une distinction peut être opérée. Désigné comme « celui ou celle qui subit ou qui va subir un examen médical ou une opération médicale[4] », le patient, dans le cadre de sa relation au médecin, est acteur de son propre parcours de soins depuis la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002[5]. Ce dernier prend, à l'intérieur du *colloque singulier*[6], les décisions concernant sa santé[7]. À côté de cette définition, est réputée malade la personne « dont la santé est altérée ; qui est atteinte de maladie ; qui éprouve un malaise[8] ». *A priori*, la logique voudrait que ce malade se fasse ausculter par un médecin afin de tenter de soulager son mal. Cependant, rien ne l'y oblige[9]. Ce choix est par principe[10] strictement personnel.

Lorsqu'un patient consulte volontairement un praticien, l'auscultation peut être motivée par un motif préventif ou de contrôle[11], et non obligatoirement curatif. En conséquence, un patient n'est pas obligatoirement un malade, et inversement, un malade n'a pas toujours la qualité de patient. La distinction entre ces deux notions repose ainsi sur le fait que la personne soit prise en charge à quelque titre que ce soit, par un professionnel de santé.

Si cette distinction lexicale semble avoir un intérêt limité, il nous faut rappeler que pendant de nombreuses années, le malade fut perçu comme un être faible qu'il fallait protéger[12]. Ce dernier fut même considéré comme « un jouet, à peu près complètement aveugle, très douloureux et essentiellement passif, qui n'a qu'une connaissance imparfaite

[4] *Trésor de la langue française* (en ligne), V° Patient.
[5] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, Texte n° 1.
[6] « Le colloque singulier est, dans son acception première, la relation bilatérale et protégée, en confiance, du médecin et de son patient. Selon une expression fréquemment prêtée à HIPPOCRATE, c'est "la rencontre d'une confiance et d'une conscience". Cette notion est essentielle dans la pratique hippocratique qui voit le médecin et le patient comme des alliés dans l'observation, le pronostic et éventuellement le traitement de la maladie perçue comme une crise dans la vie du patient. Cette définition a été récemment modifiée et la paternité de l'expression "colloque singulier" est désormais attribuée à Louis PORTES ». HARDY Anne-Chantal, *Travailler à guérir. Sociologie de l'objet du travail médical*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2013, p. 23.
[7] Article L. 1111-4 alinéa 1 du CSP.
[8] *Trésor de la langue française* (en ligne), V° Malade.
[9] Grâce à l'automédication, une personne malade peut se procurer certains produits de santé pour tenter d'enrayer sa pathologie. La personne malade peut choisir de recourir aux médecines parallèles ou thérapies alternatives telles que l'hypnothérapie. Enfin, elle peut refuser de se soigner.
[10] Si par principe le patient dispose de la liberté de se faire soigner, il existe des situations où l'acte médical est obligatoire. Tel est le cas des hypothèses de vaccinations obligatoires prévues à l'article L. 3111-2 du CSP.
[11] Tel est le cas par exemple des consultations médicales pour l'obtention d'un certificat médical pour la pratique sportive.
[12] LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand., TABUTEAU Didier, *Droit de la santé*, 3ème éd., Paris, PUF, coll. Thémis Droit, 2012, p. 290.

de lui-même[13] ». La relation « médecin-malade[14] » conduisait parfois à une dépersonnalisation de la relation de soins dans la mesure où les intérêts médicaux paraissaient plus axés sur la maladie que sur le malade[15], pour finalement perdre la dimension humaine du soin[16] et de la pratique médicale. Transcendant la condition du « malade », le terme dérivé du « *pathos* » demeure le lieu singulier de la souffrance que l'on rattache à la « personne humaine[17] ». L'utilisation du terme « patient » sera donc privilégiée dans le cadre de cette étude.

Cette précision faite, il nous faut désormais porter notre attention sur la définition des expressions « patient en prison » ainsi que « patient en soins psychiatriques sans consentement ».

Définition du patient détenu. Selon l'article D. 50 du Code de procédure pénale (CPP), « sont désignées dans le présent titre par le mot "détenus", les personnes faisant l'objet d'une mesure privative de liberté à l'intérieur d'un établissement pénitentiaire ». Il s'agit des personnes admises sous le régime de la détention provisoire[18] ainsi que les personnes incarcérées qui exécutent leur peine au titre d'une décision de justice ayant autorité de la chose jugée.

Au cours de cet enfermement, il n'est pas rare que la santé physique et/ou psychique de la personne détenue soit altérée. Pour éviter toute dégradation de son état de santé, cette dernière va être présentée à un professionnel de santé pour une auscultation. À cet instant, bien que la qualité de « détenu » demeure, une autre qualité se cumule : celle de patient. Dans la mesure où la prison n'a pas vocation à être un lieu de soins, il semble logique que la prise en charge médicale des patients détenus puisse s'effectuer hors des murs de l'établissement pénitentiaire. Puisque le régime de la détention continue de s'appliquer au cours de cette prise en charge extracarcérale[19], la qualité de « patient

[13] PORTES Louis, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, PUF, 1954, p. 159.
[14] La relation « médecin-patient » constitue toujours l'essence même de toute relation de soins. Cependant, cette dernière ne s'inscrit pas uniquement dans le cadre d'une relation privée et individuelle. Elle comporte aussi une dimension collective dans la mesure où elle s'inscrit dans notre système de santé.
[15] LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand., TABUTEAU Didier, *op.cit.*, p. 160.
[16] V. notamment à ce sujet la théorie de l'éthique du *care* développée à l'origine par Carol GILLIGAN à la fin du 20ème siècle.
[17] Étymologiquement, l'adjectif « humain » provient du latin « *humanus* ». Selon le Doyen CORNU, cette notion renvoie à « la personne physique considérée en sa totalité physique et psychique (corps et esprit), entité magnifiée en tant qu'elle est porteuse de toutes les valeurs prééminentes inhérentes à l'espèce humaine ». CORNU Gérard (dir.), *Vocabulaire juridique*, 12ème éd., Paris, PUF, coll. Quadrige, 2018, V° Humain.
[18] Les personnes sous le régime de la détention provisoire sont nommées des prévenus. Cette qualité s'applique aux personnes placées dans le cadre de l'instruction selon les dispositions de l'article 144 du CPP ou dans le cadre de la comparution immédiate conformément à l'article 396 du même code. Revêtent également la qualité de prévenu l'ensemble des détenus condamnés ayant formé opposition, appel ou pourvoi, et ce, tant qu'une condamnation pénale définitive n'a pas été rendue.
[19] Article R. 322-12 du Code pénitentiaire.

détenu » s'appliquera à toute personne détenue prise en charge par un professionnel de santé, indifféremment du lieu de soins.

Définition du patient en SPSC. La définition du patient en SPSC pose moins de difficulté dans la mesure où elle est prévue par la loi. Selon l'article L. 3211-2-1 du CSP, « une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement ». De manière concrète, est considéré comme patient en SPSC celui qui est admis à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent[20] ainsi que sur décision du représentant de l'État[21]. À ces deux catégories se rajoutent les dispositions de l'article 706-135 du CPP[22] relatives à l'irresponsabilité pénale, conformément aux dispositions de l'article L. 3211-2 du CSP.

Une conciliation surprenante. Classiquement, il est admis que les missions sous-jacentes à l'institution carcérale se distinguent de celles attribuées à l'institution psychiatrique[23]. En conséquence, le souhait, de vouloir concilier, dans la même étude, ces deux thématiques peut surprendre. Pourtant, en dépit de leurs objectifs antinomiques (à savoir) : « punir » pour la première, et « soigner » pour la seconde, plusieurs rapprochements peuvent être établis.

Une privation de liberté commune. Parmi les similitudes qui existent entre la prison et les soins psychiatriques sans consentement, la *privation de la liberté d'aller et de venir*[24] se présente comme le point commun le plus évident. Cette liberté ayant une valeur constitutionnelle[25], toute atteinte qui y est faite doit être justifiée par un motif d'ordre public. Elle ne peut se fonder sur des éléments arbitraires[26]. Ainsi, la décision qui marque

[20] Articles L. 3212-1 à L. 3212-12 du CSP.
[21] Articles L. 3213-1 à L. L. 3213-11 du CSP.
[22] Article 706-135 du CPP.
[23] Dans la représentation commune, les SPSC sont instaurés dans une finalité thérapeutique. Le but est de tenter de soigner les patients atteints d'un ou de plusieurs troubles mentaux, qui sont dans le déni de leurs troubles ou qui sont opposés aux soins. V. BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 24. Dans une autre dynamique et utilité sociale, la prison a, initialement, une finalité punitive. Elle désigne le cadre dans lequel toute personne ayant commis une infraction sanctionnée par une peine privative de liberté est enfermée pour y effectuer sa peine. Cependant, le législateur ne se limite pas à cet unique aspect puisqu'il met en avant l'idée selon laquelle la prison aurait une finalité resocialisante. Ainsi, selon l'article 707 II du CPP, « le régime d'exécution des peines privatives et restrictives de liberté vise à préparer l'insertion ou la réinsertion de la personne condamnée afin de lui permettre d'agir en personne responsable, respectueuse des règles et des intérêts de la société et d'éviter la commission de nouvelles infractions ». Cette idée fut mise en avant dans l'article préliminaire de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009. Ces points sont rappelés dans le Code pénitentiaire aux articles L. 113-4 et L. 113-5.
[24] La liberté d'aller et de venir peut être définie comme « le droit pour chacun de se déplacer librement dans le pays dont il est le national. C'est un principe de valeur constitutionnelle, étendu aux citoyens de l'Union européenne (art. 20 TFUE qui consacre la liberté de circuler des citoyens européens au sein de l'Union) ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry (dir.), *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., Paris, Dalloz, 2022, p. 643.
[25] C. const., 12 juillet 1979, n° 79-107 DC « *Ponts à péage* ».
[26] Tel était le cas des lettres de cachet. Sous l'Ancien Régime, cette expression désigne une « lettre du roi contresignée par un secrétaire d'État, fermée du cachet royal et qui contenait un ordre d'emprisonnement ou d'exil ». *Trésor de la langue française* (en ligne), V° « Cachet ».

la restriction totale ou partielle de cette liberté relève toujours d'une autorité médicale, administrative ou judiciaire[27]. En toutes circonstances, et dans chacune des hypothèses précédemment évoquées, la privation de liberté devra être proportionnée, individualisée, au regard notamment de la dangerosité[28] de l'individu.

Des patients vulnérables et précaires. Les patients DSPSC sont également dans une situation de vulnérabilité et de précarité. Dans le sens commun, est vulnérable celui qui « peut être blessé, et par extension, celui qui par ses insuffisances, ses imperfections, ses faiblesses, peut donner prise à des attaques[29] ». L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) ne donne pas de définition de cette notion, mais considère comme telles « les personnes qui sont relativement ou totalement incapables de protéger leurs propres intérêts[30] ». La lettre et l'esprit de cette formulation se retrouvent dans notre législation interne[31] et s'appliquent à l'égard des patients de notre étude[32].

Très souvent, la vulnérabilité côtoie la précarité. Selon Joseph WRESINSKI, « la précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et aux familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux (…). Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand, elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de réassumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible[33] ». Aujourd'hui, la notion de précarité peut s'appliquer aux différentes sphères de la vie d'une personne. Il

[27] Si une incarcération au sein d'un établissement pénitentiaire résulte obligatoirement d'une condamnation pénale prononcée par le juge, il n'en va pas toujours de même pour l'instauration des SPSC. Cette dernière peut résulter d'une décision judiciaire, mais également d'une décision administrative ou familiale.

[28] Selon l'OMS, la dangerosité est définie comme « l'usage délibéré ou la menace d'usage délibéré de la force physique ou de la puissance contre soi-même, contre une autre personne ou contre un groupe ou une communauté, qui entraine ou risque d'entrainer un traumatisme, un décès, un dommage moral, un mal-développement ou une carence ». V. OMS, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002 (en ligne), https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42545/9242545619_fre.pdf. Comme de nombreux concepts, elle a été appréhendée au fil des siècles par plusieurs disciplines, dont notamment les sciences criminelles. En la matière, BENTHAM la désigna sous le terme « d'alarme ». Cependant, son appréhension par les sciences criminelles revient aux positivistes italiens, et plus particulièrement à GAROFALO. Selon ce dernier, la dangerosité, ou l'état dangereux, se définit comme la très grande probabilité qu'un individu commette un délit. Cette dernière serait conditionnée par deux facteurs qui sont la capacité criminelle et le degré d'adaptabilité de l'individu. Les différentes combinaisons opérées par ces deux facteurs constituent différentes formes d'état dangereux et seront d'ailleurs reprises quelques années plus tard par PINATEL dans sa théorie de la personnalité criminelle. V. Cours de criminologie générale de Monsieur Yves BIANCO-BRUN, 2012-2013.

[29] *Dictionnaire Larousse*, (en ligne), V. « Vulnérabilité ».

[30] BOUET Patrick, « Soigner c'est aussi protéger », *Comment renforcer la bientraitance des personnes vulnérables ?, Bulletin de l'Ordre national des médecins*, n° spécial « Personnes vulnérables », octobre-novembre-décembre 2015, p. 3.

[31] Selon l'article 223-15-2 du Code pénal, la vulnérabilité d'une personne peut être due à son âge, à une maladie, à une infirmité, à une déficience physique ou psychique ou à un état de grossesse.

[32] La notion de vulnérabilité ne devra pas être uniquement appréhendée sur le plan médical. Elle devra également inclure la dépendance du patient, en particulier lorsque ce dernier éprouve des difficultés à s'exprimer ou à faire comprendre ses choix. Nous verrons plus en détail dans les développements suivants les conséquences que peuvent avoir l'analphabétisme et l'illettrisme dans le respect des droits des patients.

[33] WRESINSKI Joseph, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », JORF du 28 février 1987, p. 14.

n'est pas rare de voir employées des expressions telles que « précarité sociale » ou encore « précarité familiale ».

Une unité identitaire, matérielle et spatiale. Au regard de ces premières observations, s'établit dans le cadre de notre étude une unité identitaire liée à la qualité de patient, mais aussi une unité matérielle, symbolisée par la privation de la liberté d'aller et de venir au sein de ces espaces contraints. Ce cadre est complété par une unité spatiale symbolisée par l'exclusion[34]. Il s'agit d'une perception subjective, qui connaît des évolutions en fonction des exigences variables du droit positif et de la protection des intérêts de la société[35]. Qu'il s'agisse des droits des patients en prison ou de ceux en soins psychiatriques sans consentement, leur reconnaissance est le fruit d'une longue « conquête historique[36] ». Pour la comprendre, il est nécessaire de retracer brièvement l'histoire de ces deux institutions. Ensuite, il nous faudra porter notre attention sur l'évolution du Droit en matière sanitaire en ces lieux.

Des institutions séculaires. La prison et l'institution psychiatrique ne sont pas des innovations des temps modernes. Elles comptent parmi les plus vielles institutions crées par l'Homme, dont la finalité a évolué avec le temps. Nous pouvons observer que le XVIII^{ème} siècle constitua un tournant majeur dans leur construction institutionnelle respective.

La construction de la prison et l'institution psychiatrique : de l'Antiquité aux Lumières. Il est coutumier de dire que la prison puise ses sources dans le phénomène criminel. Selon l'expression consacrée, ce dernier est « vieux comme le monde[37] » ainsi qu'en témoigne le livre de la Genèse[38]. Comme le soulignèrent Roger MERLE et André VITU, « depuis les premiers temps de l'Histoire, la criminalité n'a jamais cessé de se manifester dans toutes les civilisations et dans tous les lieux de la Terre[39] ». Pourtant, sous l'Antiquité, la prison constituait uniquement un lieu de sûreté dans la mesure où la peine privative de liberté était une mesure temporaire en attendant le jugement. Sans réelle

[34] Cette dernière est imputable au concept de dangerosité ; notion qui a toujours créé un émoi important. À la fois source de mystère et d'intrigue, la notion de dangerosité alimente, parfois de manière exagérée et non-séante, le fantasme de l'opinion public alors que la dangerosité n'est qu'une potentialité. V. BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 111.
[35] HAS, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur*, Rapport d'orientation de la commission d'audition, mars 2011, p. 4 (en ligne).
[36] PITCHO Benjamin, *Le statut juridique du patient*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2004.
[37] MERLE Roger, VITU André, *Traité de droit criminel. Tome 1 « Problèmes généraux de la science criminelle-Droit pénal général*, 7ème éd., Paris, Cujas, 1997, p. 19.
[38] Dans la Genèse, Caïn est présenté comme le premier meurtrier de l'humanité pour avoir assassiné son frère Abel.
[39] MERLE Roger, VITU André, *op. cit.*, p. 19.

structure[40], il faudra attendre la veille de la Révolution française pour que les prémices de notre organisation pénitentiaire actuelle se dessine.

À l'égard de l'institution psychiatrique, sa naissance structurelle fut fortement influencée par des considérations religieuses, liée à l'émergence du catholicisme sur notre sol. Au départ, les chrétiens percevaient la folie comme une maladie destinée à éprouver la foi de l'aliéné[41]. La maladie, qu'elle soit psychique ou physique, relevait de la punition ainsi que de la faute. Néanmoins, les premiers hospices émergèrent à partir du III^{ème} siècle[42]. Ces structures n'avaient pas de vocation thérapeutique ; seule une mise à l'isolement de la personne s'appliquait[43]. Dès le XIII^{ème} siècle, une distinction peut être observée dans le traitement des pathologies mentales entre l'Occident et l'Orient. Si sous nos latitudes les patients souffrant d'un trouble psychiatrique étaient soumis au bucher[44], les premières structures dédiées à la prise en charge de ces troubles apparaissaient en Orient[45]. Une distinction entre la notion d'enfermement à visée thérapeutique et celle d'enfermement[46] vit alors le jour. En France, la création en 1656 de l'Hôpital général à Paris[47] aurait pu permettre de franchir un premier pas dans la reconnaissance de cette distinction, mais elle émergea seulement en 1785 avec COLOMBIER et DOUBLET[48]. Elle

[40] Au cours de cette période, nous avons pu observer l'instauration d'une organisation similaire aux prévôts avec à sa tête un « doyen des prisonniers ». Il n'était pas rare de voir intervenir dans ces lieux d'enfermement des membres de la société civile et religieuse ou encore d'instaurer entre ces meurs un lieu de sociabilité à l'image de la « buvette de la prison ». CARLIER Christian, « L'histoire de l'enfermement. Rythmes, obstacles, aléas. À quoi sert la prison ? En quête de prison républicaine, enquête sur la prison contemporaine », *Cahier de la sécurité*, 2010, n° 12, p. 218.

[41] SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Naissance du droit de la santé mentale : de l'Antiquité à la première loi », *Revue Droit et santé*, LEH, n°76, p. 149.

[42] Désignés sous le terme de « *nosocomium* », ils désignaient des hôpitaux pour les malades pauvres.

[43] Cette solution pouvait poser quelques difficultés, notamment lorsqu'il n'était pas possible d'isoler le malade, faute de structures adaptées. Ce dernier était alors libre, mais livré à lui-même et pouvait ainsi engendrer des troubles à l'Ordre public. Cette situation justifia la création par la suite de structures supplémentaires.

[44] Au départ l'idéologie chrétienne fonda la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux sur les valeurs de la charité et de l'assistance. L'expansion des « fous » errants sur les routes et les nuisances à l'ordre public conduisirent les autorités publiques de l'époque à envisager des mesures plus radicales. Avec la multiplication d'actes considérés par l'Église comme étant hérétiques, les « fous » ne furent plus considérés comme des malades, mais comme des êtres « possédés » et responsables de leurs actes. La notion de « soins » disparue complètement au profit de sanctions, très souvent matérialisées par une mise à mort par le bûcher. MOUTON Eugène, *Le devoir de punir*, Paris, ed. Cerf, 1887, pp. 90-92.

[45] Au cœur des grandes villes comme Le Caire, Bagdad ou Damas, les sultans érigèrent des bâtisses hospitalières destinées à être des lieux de soins, mais également de formation. Certaines salles de ces établissements étaient réservées aux traitements des fous qui n'étaient pas toujours enchaînés. C'est notamment dans ces lieux que sont apparues, à côté des traitements plus conventionnels (bains et purgatifs), des thérapies « nouvelles » comme la musique destinée à être un « remède contre l'âme ». Ces dernières puisent leurs sources dans le concept grec de l*'éthos*. V. AMAD Ali, THOMAS Pierre, « Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Âge médiéval », *Annales Médico-Psychologiques*, n° 169, 2011, p. 375.

[46] CASTEL Robert, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, Minuit, coll. Le sens commun, 1976, p. 30. La première distinction entre l'enfermement thérapeutique et l'enfermement punitif est apparue pour la première fois dans notre arsenal législatif avec la loi ESQUIROL de 1838 dans son article 24.

[47] Souhaité par la Compagnie du Saint-Sacrement sous le règne de Louis XIII, l'hôpital général de Paris vit le jour le 27 avril 1656 sous Louis XIV. Cependant, l'objectif du pouvoir royal de l'époque s'inscrivit dans un devoir de protection, et non de soin. À cet égard, l'emploi de la terminologie « hôpital » peut être qualifié de trompeur et inadéquat, car cette institution fut créée initialement pour répondre aux problèmes de mendicité et fut presque immédiatement considérée comme une maison de force, destinée à mettre au travail forcé les mendiants. Les personnes atteintes de troubles mentaux furent enfermées dans des lieux de détention, tels que les prisons ou encore les dépôts de mendicité.

[48] COLOMBIER Jean, DOUBLET François, « Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés », *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, 1785, pp. 529-583.

se retrouva de manière plus détaillée dans le rapport TENON[49] de 1788 sur la réforme des hôpitaux, majoritairement influencé par les travaux de William BATTIE[50].

La structuration moderne de la prison et de l'institution psychiatrique. Les prémices de l'organisation pénitentiaire moderne sont apparues au lendemain de la Révolution française[51]. Une première classification des établissements pénitentiaires fut proposée dans les décrets de l'Assemblée constituante des 16[52] et 29 septembre 1791. La peine privative de liberté[53] devient, à cette époque, la peine de référence. Si la prison demeure toujours un lieu d'isolement, des efforts sont initiés pour que cette dernière soit progressivement intégrée à l'ensemble de la société[54]. Progressivement, la finalité punitive de l'institution carcérale est associée à une finalité socialisante[55]. Cette dynamique explique l'organisation de notre parc pénitentiaire actuel, qui, selon les termes de l'article L. 112-1 du Code pénitentiaire, se décline en maisons d'arrêt[56], établissements pour peines[57] et centres pénitentiaires.

[49] Rapport écrit par Jacques TENON, chirurgien, en 1788 dans lequel il déclara que « les hôpitaux sont en quelque sorte la mesure de la civilisation d'un peuple ».

[50] Fondateur du *St Luke's hospital for the lunatics*, il publia en 1758 son Traité sur la folie dans lequel il exposa ses recommandations en la matière à savoir la mise en place de chambre individuelle pour chaque malade et le recrutement de personnel spécifiquement qualifié. Sa réflexion sera poursuivie par John CONOLLY qui développa le principe du « *non-restraint* ». Selon ce principe, les « fous » sont des êtres humains « ordinaires », porteurs d'une maladie qu'il est possible de guérir. À cette fin, CONOLLY préconisa qu'on évite toute contrainte au malade mental et qu'on veille à ce que ce dernier vive dans les meilleures conditions de confort physique et moral. Une application concrète s'effectua en France à l'hospice Bicêtre sous l'impulsion de Philippe PINEL, fondateur de la psychiatrie moderne en France. Il développa notamment l'idée selon laquelle la maladie mentale peut être guérie avec des paroles et un dialogue adapté, dans le cadre d'un « traitement moral ».

[51] À la veille de la Révolution française, il existait trois catégories d'établissement carcéral : les dépôts de mendicité, les prisons ordinaires et les maisons de force. Les dépôts de mendicité étaient destinés à enfermer mais également à mettre au travail les plus démunis. Les prisons ordinaires étaient destinées à « accueillir les prisonniers en attente d'un jugement ou de l'exécution d'une peine criminelle ainsi que les dettiers. Elles pouvaient également accueillir des prisonniers dans le cadre de la procédure du « plus ample informé », mais aussi les mendiants, les vagabonds, les prostituées ». Les maisons de force quant à elles pouvaient être assimilées à des « forteresses militaires destinées à assurer la défense de la nation ou de la ville ». De plus, elles pouvaient accueillir « moyennant un prix de pension versé par la famille ou l'Etat, les délinquants objet d'une lettre de cacher, mais aussi les fous ». CARLIER Christian, « L'histoire de l'enfermement. Rythmes, obstacles, aléas. À quoi sert la prison ? En quête de prison républicaine, enquête sur la prison contemporaine », *Cahier de la sécurité*, 2010, n° 12, p. 218.

[52] Article 1er du Titre XIV intitulé « Des prisons et maisons d'arrêt » du Décret du 16 septembre 1791 relatif à la police de sûreté, la justice criminelle et l'institution des jurés.

[53] À cette époque, la liberté apparaissait comme « le bien civique le plus précieux ». LÉAUTÉ Jacques, *Les prisons*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1990, p. 5. Aussi, cela justifiait que « sa privation constitue la sanction par excellence ». PINATEL Jean, « Philosophie carcérale, technologie politique et criminologie clinique », *RSC*, 1975, p. 757. Cette analyse fut reprise par le criminologue George KELLENS qui estima que « la nature de la peine dominante est toujours en rapport avec la nature des biens les plus appréciés ». KELLENS George, *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, Liège, Éditions juridiques de l'Université de Liège, 2000, p. 175.

[54] Peuvent être citées à titre d'exemple les interventions d'associations dans le cadre d'animation d'ateliers (théâtre, remise à niveau scolaire).

[55] Au début du XXème siècle, l'idée fut de considérer la prison non plus comme un simple lieu d'enfermement destiné à protéger la population, mais comme un acteur essentiel de la justice. C'est dans cette perspective qu'en 1911, les prisons passèrent de la responsabilité du ministère de l'Intérieur à celui de la Justice.

[56] Cette dénomination est réservée aux établissements qui accueillent les personnes en détention provisoire ainsi que les personnes condamnées dont la peine ou le reliquat de peine n'excède pas deux ans.

[57] Cette dénomination regroupe regroupent les maisons centrales, les centres de détention, les centres de semi-liberté et les quartiers centres peines aménagées. Les dénominations des établissements varient selon les peines affligées ou qui restent à exécuter. Ainsi, les maisons centrales, dont le régime de détention est principalement fondé sur la sécurité, sont réservées aux personnes détenues condamnées à une peine supérieure à 10 ans ou bien présentant des risques. Les centres de détention accueillent des personnes détenues condamnées à une peine supérieure à deux ans et qui présentent des perspectives de réinsertion sociale. À cet effet, leur régime de détention est principalement orienté vers la resocialisation des personnes détenues. Les centres de semi-liberté sont instaurés pour les personnes condamnées sous le régime du placement extérieur ou de la semi-liberté.

Pour ce qui est de la structuration moderne de l'institution psychiatrique, il faut souligner que la création de toute institution repose sur l'identification précise d'un besoin, qui constituera par la suite, l'essence de cette dernière. En conséquence, pour mettre en place les bases d'une organisation structurelle de l'institution psychiatrique, encore faut-il considérer les troubles mentaux comme une maladie. Dans la mesure où la reconnaissance de la médecine de l'esprit comme véritable discipline médicale[58] ne fut actée qu'au début du XIX^{ème} siècle[59], il aura fallu attendre la première loi en matière de psychiatrie pour qu'une réelle organisation de l'institution psychiatrique voit le jour. Elle se matérialisa avec la loi du 30 juin 1838[60] qui imposa la création obligatoire d'un hôpital psychiatrique dans chaque département[61]. De nos jours, les lieux de soins destinés au traitement des pathologies mentales se sont diversifiés, afin de répondre aux besoins des patients. Nous distinguons des structures de soins autonomes[62] mais aussi des unités rattachées à un établissement de santé général telles que les unités d'hospitalisation complète[63], les unités pour malades difficiles[64] (UMD) ou encore les unités hospitalières spécialement aménagées[65] (UHSA). À cela se rajoute la possibilité d'effectuer des soins psychiatriques sans contentement dans un cadre ambulatoire depuis la loi du 5 juillet 2011[66].

[58] Historiquement, les premières réflexions en matière de maladies mentales sont apparues vers -2000 avant Jésus-Christ avec le papyrus « EBERS », aussi dénommé le papyrus de THÈBES. LEFÈVRE Gustave, *Essai sur la médecine égyptienne de l'époque pharaonique*, Paris, PUF, 1956. Par la suite, au cours de l'Antiquité, ces troubles se retrouvent sous la forme de diverses œuvres littéraires relevant majoritairement de la mythologie. Néanmoins, les premières réflexions médicales et philosophiques sur cette question émergèrent avec HIPPOCRATE.

[59] HOCHMANN Jacques, *Histoire de la psychiatrie*, 5ème éd., Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2017, p. 3.

[60] La loi du 30 juin 1838 fut élaborée par Jean-Etienne ESQUIROL et Guillaume FERRUS, chirurgien militaire puis psychiatre à la Salpêtrière.

[61] Article 1 de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés : « Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département. Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'Intérieur ». Par cette dernière phrase, nous pouvons observer que le caractère sécuritaire demeure à l'époque une finalité prépondérante au détriment de l'enjeu sanitaire d'une telle mesure.

[62] Tel est le cas du centre hospitalier spécialisé (CHS) d'Évreux ou encore du CHS de St-Cyr au Mont d'Or. Doivent également être pris en considération les structures avec un statut spécifique telles que les unités pour malades difficiles (UMD) comme l'UMD de Cadillac.

[63] Il s'agit d'une unité de soins, de prévention et de diagnostic et fonctionne 24 heures sur 24. Ces unités sont généralement rattachées à centre hospitalier ou à un établissement privé. Certaines unités peuvent avoir une orientation spécifique comme en matière d'addictologie.

[64] Les unités pour malades difficiles ont été instaurées par l'arrêté du 14 octobre 1986 relatif au règlement intérieur type des unités pour malades difficiles. Elles sont désormais codifiées aux articles R 3222-1 et suivants du CSP. Ainsi, selon l'article R 3222-1, « les unités pour malades difficiles accueillent des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III et IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières ». En 2020, nous comptions 10 UMD, dont la dernière a été instaurée en mai 2012 à Sotteville-lès-Rouen en Seine Maritime.

[65] À la différence des UMD, les UHSA travaillent qu'en lien direct avec les établissements pénitentiaires. Ces unités ont vocation à prendre en charge des personnes incarcérées nécessitant des soins psychiatriques en hospitalisation complète. Ainsi, selon l'article L 3214-1 du CSP « I.- Les personnes détenues souffrant de troubles mentaux font l'objet de soins psychiatriques avec leur consentement. Lorsque les personnes détenues en soins psychiatriques libres requièrent une hospitalisation à temps complet, celle-ci est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée. II.- Lorsque leurs troubles mentaux rendent impossible leur consentement, les personnes détenues peuvent faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3214-3. Les personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement sont uniquement prises en charge sous la forme mentionnée au 1° du I de l'article L. 3211-2-1. Leur hospitalisation est réalisée dans un établissement de santé mentionné à l'article L. 3222-1 au sein d'une unité hospitalière spécialement aménagée ou, sur la base d'un certificat médical, au sein d'une unité adaptée ».

[66] 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, JORF n°0155 du 6 juillet 2011, Texte n°1.

La « stabilisation structurelle » des deux institutions inhérentes à notre étude est donc récente. Cette genèse se caractérise également à l'égard de l'entrée du soin dans ces espaces spécifiques.

Une appréhension différenciée du soin dans ces lieux singuliers. Dans la mesure où la psychiatrie relève d'une activité médicale, s'intéresser à la genèse du soin dans cette spécialité se justifie pleinement. En revanche, cette approche peut être plus surprenante vis-à-vis de la prison dans la mesure où cette institution n'a pas de finalité thérapeutique. Pourtant, au regard des problématiques d'insalubrité, de promiscuité et de surpopulation carcérale, cette réflexion est essentielle pour comprendre certains enjeux actuels de la politique pénitentiaire.

La prise en considération du soin en institution psychiatrique de l'Antiquité à 1838. Dans l'Antiquité, la prise en charge thérapeutique du patient souffrant de troubles mentaux n'était pas une préoccupation des jurisconsultes. Leur objectif était de protéger le *furiosus*[67] vis-à-vis de lui-même, mais également de la société. Des prémices thérapeutiques virent néanmoins le jour comme ceux de CAELIUS AURELIANIUS qui mettait déjà en avant l'idée d'un traitement thérapeutique de ces troubles, plutôt d'un isolement total[68]. Malgré cette conception avant-gardiste, le droit romain envisagea uniquement le « devenir du *furiosus* » dans la société et non sur un plan médical. Cette absence de réflexion perdura jusqu'à la Révolution française, malgré plusieurs réflexions des Lumières[69]. En effet, sous l'Ancien Régime, ces malades étaient perçus comme des dangers pour l'Ordre public et la préservation de la moralité. Des simples lettres de cachet suffisaient pour procéder à leur mise à l'isolement, sans qu'aucun avis médical ne soit donné. Pour mettre un terme à cette procédure arbitraire, il a fallu abandonner les conceptions aliénistes en vigueur selon lesquelles les troubles mentaux devaient être traités

[67] Le terme de *furiosus* désignait l'individu atteint d'une maladie qui se traduisait comme une exaltation des capacités intellectuelles ou une agitation permanente rendant impossible l'accomplissement d'un acte juridique, considéré alors comme illicite et nul.

[68] Considéré comme un psychiatre, AURELIANIUS préconisait l'abandon de la contrainte pour le malade mental et l'utilisation de la douceur. Il introduisit la notion de thérapie-morale, qui sera par la suite prise par PINEL sous l'idée du « traitement moral ». Par cette approche novatrice, AURELIANIUS s'opposa à la majorité de ses confrères, dont notamment CELSE, qui préconisait des traitements radicaux. SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Naissance du droit de la santé mentale : de l'Antiquité à la première loi », *Revue Droit et santé*, LEH, n°76, p. 148.

[69] Sur le plan de la « psychiatrie », plusieurs réflexions furent conduites pour tenter de déterminer s'il existait une part de libre arbitre chez les personnes atteintes de troubles mentaux. Ces réflexions aboutirent à la première distinction médico-légale entre les « malicieux » et les « insensés », mais également à l'émergence d'un principe de responsabilité, tel que posé par Jean-Jacques ROUSSEAU. Selon ses idées exposées dans Le contrat social, chaque citoyen est doué d'un libre arbitre éclairé par la lumière de la raison de sorte que s'il agit mal, alors il est coupable. C'est l'existence de ce libre arbitre qui doit permettre à l'individu de choisir entre le respect de la loi ou la transgression de la norme juridique. À cet égard, certains auteurs comme VOLTAIRE eurent une approche plus nuancée en reconnaissant que des situations d'aliénation pouvaient porter atteinte à ce principe. Ainsi, pour VOLTAIRE, « Nous appelons folie cette maladie des organes du cerveau qui empêche un homme nécessairement de penser et d'agir comme les autres ». VOLTAIRE, *Dictionnaire philosophique*, Paris, Ed. R. NAVES et J. BRENDA, 2008, article « Folie », p. 205.

par l'isolement et la contrainte. Cette démarche a pu être initiée avec les propositions de PINEL mais aussi grâce à l'abolition des lettres de cachet par l'Assemblée nationale constituante dans un décret du 16 mars 1790. Bien que cette abolition ne concerne pas uniquement les personnes enfermées pour cause de troubles mentaux[70], elle initia l'entrée du médecin dans ces lieux d'enfermement[71], et par extension, l'entrée du soin. Il faudra attendre la loi ESQUIROL de 1838 pour que ce dernier soit pleinement pris en considération dans cette discipline médicale.

La prise en considération du soin en institution psychiatrique de 1838 à l'époque contemporaine. La loi ESQUIROL[72] posa véritablement le premier jalon pour faire entrer le soin dans l'institution psychiatrique. Elle introduisit une double dimension qualitative à son égard. D'une part, les établissements désirant soigner et accueillir des personnes atteintes de troubles mentaux devaient obtenir, au préalable, une autorisation administrative et devaient se conformer aux inspections de leur établissement. Il s'agissait de mettre en place une « qualité institutionnelle » dans le traitement des pathologies mentales. Cette « qualité institutionnelle » fut corroborée à une « qualité thérapeutique » puisque le médecin devint un acteur essentiel du parcours de l'aliéné. Il devait être présent à toutes les étapes (admission, séjour, sorties)[73].

Malgré ces avancées, de nombreuses critiques se firent entendre, en particulier contre les conditions de vie[74] dans ces lieux. Afin de tenter de les endiguer, plusieurs projets de réformes et de rapports furent élaborés[75]. Cependant, avec les guerres de 1870 et les

[70] Dans son article premier, le décret du 16 mars 1790 disposait que « dans l'espace de six semaines après la publication des présentes, toutes mes personnes détenues (…), par lettres de cachet, ou par ordre des agents du pouvoir exécutif, à moins (…) qu'elles ne soient renfermées pour causes de folie, seront remises en liberté ».

[71] L'article IX du décret du 16 mars 1790 dispose que « les personnes détenues pour cause de démence seront, (…) visitées par des médecins, qui, sous la surveillance des directoires des districts, s'expliqueront sur la véritable situation des malades, afin que, d'après la Sentence qui aura statué sur leur état, ils soient élargis ou soignés dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet ».

[72] Loi n°7443 d'aide et d'assistance aux aliénés du 30 juin 1838.

[73] Néanmoins, cette « qualité thérapeutique » n'était pas un principe absolu, puisque dans le cadre d'un placement d'office ordonné par arrêté préfectoral, aucun avis ou certificat médical n'était nécessaire pour mettre en place cette procédure. Seule une évaluation médicale semestrielle était obligatoire. Article 20 de la loi du 30 juin 1838.

[74] Ces critiques furent inspirées par le courant hygiéniste. Influencé par les travaux de Louis PASTEUR sur le rôle des micro-organismes dans la contamination et la contagion ainsi que par les travaux d'Antoine LAVOISIER sur l'oxydation dans le corps humain, le courant hygiéniste tenta d'apporter des réponses aux problématiques de santé rencontrées à l'époque. Leurs réflexions ne se limitèrent pas au domaine strictement médical. L'objectif était de réunir autour de ces questions le plus grand nombre d'acteurs afin de déterminer ensemble les solutions les plus adéquates à prendre pour permettre la protection et la sauvegarde de la santé du plus grand nombre. Dans le cadre de la psychiatrie, ESQUIROL dressa un tableau alarmant de la situation des personnes enfermées en institution psychiatrique à cette époque. « Je les ai vus nus, couverts de haillons, n'ayant que la paille pour se garantir de la froide humidité du pavé sur lequel ils sont détenus. Je les ai vus, grossièrement nourris, privés d'air pour respirer, d'eau pour étancher leur soif et des choses les plus nécessaires à la vie. Je les ai vus livrés à de véritables geôliers, abandonnés à leur brutale surveillance. Je les ai vus dans des réduits étroits, sales, infects, sans air, sans lumière, enchaînés dans des antres où l'on craindrait de renfermer les bêtes féroces [...]. Voilà ce que j'ai vu presque partout en France, voilà comme sont traités les aliénés presque partout en Europe ». ESQUIROL Jean-Etienne, *Des maladies mentales*, Tome II, Bruxelles, Librairie médicale et scientifique de J.B TIRCHER, 1838, p. 134.

[75] A titre d'exemple, nous pouvons citer la proposition Clémenceau du 16 décembre 1904 relative aux garanties de la liberté individuelle qui voulait confier à l'autorité judiciaire toutes les compétences nécessaires pour ratifier les internements d'aliénés. Peut également être citée la circulaire du 14 mars 1930 « prenant en compte l'évolution dans la prise en charge de la maladie mentale » qui transforma la dénomination « asile » en « hôpital spécialisé pour maladie mentale ».

deux conflits mondiaux de 1918 et 1945, les réflexions en la matière furent reléguées au second plan. Nous noterons néanmoins une modification lexicale à partir d'avril 1937 : l'asile prit le nom d'hôpital[76] psychiatrique. Par ailleurs, après 1945, l'idée selon laquelle la psychiatrie ne doit pas se limiter à l'enfermement progressa lentement dans les différents débats et réflexions scientifiques. Lucien BONNAFÉ rappela que la psychiatrie devait être un service public qui va au-devant des demandes d'assistance de la population. L'idée fut alors d'instaurer une psychiatrie « sociale » et non plus seulement « policière ». Pour y parvenir, le législateur transféra à l'Etat les compétences nécessaires en matière de lutte contre les maladies mentales par la loi du 22 juillet 1983[77]. Ainsi, « les objectifs de la politique de santé publique sont déterminés, dans le domaine de la psychiatrie comme dans tout autre, par le législateur et le gouvernement[78] ». Une telle dynamique illustre l'idée de vouloir intégrer pleinement la psychiatrie aux politiques de santé et non de la considérer comme une discipline à part.

La loi ÉVIN du 27 juin 1990[79] constitua une nouvelle approche du soin en la matière. Le terme d'« aliéné » fut proscrit de l'arsenal juridique et remplacé par la terminologie « personne atteinte de troubles mentaux ». Il s'agit du premier pas vers la reconnaissance de la qualité de « personne humaine » à l'égard des malades atteints de pathologies psychiatriques ; préalable indispensable à la reconnaissance de tout droit fondé sur la qualité spécifique de patient[80].

En somme, la prise en considération du soin en psychiatrique peut être qualifiée de moderne. Bien que la temporalité diffère, une observation similaire s'impose à l'égard de l'entrée du soin en prison.

La prise en considération du soin en prison de l'Antiquité à 1994. Pour que la question du soin en prison soit prise en considération, encore faut-il admettre que la personne détenue demeure, tout au long de sa détention, une personne humaine à part entière et que son corps ne doit pas être châtié. Au regard de l'histoire pénitentiaire, cette

[76] Ce changement lexical est significatif puisque la structure d'accueil de ces patients ne se limite plus à un lieu d'enfermement mais à un « établissement habilité à recevoir les malades, les blessés, toute personne dont l'état de santé réclame une surveillance, une intervention, des soins ». *Trésor de la langue française*, (en ligne), V° « Hôpital ».
[77] Loi n°83-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat. Avant l'entrée en vigueur de cette disposition, la lutte contre les maladies mentales était assurée par les départements.
[78] D. TRUCHET, « Malades mentaux », *Répertoire de droit civil*, Dalloz.
[79] 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, JORF n°150 du 30 juin 1990.
[80] Dans le cadre de la loi ÉVIN, le législateur est également venu consacrer plusieurs prérogatives comme le droit de communiquer avec certaines instances administratives et judiciaires ou encore le droit de recevoir du courrier et d'avoir une liberté religieuse. Sur ce point, il est intéressant d'observer que ces droits, destinés spécialement aux personnes atteintes de troubles mentaux, sont consacrés sur le plan législatif bien avant les droits des patients en milieu libre. V. Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

conception émergea uniquement après la Révolution française. Avant cette date, les détenus étaient majoritairement soumis à de nombreux châtiments corporels[81] et supplices[82], dont certains ont été rendus célèbres[83]. Face à ce constat, il était naturellement impossible d'envisager une réflexion sur la prise en considération du soin en milieu carcéral, même si de rares exceptions venaient limitées le recours aux châtiments corporelles pour des questions médicales[84].

Les premières considérations sanitaires à l'égard des personnes détenues commencèrent avec l'arrêt des châtiments corporels et l'instauration de la privation de liberté comme peine de référence[85]. Sous l'influence de la doctrine de BECCARIA, notre système répressif adopta une nouvelle dynamique pénale dans laquelle « le but des peines [n'était] ni de tourmenter et affliger un être sensible, ni de faire qu'un crime déjà commis ne l'ait pas été[86] ».

Bien que BECCARIA prôna la mise en place d'un système répressif qui parvient à conjuguer « correction individuelle et prévention sociale », l'enveloppe corporelle de la personne détenue demeurait toujours considérée comme un objet sur lequel la peine venait s'appliquer. Si le corps n'était plus châtié dans sa chair, il demeurait sous

[81] Les prémices des châtiments corporels infligés en tant que peine sont apparus dans le Code d'Hammourabi instauré vers 1730 avant Jésus-Christ et la loi du Talion. Cette idée se retrouve également dans l'Exode sous la formulation populaire « vie pour vie, œil pour œil, dent pour dent, main pour main, pied pour pied ».

[82] Les supplices peuvent être définis comme « des souffrances corporelles infligées aux vaincus, aux prisonniers, à toute sorte de victimes. Il se dit, par extension, de Tout ce qui cause une vive douleur de corps et qui dure quelque temps ». Académie Française, *Dictionnaire de l'Académie française*, Tome second H-Z, 8ème éd., Hachette, 1935, V° Supplice. Dans ses observations sur l'univers carcéral, FOUCAULT étudia également cette notion de « supplice ». Pour lui, la douleur perçue par le supplice infligé à la personne peut être « mesurée exactement, du moins appréciée, comparée et hiérarchisée (…) car le supplice repose sur toute un art quantitatif de la souffrance (…) et met en corrélation le type d'atteinte corporelle, la qualité, l'intensité, la longueur des souffrances avec la gravité du crime, la personne du criminel, le rang de ses victimes ». FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*, Paris, Gallimard, 1975, p. 43.

[83] Tel est le cas de la célèbre gravure de Johann HOGENBERG relative à l'écartèlement de François RAVAILLAC. Condamné à mort pour le régicide d'Henri IV par le Parlement de Paris dans une Ordonnance d'exécution du 27 mai 1610, RAVAILLAC fût exécuté Place de Grève à Paris le même jour. Avant d'être écartelé par quatre cheveux, le bourreau lui « brula » la main ayant servi à l'assassinat du roi en lui appliquant un mélange de souffre et de poix destiné à mettre les os à nu. Par la suite, ses tétons furent arrachés à la tenaille et le bourreau lui appliqua également du plomb en fusion sur l'ensemble du corps.

[84] Selon l'article 23 de l'Ordonnance criminelle de 1670, rédigée par COLBERT, « si quelque femme devant ou après avoir été condamnée à mort, paraît ou déclare être enceinte, les juges ordonneront qu'elle sera visitée par des matrones qui seront nommées d'office, et qui feront leur rapport dans la forme prescrite au titre des experts, par notre ordonnance du mois d'avril 1667 : et si elle se trouve enceinte, l'exécution sera différée jusques après son accouchement ». L'intérêt de cette mesure est de protéger la vie de l'enfant à naître au travers la « survie » de la mère.

[85] Cependant, les châtiments corporels ne furent pas complètement bannis de notre corpus législatif. Ils furent réintroduits dans le Code pénal de 1810 dit « Code napoléonien ». Ces châtiments seront définitivement exclus de notre Code pénal par la loi n° 178 du 28 avril 1832 relative aux modifications apportées au Code pénal et au Code d'instruction criminelle. La peine de mort sera abolie en France par la loi n° 81-908 du 9 octobre 1981. La dernière personne détenue à avoir été exécutée par guillotine fut Hamida DJANDOUBI à la prison des Baumettes à Marseille le 10 septembre 1977.

[86] BECCARIA Cesare (trad. CHEVALLIER Maurice), *Des délits et des peines*, Paris, Flammarion, 1991, p. 125.

contrôle du pouvoir répressif[87] ; on en gardait le contrôle dans le temps ainsi que dans l'espace[88].

Par la suite, les problématiques liées à l'insalubrité de la prison entrainèrent l'émergence[89] des questions d'hygiène pénitentiaire[90]. Dans cette optique, une circulaire de 1807 souligna la nécessité de créer une infirmerie au sein de chaque maison de détention[91]. Ce besoin d'apporter une réponse concrète aux problématiques sanitaires du milieu carcéral fut corroboré ultérieurement par plusieurs voyages d'étude[92] et des témoignages[93] qui soulignèrent les effets destructeurs et criminogènes de l'insalubrité[94] en prison[95].

Au même titre que pour la psychiatrie, l'intérêt du législateur et des politiques pour les problématiques du milieu carcéral fut suspendu au cours des deux conflits mondiaux. Il faudra attendre 1994 pour que la question du soin en prison connaisse un nouvel essor.

---

[87] Dans cette nouvelle perspective, « le corps se trouve en position d'instrument ou d'intermédiaire : si on intervient sur lui en l'enfermant (…), c'est pour priver l'individu d'une liberté considérée à la fois comme un droit et un bien. Le corps est pris dans un système de contrainte et de privation, d'obligations et d'interdits ». FOUCAULT Michel, *Surveiller ou punir, naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, pp. 17-18.

[88] À cet égard, l'architecture d'un bâtiment ainsi que sa disposition constitue un des outils les plus remarquables de la discipline du corps. Michel FOUCAULT énonça d'ailleurs que « c'est le propre du XIX^{ème} siècle d'avoir appliqué à l'espace de l'exclusion (…) la technique de pouvoir propre au quadrillage disciplinaire ». FOUCAULT Michel, *op.cit.*, p. 200. Ce concept fut matérialisé par BENTHAM sous le terme de « *panopticon* », traduit dans notre langue par « panoptique ». La base de cette théorie repose sur la capacité, pour un surveillant de prison, de pouvoir observer simultanément toutes les personnes détenues, mais également de pouvoir être vu par l'ensemble de ses collègues lorsque ce dernier accomplit une tâche. DELARUE Jean-Marie, *En prison. L'ordre pénitentiaire des choses*, Paris, Dalloz, coll. Les sens du droit, 2018, p. 50.

[89] Dès 1670, dans le cadre de la grande Ordonnance criminelle de COLBERT, des mesures relatives à la préservation de la santé des personnes détenues sont amorcées. L'article 1 du Titre XIII indiquait que « voulons que les prisons soient sûres, et disposées en sorte que la santé des prisonniers n'en puisse être incommodée ».

[90] Selon Jean PINATEL, « l'hygiène pénitentiaire constitue un des éléments du régime pénitentiaire, et le service médical doit contribuer à atteindre les buts mêmes assignés à la peine par le législateur, sans énerver la répression, et sans infliger au détenu, par la défectuosité de ses installations ou de son régime sanitaire une aggravation de sa situation ». V. PINATEL Jean, *Précis de Science pénitentiaire*, Paris, Sirey, 1945, p. 144.

[91] Circulaire du 27 juin 1807 sur la nécessité d'établir une infirmerie dans chaque prison par le ministre de l'Intérieur, M. DE CHAMPAGNY. Il y est indiqué aux préfets qu'il « serait bon que vous fissiez établir une infirmerie dans la maison de détention de votre département, si déjà il ne s'y trouve pas ; vous feriez ensuite disposer, dans les prisons qui en seraient susceptibles, un local particulier, où les prisonniers, seraient traités, en cas de maladie, sans qu'on eût à redouter leur fuite ». Ces dispositions furent par la suite complétées par un arrêté du 25 décembre 1819 sur la police des prisons départementales. Ce dernier énonçait notamment dans son article 28, qu' « il y aura dans chaque prison une ou plusieurs salles spécialement destinées à servir d'infirmerie ». De plus, l'article 17 du même arrêté prévoyait que « les murs de l'intérieur des prisons seront grattés et blanchis à l'eau de chaux, tous les ans, en été, ou au moins tous les deux ans ; les bois de lit seront aussi lavés tous les ans ». V. notamment MOREAU-CHRISTOPHE Louis-Mathurin, *Code des prisons. Recueil complet des lois, ordonnances, arrêtés, règlements, circulaires et instructions ministérielles*, Imprimerie administrative de Paul Dupont, 1845, p. 82.

[92] Nous pouvons citer les observations menées sur le sol américain par Alexis de TOQUEVILLE et Gustave de BEAUMONT en 1831. Ces dernières portèrent sur l'étude de l'emprisonnement individuel selon le modèle pennsylvanien et selon le modèle auburnien. De manière générale, le modèle pennsylvanien repose sur un emprisonnement individuel complet tandis que le modèle auburnien préconise un isolement uniquement la nuit. Ces travaux furent repris en 1872 par le vicomte d'HAUSSONVILLE et aboutirent sur l'adoption de la loi du 5 juin 1875 sur le régime des prisons départementales.

[93] John HOWARD constata notamment que « la fièvre des prisons est provoquée par le manque d'air frais et la saleté ». De plus, il déplora « l'obstruction des portes et des fenêtres, les cachots souterrains, les salles putrides, le manque de latrines et d'égouts, l'absence ou l'insuffisance de l'eau pour la boisson et les bains ». HOWARD John (trad. C. CARLIER et J-G PETIT), *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIII^{ème} siècle*, Paris, Éditions de l'Atelier, 1994, pp. 37-38.

[94] V. notamment APPERT Benjamin, *Rapport sur l'état actuel des prisons, des hospices et des écoles des départements de l'Aisne, du Nord, du Pas de Calais et de la Somme, etc. Suivi de considérations sur ces sortes d'établissements*, Paris, éd. Chez l'auteur, 1824.

[95] Tel est le cas de l'enquête conduite par une commission parlementaire en 1871 diligentée par René BÉRANGER et le Vicomte D'HAUSSONVILLE portant sur le régime pénitentiaire. Cette dernière conclut à la non-conformité des conditions de vie en détention aux règles d'hygiène.

La prise en considération du soin en prison de 1994 à nos jours. Bien que la prison soit considérée comme un environnement fermé, elle demeure au contact constant de la société. Ignorer les problématiques sanitaires en milieu carcéral, c'est prendre le risque de les voir se rependre en milieu libre. Face à l'augmentation des cas de syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA), d'hépatite B et d'hépatite C, une prise en charge de ces soins devait être organisée de manière plus adaptée. C'est là un des apports majeurs de la loi du 18 janvier 1994[96] qui transféra l'ensemble des activités de soin en milieu pénitentiaire au service public hospitalier[97]. Cette loi fut complétée par arsenal réglementaire et pratico-pratique[98], puis par la loi pénitentiaire de 2009[99] qui affirma la nécessité de garantir un accès aux soins en détention avec « une qualité et une continuité des soins équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population[100]». Ces différents points sont désormais repris par le Code pénitentiaire de mai 2022[101]. De plus, dans la mesure où ces problématiques constituent un enjeu[102] de santé publique[103], il conviendra d'observer que la prise en charge des soins en prison peut désormais être faite par tout établissement de santé ; que ce dernier soit public ou privé[104].

Des patients isolés, mais intégrés au système de santé. Au regard de ces différents développements historiques, nous constatons que les lieux d'enfermement à finalité thérapeutique ou punitive ne se limitent plus au simple isolement de la personne. L'objectif est désormais de préparer, d'anticiper la sortie des personnes afin que ces dernières puissent retrouver leur place au sein de la société. L'idée sous-jacente est que la qualité de citoyen, ainsi que tous les droits qui lui sont attachés, demeurent et qu'ils ne se

[96] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994.
[97] Article 2 de la loi du 18 janvier 1994 : « le service public hospitalier assure, (…) les examens de diagnostic et les soins dispensés aux détenus en milieu pénitentiaire et, si nécessaire, en milieu hospitalier. Il concourt, dans les mêmes conditions, aux actions de prévention et d'éducation pour la santé, organisées dans les établissements pénitentiaires ».
[98] Décret n°94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire, JORF n°251 du 28 octobre 1994. Il fut complété par la Circulaire n°45 du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n°29 du 3 février 1995. Cette circulaire instaura également le premier guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.
[99] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 dite pénitentiaire, JORF n° 0073 du 25 novembre 2009, Texte n° 1.
[100] Article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.
[101] Article L. 322-1 du Code pénitentiaire.
[102] V. notamment CHODORGE Gilbert, NICOLAS Guy, *Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, Paris, Ecole nationale de la santé publique, coll. Avis et rapports du HCSP,1993.
[103] Selon l'OMS, « la santé publique est la science et l'art de prévenir les maladies, de prolonger la vie et d'améliorer la santé et la vitalité mentales et physiques des individus par le moyen d'une action collective concertée visant à assainir le milieu, à lutter contre les maladies qui présentent une importance sociale, à enseigner à l'individu les règles de l'hygiène personnelle, à organiser des services médicaux et infirmiers en vue du diagnostic précoce et du traitement préventif des maladies, ainsi qu'à mettre en œuvre des mesures sociales propres à assurer à chaque membre de la collectivité un niveau de vie compatible avec le maintien de la santé, l'objet final étant de permettre à chaque individu de jouir de son droit inné à la santé et à la longévité ». OMS, *Premier rapport du comité d'experts de l'administration de la santé publique*, Genève, septembre 1952, p. 6.
[104] Article L. 115-2 du Code pénitentiaire.

perdent pas du fait d'une privation de liberté[105]. Reste à savoir si un raisonnement similaire peut être appliqué à l'égard de la qualité de patient et des prérogatives qui lui sont attachées.

Les droits du patient : une consécration par la loi du 4 mars 2002. Bien qu'elle soit relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, la loi du 4 mars 2002[106] est souvent présentée comme la loi fondatrice des droits des patients. Au préalable, plusieurs apports jurisprudentiels[107] et législatifs[108] avaient déjà reconnu certains droits. Codifiée essentiellement aux articles L. 1110-1 à L. 1115-3 du CSP, la loi KOUCHNER n'a cessé de s'enrichir au gré des réformes sanitaires[109] et des évolutions de la société. Une constante néanmoins demeure : une rédaction générale et impersonnelle. Un tel effort tend à mettre en exergue la volonté du législateur de rendre l'ensemble de ces dispositions applicables à tout patient, peu importe leur lieu de prise en charge[110]. Aussi, la qualité de détenu ou l'admission en soins psychiatriques sans consentement ne devrait pas faire obstacle à l'application des différents droits reconnus au patient en milieu libre.

Une conciliation complexe. Dans la loi du 4 mars 2002, le malade est envisagé comme un citoyen libre. L'étude des différents droits reconnus dans cette législation, et dans celles qui lui ont succédées, démontre, d'une part, une volonté du législateur de consacrer des droits du malade *stricto sensu*, et, d'autre part, de ne pas oublier que le malade reste avant tout une personne humaine, avec des droits attachés à sa personne. Si le droit d'être informé sur son état de santé[111] ou encore de choisir son praticien[112] sont des prérogatives rattachables au statut de patient, d'autres droits reconnus par la loi du 4 mars

[105] Cette idée fut exprimée à l'égard des personnes détenues par Guy CANIVET. Selon lui, « admettre que la peine d'emprisonnement a pour finalité la réintégration, dans la société, d'une personne condamnée induit une autre logique juridique, celle d'un détenu qui, à l'exception de la liberté d'aller et de venir, conserve tous les droits puisés dans sa qualité de citoyen, qu'il n'a pas perdue du fait de sa condamnation ». CANIVET Guy (dir.), *Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires*, Rapport au Garde des Sceaux, ministre de la Justice, Paris, La documentation française, 2000, p. 13.

[106] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, Texte n° 1.

[107] Dans le cadre de l'arrêt Teyssier en date du 28 janvier 1942, la Cour de cassation reconnait pour la première fois la notion de droit du malade. Elle affirme notamment le respect de son consentement préalable à tout examen ou à la mise en place d'une thérapeutique.

[108] La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière accorde au malade le droit de choisir librement son praticien et son établissement de santé. Par la suite, bien qu'elle soit fondée sur une norme réglementaire, la Charte du malade hospitalisé, publiée le 20 septembre 1974, reconnut un ensemble important de droits et de devoirs. Peut également être citée à titre d'exemple la loi n°91-748 portant réforme hospitalière qui affirma le droit du malade à l'information.

[109] La loi du 4 mars 2002 été complétée par la loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie (JORF n° 95 du 23 avril 2005, Texte n° 1) ainsi que par la loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie (JORF n° 0028 du 3 février 2016, Texte n° 1). Sur ces questions, V. PAIN-MASBRENIER Marie-Thérèse, NICOLEAU Patrick, *Guide pratique des lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002 : comparaison entre les droits des malades et les droits des usagers*, Bordeaux, LEH, coll. Pratiques professionnelles, 2009 ; LANTERO Caroline, *Les droits des patients*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ, coll. Systèmes, 2018 ; LHUILLIER Jean-Marc, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 5ème éd., Rennes, Presses de l'EHESP, 2015.

[110] Une telle démarche avait déjà été amorcée par la loi du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière en créant la notion d'établissement de santé. En faisant disparaitre la traditionnelle distinction entre hôpital et clinique, elle sous-entend que les droits reconnus aux malades s'appliquent de la même façon, peu importe qu'il s'agisse d'un établissement public ou privé de santé.

[111] Article L. 1111-2 du CSP.

[112] Article L. 1110-8 du CSP.

2002 comme le droit au respect de sa privée et familiale[113] ou encore le droit d'exercer une activité philosophique et religieuse[114] ont une portée plus générale et relèvent davantage de la qualité de personne humaine. Parce que cette qualité a trop souvent été occultée dans les lieux singuliers de notre étude, notre réflexion sur les droits des patients en prison en SPSC ne devra pas oublier ce point. De plus, dans la mesure où les deux institutions de notre étude ont une finalité resocialisante et de (ré)insertion[115], il faudra également prendre en considération toutes les prérogatives qui concourent à cette finalité, comme le droit d'accéder à des formations. Une approche *lato sensu* des droits du patient sera donc privilégiée.

Une difficulté majeure apparait alors : comment concilier ces différents droits avec la privation de liberté subie ? Au regard des travaux institutionnels comme le programme pluriannuel de l'HAS pour la période 2018-2023 en matière de psychiatrie et de santé mentale[116] ou encore la feuille de route relative à la santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022[117], la volonté d'uniformiser les droits reconnus aux patients en milieu libre et ceux reconnus aux patients DSPSC semble manifeste. Ces différentes démarches tendraient à penser que l'admission de ces patients par la société est désormais actée et que des réflexions sur l'amélioration de leur condition se justifient. Cette affirmation est à nuancer au regard de leur acceptation au sein de la société.

Une acceptation sociale différenciée. Le patient détenu et le patient admis en SPSC ne disposent pas de la même approbation sociale. Le patient en SPSC est considéré comme un malade qu'il faut soigner et encadrer. Sa situation pathologique et sa souffrance justifient l'instauration d'un protocole de soins adéquat pour tenter d'éradiquer sa maladie. Cependant, l'éventuelle dangerosité qu'il inspire à la société laisse craindre l'instauration de mesures plus sécuritaires que sanitaires.

La situation est différente pour les personnes détenues et l'opinion publique, plutôt indignée, freine la reconnaissance d'une égalité de soins avec la population libre. Le souhait d'améliorer les conditions de vie en détention nourrit une forte animosité, en

[113] Article L. 1110-4 du CSP.
[114] Article R. 1112-46 du CSP.
[115] Pour la prison V°, notamment article L.1 du Code pénitentiaire. Pour les SPSC, V° notamment l'article L. 3211-11-1 du CSP.
[116] HAS, *Programme pluriannuel. Psychiatrie et santé mentale 2018-2013,* (en ligne).
[117] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Santé des personnes placées sous-main de justice 2019-2022*, 2 juillet 2019.

référence au concept de « moindre éligibilité[118] ». *De facto*, parler des droits des patients en milieu carcéral peut apparaitre comme une ineptie dans la mesure où la prison est considérée comme une zone de « non-droit »[119], même si la jurisprudence européenne apporte son concours régulier en la matière[120] et tend à vouloir dépasser cet état de fait.

Les droits des patients DSPSC : mythe ou réalité ? Au regard des précédents développements, la question des droits des patients DSPSC semble davantage relever d'un mythe que d'une réalité. Pourtant, elle s'inscrit dans la finalité de la prison et de l'institution psychiatrique. En effet, ces deux entités ont pour objectif de rechercher la réinsertion des personnes qu'elles ont sous leur responsabilité et de préserver leur dignité[121]. Cela implique inévitablement la préservation de leur santé[122]. Cette mission de réhabilitation de la personne passe donc par une restauration du corps et de l'esprit[123], selon les préceptes dégagés à l'égard des patients en milieu libre.

Problématique de l'étude. S'attacher à vouloir traiter de la question des droits des patients détenus et en soins psychiatriques revient finalement à poser une question : les droits des patients DSPSC s'inscrivent-ils dans la lignée des droits reconnus par la loi du 4 mars 2002 ou constituent-ils un droit dérogatoire ? Qu'en est-il des garanties affectées aux droits des patients DSPSC ? Sont-elles similaires à celles de tout autre patient ou est-ce-que la vulnérabilité de ces patients justifie l'instauration de procédures dérogatoires ?

Des droits adaptés aux contraintes des lieux privatifs de liberté Dans la mesure où ces patients semblent être pleinement intégrés à notre système de santé, la logique voudrait que la première conception soit retenue. Cependant, il convient de se montrer réaliste. Même si des efforts sont réalisés, ces deux lieux singuliers exercent une privation de liberté sur les corps qu'ils accueillent. Une difficulté majeure nait alors entre le respect des droits des patients et les contraintes matérialisées par le respect de l'impératif

---

[118] Le concept de « moindre éligibilité » ou « *less eligibility* » a été introduit par Jérémy BENTHAM, dans son ouvrage *Théorie des peines et des récompenses* de 1811. Selon lui, les différents frais pris en charge par la prison ne doivent pas placer les criminels dans une situation plus favorable que le citoyen libre. Dans le cadre des soins, l'idée est de ne pas allouer à l'institution carcérale des ressources sanitaires et médicales ; ressources par ailleurs limitées dans la société libre ; à des personnes qui ne le méritent pas.

[119] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 11.

[120] À titre d'exemple, nous pouvons citer l'arrêt rendu par la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH) en date du 30 janvier 2020 contre la France (CEDH, 30 janvier 2020, *J.M.B et autres c/France*, req. n° 9671/15). Sur des fondements identiques, cet arrêt a été très récemment confirmé par la CEDH le 6 juillet 2023 (CEDH, 6 juillet 2023, *B.M et autres c/France*, req. n° 84187/17.

[121] Article L. 3211-3 du CSP pour les personnes admises en SPSC et L.6 du Code pénitentiaire pour les personnes détenues.

[122] « La culture humaniste de notre pays nous enjoint de ne jamais oublier qu'un criminel n'en reste pas moins Homme. Cela signifie pour la question pénitentiaire, que la protection de sa dignité, élément majeur de l'identité Humaine, doit être au mieux préservée y compris pendant le temps carcéral de la peine. » - Extrait de la conclusion du rapport de Monsieur Paul-Roger GONTARD cité par J-M BOCKEL, « Le détenu, un citoyen : les règles pénitentiaires européennes » *in* PAULIAT Hélène, NÉGRON Éric, BERTHIER Laurent (dir.), *La prison : quel(s) droit(s)* ?, Presses universitaires de Limoges, 2013, p. 33.

[123] Comme le soulignait Robert PETIT, « à quoi servirait d'entreprendre la réforme du régime pénitentiaire pour relever le condamné, de poursuivre une œuvre sociale pour le reclasser, si on ne faisait de lui, d'abord, un être physiquement sain » ? V. PETIT Robert, *Rapport de l'Inspection générale de l'Administration*, décembre 1950, p. 85.

sécuritaire dans ces lieux d'enfermement. Elle est observable à l'égard des différents droits reconnus aux patients, qu'ils soient envisagés *stricto sensu* ou *lato sensu*. Si l'évolution des normes tend à démontrer que ces influences sont limitées, de sérieux doutes pratiques persistent. Les sanctions opérées par le juge, tant au niveau interne qu'au niveau européen, ainsi que les rapports de certaines autorités administratives indépendantes[124] démontrent la perfectibilité des normes et des pratiques professionnelles en la matière.

Plan général. Pour tenter de comprendre et d'appréhender ces interrogations, il conviendra dans un premier temps d'étudier l'édification des droits des patients DSPSC (Partie I). Puis, dans un second temps, il conviendra d'exposer les différentes défaillances existantes, tant sur le plan théorique que pratique, et d'envisager de quelles manières il serait possible d'endiguer ces problématiques dans ces espaces contraints (Partie II).

[124] V. notamment les rapports d'activité annuelle du CGLPL ainsi que du Défenseur des droits.

Partie I : La construction des droits des patients DSPSC

L'exclusion de normes exorbitantes de droit commun. Selon l'adage latin « *ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus* [125]», le Droit a vocation à être uniforme et applicable à tous. Une telle affirmation ne saurait être absolue. La situation juridico-administrative et médicale des patients DSPSC pourrait vouloir légitimer le fait que les dispositions générales du droit de la santé soient exclues au bénéfice de normes exorbitantes, mais cela apparaitrait contradictoire au regard des finalités attribuées à la prison ainsi qu'aux SPSC. En effet, comment parvenir à la bonne réintégration de ces patients au sein de la société si ces derniers ne disposent pas des mêmes droits que tous les autres citoyens ?

Si la mise en œuvre de certaines dispositions d'exception peut se justifier au regard d'un impératif sécuritaire, certaines règles relatives aux principes fondamentaux ne devraient pas pouvoir être restreintes du seul fait d'une pathologie ou d'une dangerosité supposée[126]. Cette dynamique est rappelée par la loi[127]. En conséquence, si aucune spécificité ne vient justifier l'application d'un cadre dérogatoire, les patients de notre étude doivent pouvoir bénéficier des mêmes droits[128], en matière de santé, que tous les autres[129]. Pour y parvenir, une définition des termes « Droit » et « santé » s'impose. La difficulté de cette démarche réside dans la multitude de conceptions de ces deux termes.

[125] Traduit par la formule « Où la loi ne distingue pas, il ne faut pas distinguer ». ROLAND Henri et BOYER Laurent, *Adages du droit français*, 4ème éd., Paris, Litec, 1999, n° 453, p. 920 : « La loi ayant disposé sans restriction ni condition, l'interprète ne saurait en réduire la substance en introduisant des exigences qui ne s'y trouvent pas, ni en éluder l'application au motif que le cas est exceptionnel ou qu'il y aurait inopportunité à ne faire usage en l'espèce ».
[126] SFERLAZZO-BOUBLI Karine, *Le droit et les soins psychiatriques non consentis*, Thèse, Université d'Aix-Marseille, 2018, p. 4.
[127] Pour ce qui est des patients détenus, V. article L. 322-1 du Code pénitentiaire. Pour ce qui est des patients en soins sans consentement, V. article L. 3211-3 du CSP.
[128] Cette idée est véhiculée par la Règle n° 5 des RPE selon laquelle « la vie en prison est alignée aussi étroitement que possible sur les aspects positifs de la vie à l'extérieur de la prison ».
[129] Une terminologie similaire est employée par le CSP à l'égard des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement à l'article L. 3211-3 selon lequel « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

Définition du Droit. Selon Norbert ROULAND, « le Droit appartient à la famille assez étendue des concepts qui ne sont clairs qu'entrevus de loin[130]». Ces mots remettent en lumière l'observation de KANT selon laquelle « les juristes cherchent encore une définition pour leur concept du Droit[131]». Ce Droit, dit « objectif », désigne « l'ensemble de règles de conduite socialement édictées et sanctionnées, qui s'imposent aux membres de la société[132] ». Il est traditionnellement distingué du « droit subjectif » conçu comme « une prérogative individuelle reconnue et sanctionnée par le droit objectif qui permet à son titulaire de faire, d'exiger ou d'interdire quelque chose dans son propre intérêt ou, parfois, dans l'intérêt d'autrui[133] ».

Définition de la santé. *Stricto sensu*, la santé désigne « l'état physiologique normal de l'organisme d'un être vivant, en particulier d'un être humain qui fonctionne harmonieusement, régulièrement, dont aucune fonction vitale n'est atteinte, indépendamment d'anomalies ou d'infirmités dont le sujet peut être affecté[134] ». Cette définition, qui comporte une orientation biologique très marquée, mérite d'être dépassée afin de tenir compte de la pluralité de facteurs qui l'entourent. La définition donnée par l'OMS s'inscrit dans ce cadre. Elle considère que « la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité[135]». Elle reflète l'idéologie de l'institution sanitaire onusienne qui est « d'amener tous les peuples au niveau de santé le plus élevé possible[136]». Elle permet de prendre en compte toutes les dimensions de la vie de l'Homme, au même titre que la notion de patient englobe la maladie ainsi que les éléments qui entourent la vie de l'individu.

Ces précisions sémantiques étant faites, il nous faut voir comment unifier ces deux notions. Au regard de la doctrine et de divers ouvrages, deux expressions apparaissent : « droit à la santé » et « droit à la protection de la santé ». La question est de savoir laquelle nous semble la plus opportune pour notre étude.

---

[130] ROULAND Norbert, *Introduction historique au droit*, Paris, PUF, 1998, p. 19.
[131] KANT Emmanuel, *Critique de la raison pure* (trad. A. TREMESAYGUES et E. PACAUD), 6ème éd., Paris, PUF, 1968, p. 503.
[132] CORNU Gérard (dir.), *Vocabulaire juridique*, 12ème éd., Paris, PUF, coll. Quadrige, 2018, V° Droit.
[133] *Ibidem.*
[134] *Trésor de la langue française,* (en ligne), V° Santé.
[135] Préambule de la Constitution de l'OMS. Adoptée par la Conférence internationale de la Santé, tenue à New-York du 19 juin au 22 juillet 1946 et signée par les représentants de 61 États le 22 juillet 1946. Elle est entrée en vigueur le 7 avril 1948.
[136] Article 1 de la Constitution de l'OMS. En déplaçant la question de la santé sur un terrain pluridisciplinaire et non exclusivement sous l'angle sanitaire et médical, l'OMS prend en compte les variables socioéconomiques qui entourent chaque individu. De plus, elle considère dans son article 3 que « la possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre est un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». Par cette formulation, l'OMS s'attache à garantir à tout individu un droit à la protection de sa santé, sans que ce dernier ne puisse être remis en question sur le fondement d'un quelconque critère discriminatoire.

Droit à la santé ou droit à la protection de la santé ? L'expression « droit à » relie le droit subjectif à la santé par l'intermédiaire d'un « droit-créance » qui serait « un pouvoir d'exiger. Il implique une intervention ou une prestation positive. Contrairement aux libertés qui sont opposables à l'État, un droit-créance est exigible de lui[137] ». Reste qu'exiger d'une institution d'être en bonne santé relève d'une rencontre complexe[138]. Outre les limites inhérentes à toute vie, la santé de chaque être humain résulte d'un ensemble de facteurs biologiques et héréditaires[139] sur lesquels ni le corps médical et soignant, ni l'État ne peuvent intervenir. L'expression commune « droit à la santé[140] » apparait donc inappropriée, bien qu'employée par la jurisprudence[141] et par une partie de la doctrine [142]française. L'expression « droit à la protection de la santé » est plus opportune. Elle désigne la possibilité pour toute personne d'exiger de l'État la mise en œuvre de toutes les actions utiles et nécessaires lui permettant de protéger sa santé ; que ce soit en termes de prévention, de diagnostic ou de traitement. Nous l'utiliserons au même titre que le CSP[143].

Une reconnaissance nécessaire du droit à la protection de la santé en faveur des patients DSPSC. Dans la mesure où les patients DSPSC sont pleinement intégrés à notre système de santé[144], la reconnaissance du droit à la protection de la santé s'impose. Ce préalable est indispensable car c'est de lui que découle l'ensemble des prérogatives accordées et reconnues à tout patient. Cependant, l'instauration d'une telle dynamique n'est pas perçue avec la même évidence au sein de notre société. Au regard de la singularité des lieux dans lesquels les patients de notre étude sont placés, des spécificités inhérentes à ce droit ne sont pas à exclure (Titre I). Par ailleurs, le droit à la protection de la santé ne doit pas être uniquement entendu comme la coordination de moyens humains, matériels et financiers en vue de protéger la santé physique et/ou mentale d'une personne. Il doit également s'intéresser à l'ensemble des dispositions mises en œuvre à l'égard du

[137] ROBERT Jacques, DUFFAR Jean, *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, 5ème éd., Paris, Montchrestien, coll. Précis Domat, 1994, p .64.
[138] Le commentaire en ligne de l'article L. 1110-1 du CSP qui indique que « revendiquer un droit à la santé relève de l'absurde, chacun ayant la santé qu'il a reçue à la naissance ». *Code de la santé publique*, Paris, Dalloz, 2023 (en ligne).
[139] « Cet état résultant majoritairement d'un capital humain réparti entre chacun d'entre nous selon la bonne grâce de Mère-nature ». DRAGO Guillaume, « Le droit à la santé : un droit constitutionnel effectif ? », *in Revue juridique de l'Ouest*, n° spécial 2015 « 20 ans de législation sanitaire. Bilan et perspectives. Colloque organisé par l'AEDS pour les 20 ans du Master Droit, Santé, Éthique », p. 18.
[140] Cette expression résulterait de la traduction littérale de l'expression anglaise « *right to health* ». V. Commentaire en ligne de l'article L. 1110-1 du CSP. *Code de la santé publique*, Paris, Dalloz, 2023 (en ligne).
[141] Le Conseil constitutionnel a employé cette expression dans sa décision n° 77-92 DC du 18 janvier 1978 sur la loi relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle.
[142] SAUVAT Christophe, « Précision normative sur le droit à la santé », *RLDC*, n° 24, 2006, pp. 53-58. V. aussi SAUVAT Christophe, *Réflexions sur le droit de la santé*, Aix-en-Provence, PUAM, 2004.
[143] L'article L. 1110-1 du CSP énonce que « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ».
[144] Cette affirmation résulte d'une lecture combinée des articles L. 3221-3 I du CSP qui reconnait notamment que « la mission de psychiatrie de secteur (…) concourt à la politique de santé mentale définie à l'article L. 3221-1 » ainsi que de l'article L. 115-1 du Code pénitentiaire qui dispose que « les agences régionales de santé sont chargées de l'évaluation et de l'identification des besoins sanitaires des personnes détenues, ainsi que de la définition et de la régulation de l'offre de soins en milieu pénitentiaire ».

patient pour lui permettre d'exprimer les choix relatifs à sa santé[145]. Dès lors, il apparait opportun, au regard de la situation juridico-administrative et médicale de nos patients, d'étudier comment est prise en considération leur expression au sein de ces espaces contraints (Titre II).

[145] En tant qu'acteur principal de sa santé, ce dernier est régulièrement appelé à manifester ses choix par le biais notamment de son consentement. Cela se vérifie en étudiant la structure du CSP. À la suite du chapitre préliminaire relatif aux « droits de la personne », le CSP prévoit un chapitre premier intitulé « Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté ».

Titre I : La spécificité du droit à la protection de la santé dans ces espaces contraints

La consécration préalable du respect de la dignité humaine. En 1945, la Charte des Nations-Unies énonce la garantie du « respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion ». Le droit à la protection de la santé s'inscrit de façon implicite dans la lignée de cet énoncé. En effet, la consécration d'un tel droit comporte un intérêt très limité si au préalable, les droits les plus fondamentaux de l'Homme ne sont pas reconnus. Aussi, convient-il dans un premier temps de préserver la dignité humaine[146] de chaque personne contre toute atteinte qui pourrait lui être faite[147].

Une égalité limitée aux droits fondamentaux du patient. Dans la mesure où la protection de la dignité humaine[148] ainsi que du droit à la protection de la santé se présentent comme des droits fondamentaux de notre législation sanitaire, l'éventuelle spécificité induite par la singularité des « lieux de vie », dans lesquels les patients de notre étude se trouvent, ne doit pas affecter la reconnaissance de ces deux prérogatives. (Chapitre I). Cependant, la privation de liberté affecte irrémédiablement leur prise en charge. Nous observerons qu'une influence se dégage de la contrainte exercée sur les corps et les esprits des sujets de droit enfermés dans ces lieux spécifiques (Chapitre II).

[146] « La dignité s'entend comme une valeur infinie de la personne humaine, qui commande de la traiter toujours d'abord comme une fin, et jamais comme un simple moyen. C'est l'attribut fondamental de la personnalité humaine, qui la fonde à la fois comme sujet moral et sujet de droit. (…). La sauvegarde de la dignité de la personne humaine est, selon le Conseil d'État, une composante de l'ordre public qu'il incombe aux autorités investies du pouvoir de police de faire respecter. En droit interne, cette notion de dignité humaine est consacrée à l'article 16 du Code civil ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry (dir.), *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., Paris, Dalloz, 2022, p. 379.

[147] Cette démarche s'inscrit dans la continuité des travaux internationaux et nationaux au lendemain de la Seconde Guerre mondiale qui firent de la dignité humaine une valeur irrémédiable en toutes circonstances.

[148] La notion de dignité provient du mot latin *dignitas* qui renvoie à la dignité des fonctions publiques. On retrouve d'ailleurs cette racine dans la notion de dignitaires. Désormais, « le principe de sauvegarde de la dignité de la personne humaine, dans sa double dimension de dignité de la personne et de dignité humaine, protège l'intégrité du corps contre les tiers et contre soi ». BIOY Xavier, « Le corps humain et la dignité », *Cahier de la Recherche sur les Droits Fondamentaux*, n° 15, 2017, p. 11.

Chapitre I : Une spécificité limitée à l'égard des droits fondamentaux des patients DSPSC

La dignité humaine : socle fondamental de tout droit. « Si l'humanité a des droits sur l'État, elle en a aussi sur l'Homme. Elle attend de lui notamment qu'il la respecte dans les autres personnes humaines, car toute violation de leurs droits méconnaît les siens[149] ». Une telle affirmation, mise en perspective avec la situation des patients DSPSC, soulève plusieurs interrogations. Affirmer qu'il existe des droits et des libertés attachés aux patients détenus ou admis en SPSC constitue une démarche audacieuse. Pourtant, au même titre que tout autre individu libre, ces patients en situation spécifique devraient voir leur dignité reconnue car c'est à partir d'elle que se construit l'édifice normatif du droit à protection de la santé. Il apparait donc nécessaire que le respect de la dignité humaine soit préalablement reconnu à tout individu (Section 1). Puis, dès l'instant que son respect est affirmé, les réflexions inhérentes à la reconnaissance d'un droit à la protection de la santé peuvent s'amorcer, que ce soit en milieu libre ou dans un espace privatif de liberté (Section 2).

[149] DUPUY René-Jean, *L'humanité dans l'imaginaire des nations*, Paris, Julliard, coll. Conférences, essais et leçons du Collège de France, 1991. Cité par COHEN-JONATHAN Gérard, « Hommage à Jean RIVERO », *Droits fondamentaux*, n° 1, juillet-décembre 2001, p. 6.

Section 1 : Le respect absolu de la dignité humaine

Une valeur inhérente à l'Homme. Le respect de la dignité humaine a toujours été sous-jacent à la civilisation humaine[150]. À ce titre, Paul RICŒUR énonça que « quelque chose est dû à l'être humain du seul fait qu'il est humain[151] ». Ce n'est qu'au lendemain de la Seconde Guerre mondiale qu'une prise de conscience relative à la protection de la dignité humaine[152] se manifesta concrètement au sein des différents corpus normatifs. Dans cette perspective, sous réserve de quelques exceptions[153], justifiées par des considérations de politiques pénales ou des considérations médicales[154], plusieurs textes consacrèrent l'affirmation du droit au respect de la dignité humaine sur le plan international, européen ou encore interne.

Une reconnaissance à double titre par les normes internes et internationales. Comme la majorité des droits que nous allons aborder, leur reconnaissance à l'égard des patients DSPSC s'est construite en deux étapes : sur un plan général, puis sur un plan plus spécifique à leur situation.

Dans un premier temps, l'affirmation du respect de la dignité humaine fut mise en avant par la Charte des Nations-Unies adoptée le 26 juin 1945[155]. Elle fut complétée par d'autres normes telles que la Convention contre la torture et autres peines ou traitements

[150] « Dans toutes les cultures, à toute époque, un fragment de tragédie, une épigramme, un texte législatif, un proverbe, une inscription funéraire, un conte, une chanson, une œuvre d'art, une œuvre de sagesse, auront témoigné "d'une exigence plus vieille que toute formulation philosophique" ». DE KONINCK Thomas, « Archéologie de la notion de dignité humaine », *La dignité humaine. Philosophie, droit politique, économie, médecine*, Paris, PUF, coll. Débats philosophiques, 2005, p. 17.

[151] RICŒUR Paul, « Pour l'être humain du seul fait qu'il est humain », *in* DE RAYMOND Jean-François, *Les enjeux des droits de l'homme*, Paris, Larousse, 1988, pp. 236-237.

[152] « L'usage du principe de dignité entend ainsi réprimer des comportements dégradants de la personne qui passent par une atteinte au corps ou un certain usage du corps ». BIOY Xavier, « Le corps humain et la dignité », *Cahier de la Recherche sur les Droits Fondamentaux*, n° 15, 2017, p. 11.

[153] Les Nations-Unies précisent que des exceptions pourront être apportées dans les hypothèses de « douleurs ou souffrances résultant uniquement de sanctions légitimes, inhérentes à ces sanctions ou occasionnées par elles ». La difficulté sera de définir ce que l'on entend par « sanctions légitimes », mais également de voir si ces dernières sont proportionnelles, tant du point de vue du méfait accompli que de la douleur infligée ou de la souffrance ressentie. On retrouve ici le principe de la proportionnalité de la peine plébiscité par BECCARIA et entériné dans notre législation interne à l'article 8 de la Constitution ainsi qu'à l'article 130-1 du Code pénal.

[154] Le droit au respect de la dignité humaine fonde également les différentes formes de protection contre les atteintes à l'intégrité du corps humain. Une illustration de cet état de fait réside dans l'article 16-3 du Code civil qui pose le principe de l'interdiction de porter atteinte à l'intégrité du corps sauf motif médical.

[155] Dans son Préambule, elle énonce que « Nous, peuples des Nations Unies résolus (…) à proclamer à nouveau notre foi dans les droits fondamentaux de l'homme, dans la dignité et la valeur de la personne humaine, dans l'égalité de droits des hommes et des femmes, ainsi que des nations, grandes et petites. Elle garantit dans le cadre de son article 1 « le respect universel et effectif des droits de l'homme et des libertés fondamentales pour tous, sans distinction de race, de sexe, de langue ou de religion ».

cruels, inhumains ou dégradants[156]. Au même titre que la norme onusienne, plusieurs dispositions européennes furent instaurées afin de concourir à cet objectif. Tel est le cas de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (CESDH) du 4 novembre 1950[157] ou encore la Convention d'Oviedo en date du 4 mai 1997[158]. Sur le plan interne, plusieurs sources se sont également attachées à reconnaitre à la dignité humaine une valeur fondamentale. Au plan de ces dernières figure l'article 1 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946[159], qui témoigne de la volonté du législateur français de protéger la dignité humaine dans toutes ses dimensions, la jurisprudence du Conseil constitutionnel[160], l'article 16 du Code civil[161] ou encore les lois bioéthiques de 1994[162].

Dans un second temps, les différentes normes internationales et internes ont affiné la reconnaissance du respect de la dignité humaine à l'égard de groupes d'individus plus spécifique. Tel fut le cas notamment vis-à-vis des patients détenus (§ 1), mais également de ceux admis en SPSC (§ 2).

[156] Cette disposition fut complétée avec la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 10 décembre 1984. Dans le cadre de son article 1, la notion de torture s'entend comme étant « tout acte par lequel une douleur ou des souffrances aiguës, physiques ou mentales, sont intentionnellement infligées à une personne aux fins notamment (…) de la punir d'un acte qu'elle ou une tierce personne a commis ou est soupçonnée d'avoir commis (…), lorsqu'une telle douleur ou de telles souffrances sont infligées par un agent de la fonction publique ou toute autre personne agissant à titre officiel ou à son instigation ou avec son consentement exprès ou tacite ». Dans la perspective de rendre ces dispositions effectives, un protocole facultatif à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants fut adopté par l'Assemblée générale le 18 décembre 2002. Ce dernier prévoit « l'établissement d'un système de visites régulières, effectuées par des organismes internationaux et nationaux indépendants, sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté, afin de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ». Il fut ratifié par la France le 11 novembre 2008 après l'adoption de la loi n° 2008-739 du 28 juillet 2008. Telle sera par la suite la mission confiée au CGLPL sur notre territoire, mais également au Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants (CPT) au niveau européen.

[157] Elle entra en vigueur le 3 septembre 1953. Cette dernière est régulièrement complétée grâce aux travaux du Conseil de l'Europe, mais également avec l'adoption de protocoles par les États-Membres destinés à modifier et ajouter de nouveaux droits. Bien que l'expression « protection de la personne humaine » ou « dignité humaine » ne soit pas explicitement écrite, plusieurs articles s'y rapportent directement tels que les articles 1, 2, 3 et 4 respectivement consacrés au respect des droits de l'Homme, au droit à la vie, à l'interdiction de la torture et à l'interdiction de l'esclavage et du travail forcé.

[158] Convention ratifiée par la France le 13 décembre 2011 dans le cadre de la loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique. Elle est entrée en vigueur au sein de notre législation le 1er avril 2012. Dans son article 1, elle dispose que « les Parties à la présente Convention protègent l'être humain dans sa dignité et son identité et garantissent à toute personne, sans discrimination, le respect de son intégrité et de ses autres droits et libertés fondamentales à l'égard des applications de la biologie et de la médecine ». Au regard de cette formulation, et en particulier de l'exclusion de tout critère discriminatoire, cette Convention s'applique également à l'égard des patients DSPSC.

[159] Article 1 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : « Au lendemain de la victoire remportée par les peuples libres sur les régimes qui ont tenté d'asservir et de dégrader la personne humaine, le peuple français proclame à nouveau que tout être humain, sans distinction de race, de religion ni de croyance, possède des droits inaliénables et sacrés. Il réaffirme solennellement les droits et libertés de l'homme et du citoyen consacrés par la Déclaration des droits de 1789 et les principes fondamentaux reconnus par les lois de la République ».

[160] C. const., 27 juillet 1994, n° 94-343/344 DC – Lois bioéthiques, considérant n° 2.

[161] Article 16 du Code civil : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie ».

[162] Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, JORF n° 175 du 30 juillet 1994, Texte n° 1. Cette loi inséra dans le Code civil plusieurs dispositions en relation avec la protection de la dignité de la personne humaine telles que l'inviolabilité du corps humain (article 16-1) ou encore l'impossibilité de porter atteinte à l'intégrité de l'espèce humaine (article 16-4).

§ 1 : La reconnaissance de la dignité humaine à l'égard des patients détenus

Le principe de l'unique privation de liberté. Lors de la mise sous écrou d'un individu, seule la liberté d'aller et de venir doit lui être retirée. La qualité de personne humaine demeure. Pour que cette affirmation ne souffre d'aucune altération, des réflexions ont été menées pour reconnaitre cette prérogative fondamentale, tant sur le plan international (A), que sur le plan interne (B).

A : Une reconnaissance par la norme internationale

La dignité humaine appréhendée par la norme onusienne et européenne. La reconnaissance du respect de la dignité humaine à l'égard du patient détenu peut être étudiée, sur le plan international, selon une approche dualiste. Si la norme onusienne a vocation à donner aux États les principes généraux en la matière (1), la norme européenne comporte ses propres dispositions (2).

1) Une reconnaissance par la norme onusienne

L'instauration des Règles Mandela. En tant que principal acteur de la norme internationale, l'ONU a souhaité renforcer l'application des dispositions contenues dans la Charte des Nations-Unies ainsi que dans la Déclaration universelle des droits de l'Homme

(DUDH)[163] à l'égard des droits des personnes détenues. Les Nations-Unies adoptèrent en 1955 un « Ensemble de règles *minima*[164] », dites « Règles Mandela[165]». L'objectif est de fixer « les principes et les règles d'une bonne organisation pénitentiaire et de la pratique du traitement des détenus[166]».

L'affirmation du droit au respect de la dignité humaine de la personne détenue. Le droit au respect de la dignité de la personne détenue y est affirmé dans le cadre d'un chapitre intitulé « Droits fondamentaux ». Dans sa règle n° 1, il est énoncé que « tous les détenus sont traités avec le respect dû à la dignité et à la valeur inhérentes à la personne humaine. Aucun détenu ne doit être soumis à la torture ni à d'autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, et tous les détenus sont protégés contre de tels actes, qui ne peuvent en aucun cas être justifiés par quelque circonstance que ce soit. La sûreté et la sécurité des détenus, du personnel, des prestataires de services et des visiteurs doivent être assurées à tout moment ».

Une affirmation consolidée. Pour que la protection de la personne humaine du patient détenu soit complète, l'Assemblée générale des Nations-Unies adopte le 18 décembre 1982 un ensemble de « Principes d'éthique médicale[167] ». Dans son principe n° 2, il est énoncé qu'« il y a violation flagrante de l'éthique médicale et délit au regard des instruments internationaux applicables si des membres du personnel de santé, en particulier des médecins, se livrent, activement ou passivement, à des actes par lesquels ils se rendent coauteurs, complices ou instigateurs de tortures et autres traitements cruels, inhumains ou dégradants ou qui constituent une tentative de perpétration[168] ». Au même titre que les Règles Mandela, ces principes se destinent à constituer une véritable source d'influence dans la mise en œuvre d'une politique pénitentiaire[169]. Cette dernière est particulièrement

[163] Adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies le 10 décembre 1948, cette dernière dispose dans son article 3 que « tout individu a droit à la vie, à la liberté et à la sûreté de sa personne » et dans son article 5 que « nul ne sera soumis à la torture, ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ».
[164] Cet ensemble de règles *minima* fut adopté par le premier Congrès des Nations Unies pour la prévention du crime et le traitement des délinquants qui s'est tenu à Genève du 22 août au 3 septembre 1955. Ces règles furent par la suite approuvées par le Conseil économique et social des Nations-Unies dans ses Résolutions 663 C du 31 juillet 1957 et 2076 du 13 mai 1977.
[165] Désignées initialement sous la terminologie « Ensemble de règles *minima* des détenus », elles furent rebaptisées Règles Mandela en l'honneur de l'ancien Président d'Afrique du Sud.
[166] *Ensemble de règles minima des Nations-Unies pour le traitement des détenus* en date du 21 mai 2015 et adoptée dans le cadre de la Résolution 70/175 de l'Assemblée générale des Nations-Unies en date du 17 décembre 2015 – Observation préliminaire n° 1.
[167] Désignés sous le nom de « Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, en particulier des médecins, dans la protection des prisonniers et des détenus contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants », ils furent adoptés dans le cadre de la résolution 37/194 de l'Assemblée générale des Nations-Unies en date du 18 décembre 1982.
[168] Ce point fait notamment référence à la Déclaration sur la protection de toutes les personnes contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants (Déclaration contre la torture) adoptée par l'Assemblée générale des Nations-Unies le 9 décembre 1975 dans le cadre de la résolution 3452 (XXX).
[169] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 97.

visible lorsque nous portons notre attention sur les différents travaux mis en œuvre en la matière par les instances européennes.

2) Une reconnaissance par les normes européennes

La CESDH : un texte général, mais fondamental. La Convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme (CESDH) ne comporte pas de dispositions spécifiques à l'égard des personnes détenues[170]. À l'exception du droit à la liberté reconnu dans son article 5, les barreaux ainsi que l'ensemble des outils de contention ne peuvent être hermétiques à l'application des droits relatifs à la protection de la dignité humaine dans les lieux privatifs de liberté en application des articles 2 et 3 de la CESDH.

La reconnaissance de la dignité humaine par les Règles pénitentiaires européennes. Parmi les normes européennes qui reconnaissent le respect de la dignité humaine à l'égard des personnes détenues, les Règles pénitentiaires européennes de 1973[171], réformées en 1987[172], 2006[173] et 2020[174] ont une place particulière. Selon les deux premières, « les personnes privées de liberté doivent être traitées dans le respect des droits de l'homme ». Ces dernières « conservent tous les droits qui ne leur ont pas été retirés selon la loi par la décision les condamnant à une peine d'emprisonnement ou les plaçant en détention provisoire ». Cependant, ces règles n'ont pas de caractère contraignant. C'est la raison pour laquelle le Conseil de l'Europe a élaboré d'autres normes[175], et notamment des « conventions spécialisées [176]» comme la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou des traitements inhumains ou dégradants du 26 novembre 1987[177].

[170] Il en va de même à l'égard des patients admis en soins psychiatriques sans consentement.
[171] Adoptées par le Conseil des ministres le 19 janvier 1973 dans le cadre de la Résolution (73) 5 sur l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus.
[172] Conseil de l'Europe, *Recommandation (87) 3 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes*. Adoptée le 12 février 1987.
[173] Conseil de l'Europe, *Recommandation (2006) 2 sur les Règles pénitentiaires européennes*. Adoptée le 11 janvier 2006.
[174] *Ibidem.* Révisée et modifiée par le Comité des Ministres le 1er juillet 2020, lors de la 1380e réunion des Délégués des Ministres.
[175] Plusieurs recommandations visant à améliorer et renforcer les droits des personnes détenues ont par la suite été adoptées. Nous pouvons citer à ce titre la Recommandation R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire du 8 avril 1998.
[176] OBERDORFF Henri, *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, 7ème éd., Issy-les-Moulineaux, LGDJ, 2019, p. 160.
[177] Convention ratifiée par la France le 30 décembre 1988 dans le cadre de la loi n° 88-1243 autorisant l'approbation d'une convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants.

L'influence de la Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou des traitements inhumains ou dégradants. Portée par le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants[178], cette Convention s'inscrit directement dans le prolongement de l'article 3 de la CESDH ainsi que le rappelle l'alinéa 3 de sa préface[179]. Son application dans le cadre de la protection des droits de la personne détenue découle de l'article 1 qui dispose notamment que « par le moyen de visites, le Comité examine le traitement des personnes privées de liberté en vue de renforcer, le cas échéant, leur protection contre la torture et les peines ou traitements inhumains ou dégradants ». Par ailleurs, son article 2 dispose que « chaque Partie autorise la visite, conformément à la présente Convention, de tout lieu relevant de sa juridiction où des personnes sont privées de liberté par une autorité publique[180] ».

La perspective manquée d'une Charte pénitentiaire européenne. En 2006, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe suggéra la création d'une Charte pénitentiaire européenne[181]. Elle avait pour finalité « d'établir des règles précises et obligatoires s'imposant à tous les acteurs de la chaîne pénale quant au respect des droits de l'homme pour toute personne privée de liberté ». Cependant, elle ne fut pas adoptée par le Conseil des ministres selon lequel « il serait difficile pour les États d'obtenir un consensus sur plus qu'un nombre très limité de règles juridiques contraignantes qui appauvriraient et stigmatiseraient les normes existantes[182]». Face à cet état de fait, le rôle joué par la jurisprudence de la CEDH prend sa pleine mesure.

L'apport de la CEDH. Pour faire valoir le respect de la dignité humaine en prison, les juges de la CEDH s'appuient principalement sur les articles 2 et 3 de la CESDH.

---

[178] Anciennement dénommé « Comité pour la prévention de la torture », le Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants est compétent pour connaître de tous les mauvais traitements infligés par une autorité publique à l'égard d'une personne privée de liberté. De surcroît, son action s'étend des lieux de privation temporaire de liberté, comme les postes de police, aux lieux où la durée de la privation de liberté est plus longue tels que la prison ou encore les hôpitaux psychiatriques ; peu importe qu'il s'agisse d'établissements pour mineurs ou pour majeurs. Dans le cadre de ses activités de contrôle au sein de ces institutions, le Comité rédige un rapport destiné aux autorités nationales. Dans son rapport de 2012, le Comité avait préconisé à l'égard de la France de faciliter l'accès des personnes détenues aux informations contenues dans leur dossier médical. Il a également été demandé de procéder à une mise à jour du Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues élaboré par le ministère de la Santé et le ministère de la Justice.

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

[180] Envisagée dans un rapport du député socialiste Jacques FLOCH déposé à la présidence de l'Assemblée nationale le 28 juin 2000 et sous la dénomination de « contrôleur général des prisons », la création du contrôleur général des lieux de privation de liberté s'effectua avec la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté. Ce dispositif fut complété en 2008 avec le décret n° 2008-246 du 12 mars 2008 relatif au Contrôleur général des lieux de privation de liberté. La terminologie de ce texte étant générale, l'ensemble de ces dispositions trouveront également à s'appliquer dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement. Ce point se vérifie aisément dans la mesure où tous les rapports d'activité annuelle publiés depuis la création de cette autorité comportent toujours une analyse aux SPSC.

[181] Conseil de l'Europe, *Recommandation 1747 (2006) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à une Charte pénitentiaire européenne*, Adoptée le 29 mai 2006. Ce projet est né de la Recommandation 1656 (2004) sur la situation des prisons et des maisons d'arrêt en Europe ainsi que de la Recommandation R (98) 7 consacrée aux « aspects éthiques et organisationnels dans les soins de santé en milieu pénitentiaire. Il fut affirmé à cette occasion que « la pratique médicale en milieu pénitentiaire doit être guidée par les mêmes principes éthiques que dans le reste de la communauté ».

[182] Conseil de l'Europe, *Réponse du Comité des ministres à la Recommandation 1747 (2006)*, 27 septembre 2006.

Dans l'arrêt *Kudla c/ Pologne*, elle énonce que « l'article 3 de la Convention impose à l'État d'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine (…) et que, eu égard aux exigences pratiques de l'emprisonnement, la santé et le bien-être du prisonnier sont assurés de manière adéquate, notamment par l'administration des soins médicaux requis[183]».

Au regard de la vétusté de notre parc pénitentiaire et des récurrentes problématiques de surpopulation carcérale[184], la France n'est pas épargnée par les condamnations de la CEDH. Dans l'arrêt *Canali c/ France*[185], elle qualifie de traitement dégradant les conditions de détention de la maison d'arrêt de Nancy, considérant « que l'effet cumulé de la promiscuité et des manquements relevés aux règles d'hygiène ont provoqué chez le requérant des sentiments de désespoir et d'infériorité propres à l'humilier et à le rabaisser ». Les juges européens considèrent cet état de fait comme contraire aux dispositions de l'article 3 de la CESDH ainsi que de la loi française qui se doit de garantir à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits. Un énoncé similaire fut repris dans les affaires *J.M.B c/France*[186] et *B.M et autres c/France*[187]. Dans ces arrêts, il est notamment indiqué que la protection de la personne humaine à l'égard de la personne détenue incombe également au législateur de chaque pays. Des dispositions furent prises en droit interne par la suite[188].

[183] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/Pologne*, req. n° 30210/96.
[184] Au 1er septembre 2024, le nombre de personnes écrouées détenues était de 78 969. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Statistique des établissements et des personnes écrouées en France*, janvier 2024 (en ligne). http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-chiffres-clefs-10041/statistiques-de-la-population-detenue-et-ecrouee-34731.html .
[185] CEDH, 25 avril 2013, *Canali c/France*, req. n° 40119/09.
[186] CEDH, 30 janvier 2020, *J.M.B c/France*, req. n° 9671/15.
[187] CEDH, 6 juillet 2023, *B.M et autres c/France*, req. n° 84187/17. En l'espèce, cet arrêt ne bouleverse les précédentes jurisprudences de la CEDH. Ce point a été clairement exprimé par la CEDH qui énonce dans le cadre du § 77 que « la Cour ne voit aucune raison de parvenir à une conclusion différente dans les présentes affaires ».
[188] Loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, JORF n° 0084 du 9 avril 2021, Texte n° 3.

B : Une reconnaissance par la norme interne

Une valeur exclue de notre Constitution. À la différence d'autres systèmes juridiques[189], la protection de la dignité n'est pas inscrite dans la Constitution du 4 octobre 1958. Cette absence n'a pas empêché le Conseil constitutionnel de dégager le principe à valeur constitutionnelle de sauvegarde de la dignité humaine dans le cadre de ses décisions du 27 juillet 1994[190]. Par ailleurs, plusieurs normes infraconstitutionnelles y font textuellement référence, comme l'article 16 du Code civil.

Une reconnaissance interne progressive. À l'égard des personnes détenues, notre Droit s'est montré relativement clair et explicite en la matière. Si les premiers textes remontent aux années 2000 (1), la question de la protection de la dignité humaine à l'égard des personnes détenues a eu l'occasion d'être réaffirmée très récemment (2).

1) Une première reconnaissance issue du Code de procédure pénale et de la loi pénitentiaire de 2009

Les prémices issues du CPP. Depuis la loi du 15 juin 2000[191], l'article préliminaire du Code de procédure pénale (CPP) indique, dans son III, que « les mesures de contraintes dont la personne suspectée ou poursuivie[192] peut faire l'objet (…) doivent être strictement limitées aux nécessités de la procédure, proportionnées à la gravité de l'infraction reprochée et ne pas porter atteinte à la dignité de la personne ». Il s'agit du premier texte qui fait référence à la « dignité de la personne humaine » à l'égard d'une personne susceptible d'avoir commis une infraction.

[189] À titre d'exemple, l'article 10 de la Constitution espagnole énonce notamment que « la dignité de la personne, les droits inviolables qui lui sont inhérents, le libre développement de la personnalité, le respect de la loi et des droits d'autrui sont le fondement de l'ordre politique et de la paix sociale ».
[190] C. const., 27 juillet 1994, n° 94-343/344 DC. Cette décision a été rendue à l'occasion de l'examen de la loi relative au respect du corps humain ainsi que de la loi relative au don et à l'utilisation des éléments du corps humain, à l'assistance médicale à la procréation et au diagnostic prénatal.
[191] Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, JORF n° 0138 du 16 juin 2000, Texte n° 1.
[192] Modification apportée par l'article 4 de la loi n° 2013-711 du 5 août 2013 portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France, JORF n° 0181 du 6 août 2013, Texte n° 4.

L'influence du CCNE. Par la suite, l'avis du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) en date du 26 octobre 2006[193] servit de support de réflexion à l'élaboration de la future loi pénitentiaire de 2009. Face à une situation accablante au sein des établissements pénitentiaires, les membres du CCNE posèrent la question suivante : « Comment accepter que la prison demeure un lieu de punition, de souffrance, de maladie, de folie, d'exclusion et d'oubli, si l'on admet que son rôle est d'être un lieu où la sanction doit permettre à la personne de se reconstruire ?[194] ». Puis de répondre, « Il s'agit d'un problème qui engage la société dans son ensemble : nous sommes tous, en tant que collectivité, et chacun d'entre nous, en tant que citoyen, responsables du respect de la dignité humaine des personnes détenues, qu'elles soient prévenues, en attente de jugement et présumées innocentes, ou qu'elles aient été condamnées "au nom du peuple français" ». En dépit de cet avis, il fallut attendre la loi pénitentiaire de 2009 pour que cette reconnaissance à l'égard de la personne détenue soit explicitement inscrite dans la loi.

Les apports significatifs de la loi pénitentiaire de 2009. La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009[195] marqua le premier pas significatif vers la reconnaissance concrète de droits voire même de libertés, à l'égard des personnes détenues en ordonnant à l'administration pénitentiaire de garantir « à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits[196] ». Cet énoncé fait écho à une décision rendue par le Conseil constitutionnel selon laquelle « la sauvegarde de la dignité de la personne contre toute forme d'asservissement et de dégradation est au nombre de ces droits et constitue un principe à valeur constitutionnelle » ; et qu'il appartient au législateur de « déterminer les conditions et des modalités d'exécution des peines privatives de liberté dans le respect de la dignité de la personne humaine, mais aussi de garantir les droits et les libertés dont ces personnes continuent de bénéficier dans les limites inhérentes aux contraintes de la détention[197] ». Désormais, « la dignité de la personne détenue constitue une pierre angulaire d'un droit de la détention[198] ». Cette idée se retrouve dans le récent Code pénitentiaire[199].

[193] CCNE, *La santé et la médecine en prison*, Avis n° 94, 26 octobre 2006.
[194] *Ibidem*, pp. 40-41.
[195] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009, Texte n° 1.
[196] Article 22 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009.
[197] C. const., 19 novembre 2009, n° 2009-593 DC, considérant n° 3 et n° 4.
[198] JENNEQUIN Anne, « La dignité de la personne détenue », *RFDA*, 2015, p. 1082
[199] Article L. 6 du Code pénitentiaire.

2) Une consolidation issue du Code de procédure pénale et du Code pénitentiaire

Des récents apports jurisprudentiels déterminants. Par un arrêt du 30 janvier 2020[200], la CEDH condamna la France pour violation des articles 3 et 13 de la CESDH en raison, d'une part, de la surpopulation carcérale, qualifiée de structurelle et, d'autre part, de l'ineffectivité des recours préventifs, notamment du référé-liberté[201]. Cette décision fut suivie par un arrêt majeur de la Cour de cassation du 8 juillet 2020[202] ainsi que d'une décision des Sages le 2 octobre 2020[203]. L'ensemble de ces apports jurisprudentiels conduisirent le législateur à s'emparer de la « question de l'indignité des conditions de détention, des prévenus comme des condamnés[204] ».

La garantie affirmée du droit au respect de la dignité. Avec plus d'un mois de retard sur le calendrier fixé par le Conseil constitutionnel[205], le législateur aboutit à la loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention[206]. Composée d'un article unique, les apports de cette loi sont triples. Tout d'abord, le législateur procéda à une réécriture de l'alinéa 2 de l'article 144-1 du CPP[207]. Ensuite, il complète l'article 707 du CPP[208]. Enfin, l'apport majeur de cette loi résida dans la création d'un nouvel article au sein du CPP, à savoir l'article 803-8.

---

[200] CEDH, *J.M.B c/France*, 30 janvier 2020, n° 9671/15. La majorité des développements énoncés par la CEDH dans cette affaire ont été intégralement repris dans le cadre de l'affaire *B.M et autres c/France* en date du 6 juillet 2023. Bien que les faits se soient déroulés quasiment à la même époque, ce très récent arrêt démontre que la protection de la dignité humaine de la personne détenue mérite encore d'être défendue et protégée.

[201] PASTRE-BELDA Béatrice, « La surpopulation carcérale française enfin condamnée à Strasbourg », *JCP*, n°06, act. 154, 10 février 2020. Les limites du référé-liberté pour mettre un terme aux atteintes à la dignité des personnes détenues ont d'ailleurs été soulevées par le Conseil d'État dans un arrêt en date du 19 octobre 2020 (CE, 19 octobre 2020, n° 439372). Ces limites s'appuient sur trois considérations à savoir « d'abord que des mesures d'ordre structurel sont insusceptibles d'être mises en œuvre à très bref délai et qu'elles ne sont pas au nombre des mesures d'urgence que la situation permet de prendre utilement dans le cadre des pouvoirs que le juge des référés tient de l'article L. 521-2 du code de justice administrative, ensuite que les mesures que ce dernier prononce doivent s'apprécier en tenant compte des moyens dont dispose l'autorité administrative compétente, enfin qu'il ne lui appartient pas de s'assurer, au stade de sa décision, que l'administration procédera à l'exécution des mesures prononcées à son encontre ». V. MAYAUD Yves, « Surpopulation carcérale et dignité des détenus. Bref bilan pour une question récurrente », *RSC*, 2021, p. 91.

[202] Cass. Crim., 8 juillet 2020, n° 20-81.739.

[203] C. const., 2 octobre 2020, n° 2020-858/859 QPC.

[204] BONIS Evelyne, PELTIER Virginie, « Commentaire de la loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention », *Dr. pénal*, n° 6, étude 11, 6 juin 2021.

[205] C. const., 2 octobre 2020, n° 2020-858/859 QPC, considérant n° 19.

[206] Loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, JORF n° 0084 du 9 avril 2021, Texte n° 3.

[207] Cet aliéna a été abrogé par le Conseil constitutionnel dans sa décision du 2 octobre 2020. V. *supra*. Ce dernier dispose désormais que « sans préjudice des dispositions de l'article 803-8 garantissant le droit de la personne d'être détenue dans des conditions respectant sa dignité, le juge d'instruction ou, s'il est saisi, le juge des libertés et de la détention doit ordonner la mise en liberté immédiate de la personne placée en détention provisoire, selon les modalités prévues à l'article 147, dès que les conditions prévues à l'article 144 et au présent article ne sont plus remplies ».

[208] Dans le III de l'article 707 du CPP a été rajouté la phrase suivante : « Le droit de cette personne d'être incarcérée dans des conditions respectant sa dignité est garanti par l'article 803-8 ». Le terme « cette personne » fait référence à « toute personne condamnée incarcérée en exécution d'une peine privative de liberté » énoncé au début dudit article.

L'instauration d'un nouveau recours. Lorsqu'elle considère que ses conditions de détention sont contraires à la dignité de la personne humaine, la personne détenue peut saisir le juge des libertés et de la détention ou le juge de l'application des peines. L'article 803-8 du CPP dispose que « toute personne détenue (…) qui considère que ses conditions de détention sont contraires à la dignité de la personne humaine peut saisir le juge des libertés (…), ou le juge de l'application des peines (…), afin qu'il soit mis fin à ces conditions de détention indignes ». Si le processus du recours peut paraitre long, il a le mérite de réaffirmer la dignité de la personne humaine à l'égard de la personne détenue, mais également de lui conférer une certaine effectivité en associant à cette prérogative une garantie, au moyen de l'exercice d'un recours. Cette avancée majeure aurait pu être consolidée par de nouvelles dispositions à l'occasion de l'entrée en vigueur du Code pénitentiaire, mais cela ne fut pas le cas.

Les apports limités du nouveau Code pénitentiaire. Avant 2022, le Droit pénitentiaire ne disposait pas de son propre code. Les dispositions législatives et réglementaires qui régissaient ce domaine étaient dispersées. Entré en vigueur le 1er mai 2022[209], le Code pénitentiaire a vocation à regrouper l'intégralité des règles de Droit relatives au bon fonctionnement du service public pénitentiaire. Si le souci d'accessibilité de la norme est louable, la portée de ce Code peut être jugée décevante dans la mesure où il s'agit d'une codification à droit constant. Son article L. 2 affirme que « le service public pénitentiaire s'acquitte de ses missions dans le respect des droits et libertés garantis par la Constitution et les conventions internationales ratifiées par la France, notamment la convention européenne de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales ». Par ailleurs, son article L. 6 dispose que « l'administration pénitentiaire garantit à toute personne détenue le respect de sa dignité et de ses droits ». Enfin, l'article L. 315-9 énonce dans son alinéa 1 que « conformément aux dispositions de l'article 803-8 du Code de procédure pénale, peuvent former un recours pour qu'il soit mis fin à des conditions de détention contraires à la dignité de la personne humaine : 1° Toute personne en détention provisoire, devant le juge des libertés et de la détention ; 2° Toute personne condamnée et

[209] L'entrée en vigueur du Code pénitentiaire résulte de l'Ordonnance n° 2022-478 du 30 mars 2022 portant partie législative du Code pénitentiaire (JORF n° 0080 du 5 avril 2022, Texte n° 8) et du Décret n° 2022-479 du 30 mars 2022 portant partie réglementaire du Code pénitentiaire (JORF n° 0080 du 5 avril 2022, Texte n° 9).

détenue en exécution d'une peine privative de liberté, devant le juge de l'application des peines[210] ».

Une reconnaissance actée, mais encore jeune. Au regard de ce qui précède, la reconnaissance de la dignité humaine à l'égard de la personne détenue, et par extension, du patient détenu, s'avère être actée par de nombreux dispositifs normatifs. Cependant, ce cadre normatif est encore « jeune ». Aussi faut-il attendre encore quelques années pour pouvoir mesurer valablement les effets de ces diverses mesures et voir si ces dispositions ont un réel impact en la matière[211]. Sur ce point, la situation des patients admis en SPSC semble plus cadrée et ancrée dans notre législation.

§ 2 : La reconnaissance de la dignité humaine à l'égard du patient en SPSC

La reconnaissance de la dignité humaine dans les SPSC. Au même titre que pour les patients détenus, la reconnaissance de la dignité humaine à l'égard des patients en SPSC se rencontre au sein des normes internationales (A), mais également dans le cadre de notre droit interne (B).

[210] Cet article s'inscrit dans le cadre d'une section III intitulée « Recours judiciaire visant à garantir le droit au respect de la dignité en détention ». La formulation choisie par le législateur n'est pas anodine et tend à affirmer la reconnaissance de la dignité humaine à l'égard de l'ensemble des personnes détenues.
[211] Le récent arrêt de la CEDH (*B.M et autres c/France* du 6 juillet 2023) démontre que près de deux ans après l'instauration du recours judiciaire visant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, les interrogations sur cette délicate question demeurent.

A : Une reconnaissance par la norme internationale

Sollicitude et dignité rappelées au niveau international. Selon l'Association médicale mondiale (AMM)[212], « tout psychiatre doit offrir au patient la meilleure thérapie possible dont il a la connaissance et le traiter avec la sollicitude et le respect inhérent à la dignité de tout être humain[213]». Cette approche a été reprise par plusieurs normes internationales (1) ainsi que sur le plan européen (2).

1) La reconnaissance par la norme onusienne

Un droit « indérogeable », y compris en psychiatrie. Selon la Professeure Mireille DELMAS-MARTY, « le respect de la dignité humaine est le seul droit indérogeable en ce sens qu'il est le seul à s'appliquer en toutes circonstances (même en cas de guerre ou de danger exceptionnel menaçant la vie de la Nation), et à tout être humain, quels que soient ses écarts aux normes de référence : écart aux normes juridiques (criminels) (…), mentales (aliénés)[214] ». Si la reconnaissance du droit à la dignité humaine à l'égard du patient détenu fut rapidement actée après la Seconde Guerre mondiale, ce processus prit plus de temps vis-à-vis des patients admis en SPSC.

L'adoption par l'ONU de la Déclaration des droits du déficient mental. En 1971, l'Assemblée Générale de l'ONU adopte la Déclaration des droits du déficient mental[215]. Elle énonce dans son article 1 que « le déficient mental doit, dans la mesure du possible, jouir des mêmes droits que les autres êtres humains ». Il s'agit du premier document international qui reconnait formellement que les personnes souffrant de troubles

[212] Fondée à Paris le 17 septembre 1947, l'AMM est une association internationale de confédérations et de syndicats nationaux de médecins. Grâce à ses échanges, elle contribue à la mise en place de soins médicaux de grande qualité et respectueux de l'être humain.
[213] Déclaration de l'AMM sur les problèmes éthiques concernant les patients atteints de maladie mentale. Adoptée par la 47ème Assemblée générale à Bali en septembre 1995. Elle fût révisée lors de la 57ème Assemblée générale organisée en Afrique du Sud à Pilanesberg en octobre 2006 puis en octobre 2015 à l'occasion de la 66ème Assemblée générale organisée à Moscou.
[214] DELMAS-MARTY Mireille, « Le crime contre l'humanité, les droits de l'homme, et l'irréductible humain », *RSC*, 1994, p. 477.
[215] Adoption le 20 décembre 1971.

mentaux disposent des mêmes droits que les autres[216]. Si l'expression « dignité humaine » n'est pas explicitement employée, des références y sont faites au travers notamment du droit aux soins appropriés[217] et de l'interdiction de tout traitement dégradant[218].

L'affirmation du droit au respect de la dignité humaine en psychiatrie en 1975 et 1991. En 1975, l'Assemblée générale de l'ONU adopte la Déclaration des droits des personnes handicapées[219]. Son Préambule réaffirme « sa foi dans les droits de l'homme et les libertés fondamentales et dans les principes de paix, de dignité et de valeur de la personne humaine et de justice sociale ». L'article 3 de la déclaration précise que « l'handicapé a essentiellement droit au respect de sa dignité humaine. [Il] (…) a les mêmes droits fondamentaux que ses concitoyens ». Dans la mesure où la nature du handicap n'est pas précisée, l'ensemble des droits énoncés dans cette Déclaration s'applique à toute personne souffrant d'un handicap, peu importe que ce dernier soit physique et/ou mental. Ces efforts se sont poursuivis en 1991 avec l'adoption par l'ONU des « Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale[220] ». Son premier principe, intitulé « Libertés fondamentales et droits de base[221] », indique que « toute personne atteinte de maladie mentale ou soignée comme telle doit être traitée avec humanité et dans le respect de la dignité inhérente à la personne humaine ».

Des efforts complémentaires nécessaires. Malgré ces différents textes, les travaux dirigés par l'ONU démontrent la nécessité de procéder régulièrement au rappel de ces différents droits. Au cours de l'Assemblée mondiale de la Santé organisée en mai 2021, un nouveau plan d'action global pour la santé mentale 2020-2030 fut adopté. Il y est réaffirmé que « les soins de santé mentale doivent se fonder sur les droits humains[222] », tout en permettant de « proposer des soins et des services centrés sur la personne[223]». De

[216] Ce point fut d'ailleurs rappelé dans le cadre de la Déclaration des droits des personnes handicapées en 1975.
[217] Article 2 de la Déclaration des droits du déficient mental : « Le déficient mental a droit aux soins médicaux et aux traitements physiques appropriés, ainsi qu'à l'instruction, à la formation, à la réadaptation et aux conseils qui l'aideront à développer au maximum ses capacités et ses aptitudes ».
[218] Article 6 de la Déclaration des droits du déficient mental : « Le déficient mental doit être protégé contre toute exploitation, tout abus ou tout traitement dégradant ».
[219] La Déclaration des droits des personnes handicapées a été adoptée le 9 décembre 1975 par la résolution A/RES3447 (XXX) de l'Assemblée générale des Nations Unies. Elle n'est pas contraignante pour les États membres, mais elle établit un cadre qui a servi ultérieurement à l'élaboration du droit international et national en la matière, notamment la Convention de 2006 relative aux droits des personnes handicapées.
[220] Ces principes furent adoptés par l'Assemblée générale de l'ONU le 17 décembre 1991 dans le cadre de la Résolution 46/119.
[221] Sont notamment énoncés dans ce principe le droit à la qualité des soins, à la protection sociale, à l'interdiction des traitements inhumains et dégradants, à la non-discrimination. Ces points se retrouvent dans notre CSP.
[222] OMS, « De nouvelles orientations de l'OMS pour mettre fin aux violations des droits humains dans le cadre des soins de santé mentale », Communiqué de presse, 10 juin 2021 (en ligne). https://www.who.int/fr/news/item/10-06-2021-new-who-guidance-seeks-to-put-an-end-to-human-rights-violations-in-mental-health-care.
[223] *Ibidem.*

plus, « les soins sont traditionnellement focalisés à l'excès sur le modèle biomédical, dans lequel le diagnostic, la médication et l'atténuation des symptômes sont prépondérants, tandis que l'ensemble des déterminants sociaux agissant sur la santé mentale sont laissés de côté ». Les déterminants sociaux étant propres à chaque région du globe, il est logique que ces interrogations se retrouvent au niveau des instances européennes.

2) La reconnaissance par la norme européenne

Des timides prémices européennes. La première recommandation du Conseil de l'Europe en la matière date de 1977[224]. Elle ne comporte pas de référence explicite à la dignité de la personne humaine dans le cadre des SPSC. Elle fait simplement référence à « de nouveaux moyens d'humaniser les soins administrés aux malades mentaux, en insistant davantage sur la qualité et l'aspect humanitaire de ces soins ». Le même constat s'impose en 1994 avec la Recommandation 1235 intitulée « Psychiatrie et les droits de l'homme[225] ». Si des renvois à la jurisprudence de la CEDH sont effectués, son considérant n° 6 souligne uniquement « qu'il est grand temps que les États membres du Conseil de l'Europe se dotent de mesures législatives assurant le respect des droits de l'homme des malades psychiatriques ».

La reconnaissance d'un corpus de droits à garantir. En 2004, une nouvelle Recommandation du Comité des Ministres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux[226] est émise et tend à s'appliquer à l'ensemble des patients atteints d'un ou plusieurs troubles mentaux[227]. Avec l'énumération d'un corpus de droits à garantir aux patients en psychiatrie[228] ainsi qu'un ensemble de règles destinées à l'ensemble des acteurs de cette spécialité médicale, cette

[224] Résolution 818 prise par l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe en octobre 1977 relative à la situation des malades mentaux.
[225] Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, *Recommandation 1235 « Psychiatrie et les droits de l'homme*, 12 avril 1994.
[226] Adoptée par le Comité des Ministres le 22 septembre 2004 lors de la 896ème réunion des Délégués des Ministres.
[227] Article 2 de la Recommandation REC (2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.
[228] Dans la mesure où le texte parle de troubles mentaux, il faut en conclure que l'ensemble de ces dispositions s'appliquent à l'ensemble des patients en psychiatrie, peu importe que le soin soit choisi ou imposé.

recommandation aspire à être une source juridique fiable en matière politique de santé mentale[229].

La consolidation des procédures de contrainte. Soucieux de renforcer les dispositifs en matière de contrainte, l'Assemblée parlementaire propose, en 2016, une nouvelle recommandation intitulée « Arguments contre un instrument juridique du Conseil de l'Europe sur les mesures involontaires en psychiatrie [230]». Elle est complétée en 2019 par une autre recommandation[231] dont l'objectif était de souligner que « les mesures coercitives sont vécues comme des expériences largement négatives, associées à des souffrances, des traumatismes et de la peur. (…). [Les personnes] peuvent notamment se retrouver dans des situations de détresse et de crise intense qui mettent leurs jours en danger et génèrent à leur tour plus de contraintes. C'est un cercle vicieux qu'il faut briser[232] ». Ce point est régulièrement souligné dans les écrits du CGLPL[233]. Si nous faisons un parallèle entre cette disposition et notre législation interne, nous constatons que l'abandon des mesures d'isolement et de contention n'est pas encore à l'ordre du jour et trouve encore des applications professionnelles. Bien que les dernières réformes[234] encadrent strictement ces pratiques et tentent d'en limiter les impacts tant physiques que psychiques, ces procédés sont contestés. Cependant, faute de moyens, notamment humains, ces pratiques demeurent parfois le seul outil permettant aux professionnels de santé d'assurer la protection du patient, mais également celle d'autrui[235].

Des dispositifs présents, mais non contraignants. De nos jours, l'Assemblée parlementaire manifeste son souhait d'inscrire durablement l'ensemble des dispositifs de soins en santé mentale dans un cadre respectueux des droits de l'homme ainsi que dans une

[229] THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, coll. Aide-mémoire, 2017, p. 16.
[230] Conseil de l'Europe, *Recommandation 2091 (2016) « Argument contre un instrument juridique du Conseil de l'Europe sur les mesures involontaires en psychiatrie*. Adoptée par l'Assemblée parlementaire le 22 avril 2016.
[231] Conseil de l'Europe, *Recommandation 2158 (2019) « Mettre fin à la contrainte en santé mentale : nécessité d'une approche fondée sur les droits humains »*. Adoptée par l'Assemblée parlementaire le 26 juin 2019.
[232] *Ibidem.*
[233] V. notamment CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 21 et s.
[234] V. notamment 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, JORF n° 0019 du 23 janvier 2022, Texte n° 1 ; Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0071, Texte n° 30.
[235] Sur l'évolution des différentes pratiques professionnelles en la matière, V. notamment CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 23 et s.

dimension éthique du soin[236]. Cependant, sans effet contraignant de ces normes, l'intervention palliative de la jurisprudence de la CEDH s'avère indispensable.

L'intervention de la jurisprudence européenne. Pour la CEDH, la protection de la dignité humaine à l'égard du patient souffrant de troubles mentaux s'est principalement cristallisée autour de la notion de traitements inhumains et dégradants sur le fondement de l'article 3 de la CESDH. Dans un arrêt du 23 février 2012[237], la CEDH condamna la France pour avoir violé l'article 3 de la CESDH interdisant les « traitements inhumains et dégradants », et notamment « le défaut de traitement spécialisé, en particulier d'une surveillance psychiatrique constante, combiné à des conditions matérielles de détention inappropriées ». Elle considéra que le maintien en détention du requérant sur la période 2005-2009 entrava « le traitement médical que son état de santé exigeait et lui a infligé une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention[238] ». La CEDH se montre particulièrement attentive dans le cadre de la conduite d'éventuelles recherches scientifiques. Dans l'affaire *Bataliny c/ Russie*, si la CEDH a reconnu l'utilité de l'internement d'office du requérant à la suite de sa tentative de suicide, elle a, par la suite, estimé qu'aucune nécessité médicale avérée n'avait justifié la poursuite de son internement et de son traitement, et notamment son maintien à l'isolement et sa participation à des travaux de recherche scientifique pour un nouveau médicament[239].

Un nécessaire ajustement interne. Au même titre que pour les personnes détenues, les normes internationales ne peuvent tenir compte de l'ensemble des spécificités inhérentes à l'histoire de chaque pays. Cet héritage culturel n'est pas sans influencer le législateur dans l'élaboration de la norme interne. Les règles qui régissent les patients en SPSC ne font pas exception.

---

[236] Conseil de l'Europe, *Recommandation 2158 (2019) « Mettre fin à la contrainte en santé mentale : nécessité d'une approche fondée sur les droits humains »*. Adoptée par l'Assemblée parlementaire le 26 juin 2019. Il est indiqué que « les systèmes de santé mentale qui existent en Europe devraient être réformés pour adopter une approche basée sur les droits humains qui soit compatible avec la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées et qui respecte l'éthique médicale et les droits humains des personnes concernées, et notamment le droit à des soins de santé sur la base d'un consentement libre et éclairé ».

[237] Sur le même fondement, nous pouvons citer l'arrêt *P c/Roumanie* en date du 13 mars 2012 (req. n° 32060/05). En l'espèce, un patient a prétendu avoir été traité dans des conditions inhumaines et dégradantes dans la mesure où il fut installé dans un état de promiscuité extrême avec d'autres malades. À cette occasion, il aurait attrapé la gale et des poux. La CEDH reconnut une violation de l'article 3 de la CESDH en estimant que « la nature même de l'état de santé du requérant le rendait plus vulnérable et que son internement dans les conditions susmentionnées a pu aggraver dans une certaine mesure son sentiment de détresse et d'angoisse, nonobstant la durée limitée de son internement ».

[238] CEDH, 23 février 2012, *G. c/France*, req. n° 27244/09.

[239] CEDH, 23 juillet 2015, *Bataliny c/Russie*, req. n°10060/07, § 88 et s.

B : Une reconnaissance par la norme interne

Le fruit d'une conquête historique. La dignité humaine est considérée comme la clé de voûte des droits humains[240]. En dépit de toute avancée technologique, pharmacologique ou médicale, il serait complètement inadéquat de proposer ces dernières aux patients sans tenir compte de leur dignité. Sur ce point, l'égalité de traitement entre les malades souffrant de pathologies somatiques et ceux souffrant de pathologies psychiques est le « fruit d'une conquête historique[241]». Pour assurer la protection de la dignité humaine du patient admis en SPSC, le législateur a érigé des normes générales (1), mais a également porté son attention à l'égard de situations plus spécifiques telles que la stérilisation ou la participation à des recherches biomédicales (2).

1) Une reconnaissance générale issue du Code civil et du CSP

Une reconnaissance fondée sur les textes de droit commun. Selon l'alinéa 1 de l'article L. 3211-3 du CSP, « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre (…) la dignité de la personne doit être respectée ». Cette disposition s'inscrit dans la lignée du principe général[242] de l'article L. 1110-2 du CSP ainsi que l'article 16 du Code civil. C'est également une traduction littérale de la jurisprudence constitutionnelle[243]. Ainsi, la pathologie mentale et la vulnérabilité du patient ne peuvent justifier la mise en place de protocoles qui viendraient porter atteinte à sa dignité. Cependant, dans la pratique,

[240] HAZIF-THOMAS Cyril et THOMAS Philippe, « Précarité, dignité, accès aux soins », *Soins Gérontologie*, n° 141, vol. 25, janvier 2020, p. 21.
[241] HAZIF-THOMAS Cyril, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2016, p. 318.
[242] Il s'agit également d'un principe déontologique comme l'atteste l'article R. 4127-2 du CSP selon lequel « le médecin, au service de l'individu et de la santé publique, exerce sa mission dans le respect de la vie humaine, de la personne et de sa dignité. Le respect dû à la personne ne cesse pas de s'imposer après la mort ».
[243] C. const., n° 94-343/344 DC du 27 juillet 1994.

de nombreuses interrogations émergent, en particulier dans le cadre du recours à l'isolement et à la contention.

Une protection essentiellement assurée par les tiers. Dans la mesure où le patient est considéré comme étant « hors d'état d'exprimer son consentement », la protection de ses prérogatives et de sa personne réside dans l'attention et le respect des bonnes pratiques professionnelles par l'équipe soignante et médicale qui l'encoure. Il conviendra également d'ajouter ses proches[244] ainsi que le JLD. Ce dernier est d'ailleurs habilité à prendre les mesures nécessaires pour faire cesser toute atteinte à la dignité du patient ou si un protocole de soins n'est pas proportionné à l'état de santé de ce dernier.

Dignité humaine et principe de proportionnalité. Dans ce cadre thérapeutique, le lien entre principe de dignité et principe de proportionnalité[245] est particulièrement fort. Il repose sur la création d'une alliance entre le patient et l'ensemble des professionnels qui concourent à sa prise en charge. Dans tous les cas, les actions entreprises devront se conformer au principe général de l'article 16-3 du Code civil selon lequel « il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ». Cette disposition est d'une importance capitale, en particulier quand il s'agit d'aborder les questions délicates relatives à la stérilisation des personnes souffrant de troubles mentaux ou encore leur participation à des recherches biomédicales.

2) Une reconnaissance spéciale vis-à-vis de la stérilisation et des recherches biomédicales

Définition de la stérilisation. Définie comme « la suppression définitive, accidentelle ou intentionnelle de la capacité de procréer par des agents chimiques ou physiques, par excision des gonades, par la ligature des trompes utérines ou des canaux

[244] Dans la mesure où le patient atteint de troubles mentaux n'est pas toujours en mesure de prendre les décisions adéquates à sa situation personnelle, il n'est pas rare que ce dernier fasse l'objet d'une mesure de protection judiciaire. Dans cette perspective, l'article 415 du Code civil dispose notamment que « les personnes majeures reçoivent la protection de leur personne et de leurs biens que leur état ou leur situation rend nécessaire selon les modalités prévues au présent titre. Cette protection est instaurée et assurée dans le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne ».

[245] Le principe de proportionnalité dans le soin est évoqué dans l'alinéa 1 de l'article L. 1110-5 du CSP. Ce dernier dispose notamment que « toute personne a, compte tenu de son état de santé et de l'urgence des interventions que celui-ci requiert, le droit de recevoir, sur l'ensemble du territoire, les traitements et les soins les plus appropriés et de bénéficier des thérapeutiques dont l'efficacité est reconnue et qui garantissent la meilleure sécurité sanitaire et le meilleur apaisement possible de la souffrance au regard des connaissances médicales avérées. Les actes de prévention, d'investigation ou de traitements et de soins ne doivent pas, en l'état des connaissances médicales, lui faire courir de risques disproportionnés par rapport au bénéfice escompté ».

déférents[246] », la question de la stérilisation des personnes souffrant de troubles mentaux interroge à l'égard de leur capacité à consentir à un acte mutilant et le plus souvent irréversible.

Avant 2001, aucune loi spécifique ne régissait cette pratique. L'unique protection offerte par le Droit résidait, depuis 1994, dans une application stricte de l'article 16-3 du Code civil qui exigeait une nécessité thérapeutique à l'acte, mais également le recueil du consentement de la personne[247]. Une première étape en la matière fut franchie par le CCNE en 1996.

Évolution du cadre législatif. Dans un avis rendu en avril 1996[248], le CCNE indiqua que la stérilisation ne pouvait être envisagée que si le recours à toute autre forme de contraception était impraticable[249]. Il s'agissait de la technique de stérilisation présentant les meilleures chances de réversibilité devant être utilisée et pratiquée au sein de centres agréés[250]. Cet avis fut repris par la loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001[251] qui consacra, dans son article 26, des dispositions relatives à la stérilisation à visée contraceptive[252]. À cet égard, l'article L. 2123-2 alinéa 1 du CSP dispose désormais que « la ligature des trompes ou des canaux déférents à visée contraceptive (…) ne peut être pratiquée sur une personne majeure dont l'altération des facultés mentales a justifié l'instauration d'une mesure de protection juridique que lorsqu'il existe une contre-indication médicale absolue aux méthodes de contraception ou une impossibilité avérée de les mettre en œuvre efficacement ». Si les raisons médicales invoquées apparaissent comme un premier rempart de protection à l'égard de l'intégrité physique de la personne souffrant de troubles mentaux, le juge des tutelles[253] joue un rôle primordial dans la mesure où l'intervention est soumise à son approbation ; il « se prononce après avoir entendu la personne concernée. Si elle est apte à exprimer sa volonté, son consentement doit être systématiquement recherché et pris en compte après que lui a été donnée une information adaptée à son degré de

[246] *Trésor de la langue française* (en ligne), V° Stérilisation.
[247] La réalisation d'un acte de stérilisation non motivé par une nécessité thérapeutique a été reconnue illégale au regard de l'article 16-3 par la Cour de cassation (Cass., avis, 6 juillet 1998). Par ailleurs, si chaque personne dispose d'une certaine liberté relative à la disposition de son corps, il n'en demeure pas moins qu'une telle pratique est contraire à la loi en l'absence de nécessité thérapeutique, et cela même avec le consentement à l'acte de la personne. V. Cass. crim., 1er juillet 1937 – « Affaire des stérilisés de Bordeaux ».
[248] CCNE, *Avis n° 49 sur la contraception chez les personnes handicapées mentales*, 3 avril 1996. Cet avis fait suite à une sollicitation de la part des médecins qui recevaient de la part des familles ou des institutions des demandes de stérilisation pour des patients admis en hospitalisation d'office. En l'espèce, le CCNE « estime qu'une demande de stérilisation faite par des tiers pour une personne handicapée mentale, sans qu'ait été considérée auparavant la possibilité d'autres formes de contraception, n'est pas d'emblée recevable ».
[249] Le CCNE indique également que la personne « doit être potentiellement fertile, avoir une activité sexuelle, et être âgé(e) d'au moins 20 ans ».
[250] UNAPEI, « Stérilisation des personnes handicapées mentales », *Contraste*, n° 22-23, 2005, p. 273.
[251] Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, JORF n° 0156 du 7 juillet 2001, Texte n° 1.
[252] Ces dispositions ont été reprises par le CSP aux articles L. 2123-1 et suivants.
[253] Article L. 2123-2 alinéa 2 du CSP.

compréhension. Il ne peut être passé outre à son refus ou à la révocation de son consentement[254] ». Une dynamique similaire est observable dans le cadre particulier des recherches biomédicales.

SPSC et recherche biomédicale. En la matière, l'article L. 1121-6 du CSP indique « qu'ils ne peuvent être sollicités pour se prêter à des recherches mentionnées aux 1° ou 2° de l'article L. 1121-1 du CSP[255], sauf exception[256] ». Dans l'hypothèse où le patient respecte les conditions dans les lesquelles une participation à une recherche biomédicale peut être envisagée, il devra recevoir une information complète et adaptée à sa capacité de compréhension[257]. Au même titre que n'importe quelle autre intervention, toute la difficulté sera d'apprécier à quel niveau se situe exactement cette capacité afin de mettre en œuvre les outils de communication adéquats.

Une protection de la dignité humaine des patients DSPSC. Ces premiers développements mettent en lumière le fait que la protection de la dignité humaine soit un droit parfaitement reconnu à l'égard des patients DSPSC. Dans les deux situations, cette reconnaissance est le fruit d'une collaboration soutenue entre les normes internationales et internes. Dans la mesure où cette dynamique est à l'origine de la majorité de nos normes actuelles, une construction similaire est observable dans le cadre de la reconnaissance du droit à la protection de la santé.

[254] Article L. 2123-2 alinéa 3 du CSP. Nous retrouvons dans ces lignes la lettre de l'article 459 du Code civil alinéa 1 selon lequel « hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet ».
[255] Il s'agit 1°) Des recherches interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle ; 2°) Des recherches interventionnelles qui ne comportent que des risques et des contraintes minimes, dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.
[256] Les exceptions prévues par la loi à l'article L. 1121-6 du CSP sont au nombre de 2 à savoir : « soit l'importance du bénéfice escompté pour ces personnes est de nature à justifier le risque prévisible encouru ; soit ces recherches se justifient au regard du bénéfice escompté pour d'autres personnes se trouvant dans la même situation juridique ou administrative à la condition que des recherches d'une efficacité comparable ne puissent être effectuées sur une autre catégorie de la population. Dans ce cas, les risques prévisibles et les contraintes que comporte la recherche doivent présenter un caractère minimal ».
[257] THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, 2017, coll. Aide-mémoire, p. 131.

Section 2 : La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé

Le droit à la protection de la santé : un droit extrapatrimonial. Au même titre que pour le respect de la dignité humaine, la reconnaissance du droit à la protection de la santé est intervenue après 1945. Ce droit est considéré comme un droit extrapatrimonial[258], dont bénéficie, de manière inconditionnelle, chaque individu. Dans un premier temps, il a été consacré de manière générale, à l'égard de tous les individus (§ 1). Néanmoins, compte tenu de la spécificité des lieux au sein desquels les patients DSPSC évoluent, une reconnaissance de cette prérogative, à titre spécial, s'est imposée (§ 2).

§ 1 : Les fondements du droit à la protection de la santé

Des fondements internationaux et internes. Le droit à la protection de la santé découle du droit au respect de la personne, et plus généralement de la dignité humaine. *De facto*, sa consécration trouve des fondements juridiques internationaux (A) et internes (B).

[258] « Droit subjectif qui, n'étant pas en lui-même susceptible d'une évaluation pécuniaire, n'a pas le caractère d'un bien et n'entre pas directement dans le patrimoine de la personne, il est donc exclu du commerce juridique (droit au nom, droit moral de l'auteur, droit à l'image, droit à la vie privée…). Son non-respect peut toutefois être sanctionné par une réparation civile en dommages et intérêts. Le droit extrapatrimonial est incessible, insaisissable et imprescriptible. Dans un sens large, l'expression "droits extrapatrimoniaux" inclut les libertés fondamentales (liberté d'expression, liberté de conscience et de religion…) ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry (dir.), *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., Paris, Dalloz, 2022, p. 406.

A : Les fondements internationaux du droit à la protection de la santé

Définition de l'OMS. Selon l'OMS, le droit à protection de la santé « comprend l'accès, en temps utile, à des soins de santé acceptables, d'une qualité satisfaisante et d'un coût abordable[259] ». Il résulte d'une combinaison de plusieurs critères, à la fois endogènes et exogènes. Sur ce dernier point, l'environnement dans lequel la personne évolue est un facteur déterminant. En conséquence, la mise en œuvre d'un droit à la protection de la santé ne va pas se traduire de la même manière dans les différents territoires. Si la norme onusienne détermine les grands principes directeurs en la matière (1), les différentes normes européennes ont vocation à affiner ces dispositions (2).

1) Les fondements onusiens du droit à la protection de la santé

Une reconnaissance internationale tardive. À l'exception de son article 25[260], la DUDH ne comporte pas de référence au droit à la protection de la santé. Il faut attendre 1966 pour que cette question soit abordée dans le cadre du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels (PIDESC)[261]. Son article 12-1 reconnait « le droit qu'à toute personne de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». Cette formulation se concentre uniquement sur la santé physique

[259] https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/human-rights-and-health (en ligne).
[260] Ce dernier dispose notamment que « toute personne a droit à un niveau de vie suffisant pour assurer sa santé, son bien-être et ceux de sa famille, notamment pour l'alimentation, l'habillement, le logement, les soins médicaux ainsi que pour les services sociaux nécessaires ; elle a droit à la sécurité en cas de chômage, de maladie, d'invalidité, de veuvage, de vieillesse ou dans les autres cas de perte de ses moyens de subsistance par suite de circonstances indépendantes de sa volonté. La maternité et l'enfance ont droit à une aide et à une assistance spéciale. Tous les enfants, qu'ils soient nés dans le mariage ou hors mariage, jouissent de la même protection sociale ».
[261] Pacte adopté par l'Assemblée générale des Nations Unies le 16 décembre 1966. Ce dernier entra en vigueur le 3 janvier 1976.

et mentale de la personne humaine. L'aspect lié aux facteurs économiques et sociaux[262] en est exclu ; ce qui peut être paradoxal compte tenu de l'intitulé du Pacte.[263]

Les apports de la Charte d'Ottawa. En 1986, l'adoption de la Charte d'Ottawa pose les bases de la promotion de la santé en indiquant « [qu'elle] a pour but de donner aux individus davantage de maitrise de leur propre santé et davantage de moyens de l'améliorer. (…) C'est un concept positif mettant l'accent sur les ressources sociales et personnelles ainsi que sur les capacités physiques. La promotion de la santé ne relève donc pas seulement du secteur de la santé : elle ne se borne pas seulement à préconiser l'adoption de modes de vie qui favorisent la "bonne santé" ; son ambition est le bien-être complet de l'individu[264]». La Charte énonce plusieurs conditions indispensables[265] à la protection de la santé de l'individu qu'elle considère comme des « préalables indispensables à toute amélioration de la santé ». Parmi ces conditions, elle reconnait « un droit à la justice sociale et à un traitement équitable ». Cette formulation s'inscrit notamment dans l'esprit de la philosophie de John RAWLS[266] selon laquelle « chaque personne doit avoir un droit égal au système total le plus étendu de libertés de base égales pour tous, compatible avec un même système pour tous[267] ».

Une consolidation contemporaine. Depuis, l'OMS ne cesse de renforcer ce droit dans le cadre de ces différents programmes d'actions. Le programme pour la période 2019-2025 souligne que « la possession du meilleur état de santé constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain[268]». Cette volonté est complétée par la mise en œuvre du treizième programme de travail général l'OMS dans lequel est énoncé que « la santé est un droit humain. Personne ne devrait contracter une maladie ou en mourir du

[262] Ces deux aspects sont pourtant pris en considération par la définition de la santé de l'OMS.
[263] Néanmoins, l'influence de ces derniers peut être déduite de l'article 7 du PIDESC : « Les États parties au présent Pacte reconnaissent le droit qu'a toute personne de jouir de conditions de travail justes et favorables, qui assurent notamment : a) La rémunération qui procure, au minimum, à tous les travailleurs : i) Un salaire équitable et une rémunération égale pour un travail de valeur égale sans distinction aucune; en particulier, les femmes doivent avoir la garantie que les conditions de travail qui leur sont accordées ne sont pas inférieures à celles dont bénéficient les hommes et recevoir la même rémunération qu'eux pour un même travail; ii) Une existence décente pour eux et leur famille conformément aux dispositions du présent Pacte; b) La sécurité et l'hygiène du travail; c) La même possibilité pour tous d'être promus, dans leur travail, à la catégorie supérieure appropriée, sans autre considération que la durée des services accomplis et les aptitudes; d) Le repos, les loisirs, la limitation raisonnable de la durée du travail et les congés payés périodiques, ainsi que la rémunération des jours fériés ».
[264] Charte d'Ottawa adoptée le 21 novembre 1986.
[265] Ces conditions sont au nombre de sept : se loger, accéder à l'éducation, se nourrir convenablement, disposer d'un certain revenu, bénéficier d'un écosystème stable, compter sur un apport durable de ressources, avoir droit à la justice sociale et à un traitement équitable.
[266] En 1987, John RAWLS publia son ouvrage *Théorie de la justice*. Critique contre la doctrine utilitariste, RAWLS fonda les bases de la justice sur deux principes : le principe de liberté et le principe de différence. En l'espèce, il tente d'articuler la liberté individuelle et la solidarité sociale. Il estima que les inégalités sont acceptables, à condition qu'elles profitent au développement de la société dans son ensemble.
[267] RAWLS John, *La justice comme équité. Une reformulation de Théorie de la justice* (trad. GUILLARME Bertrand), Paris, La Découverte, coll. La découverte/Poche, 2008.
[268] OMS, *Treizième programme général de travail, 2019-2023 – Promouvoir la santé, Préserver la sécurité mondiale, Servir les populations vulnérables*, p. 2.

simple fait qu'il/elle est pauvre ou ne peut avoir accès aux services dont il/elle a besoin ». Dernièrement, l'adoption de la Charte de Genève pour le bien-être[269] fut l'occasion de rappeler que « la santé ne commence pas à l'hôpital ou au dispensaire. Elle commence chez nous et dans nos communautés, par la nourriture que nous mangeons et l'eau que nous buvons, l'air que nous respirons (…). Il faut changer fondamentalement la façon dont les dirigeants dans l'arène politique, le secteur privé et les institutions internationales pensent et considèrent la santé, et promouvoir une croissance basée sur la santé et le bien-être des personnes et de la planète, pour les pays de tous niveaux de revenu[270] ». Cette déclaration s'inscrit dans la lignée de l'article 2 de Convention d'Oviedo selon laquelle « l'intérêt et le bien-être de l'être humain doivent prévaloir sur le seul intérêt de la société ou de la science ».

Dans le cadre de notre étude, cette affirmation s'avère être assez paradoxale. En effet, c'est dans l'intérêt de la société que certaines atteintes sont caractérisées à l'encontre des patients DSPSC[271]. Une fois encore, toute la difficulté est de trouver le point d'équilibre entre les droits et libertés des uns et les attentes sociétales de l'autre. Ces différentes interrogations sont également partagées par les normes continentales.

[269] Cette nouvelle Charte est axée sur cinq grandes mesures : concevoir une économie équitable au service du développement humain, qui tienne compte des limites de la planète ; créer des politiques publiques pour le bien commun ; instaurer la couverture sanitaire universelle ; utiliser la transformation numérique pour remédier aux effets néfastes et à la perte d'autonomie et pour accroître les effets bénéfiques ; et valoriser et préserver la planète.

[270] https://www.who.int/fr/news/item/15-12-2021-10th-global-conference-on-health-promotion-charters-a-path-for-creating-well-being-societies

[271] Une illustration récente de ce paradoxe peut être mise en avant avec la gestion de la crise sanitaire liée à la COVID-19 au sein des établissements pénitentiaires. Au 16 mars 2020, soit la veille du début du confinement en France, le nombre de personnes détenues au sein des établissements pénitentiaires était de 72 575 pour environ 61 000 places. Près d'un mois après le confinement, soit le 13 avril 2020, le nombre de personnes détenues était de 62 650, selon les chiffres communiqués par Stéphane Bredin, Directeur de l'Administration pénitentiaire.

2) Les fondements européens du droit à la protection de la santé

Un droit absent de la CESDH. *Stricto sensu*, la CESDH ne consacre pas d'article au droit à la protection de la santé[272]. Elle consacre le droit à la vie[273] et l'interdiction de la torture[274] ; fondements essentiels du droit à la protection de la dignité humaine[275], dont découle le droit à la protection de la santé. Ainsi, l'obligation positive faite à l'égard des États membres de prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie doit s'interpréter comme valant dans le contexte de toute activité, y compris dans le domaine de la santé publique[276].

Les prémices initiées par la Charte sociale européenne. La première reconnaissance du droit à la protection de la santé par la norme européenne est apparue en 1961 avec l'adoption de la Charte sociale européenne[277]. Son article 11 énonce que « toute personne a le droit de bénéficier de toutes les mesures lui permettant de jouir du meilleur état de santé qu'elle puisse atteindre ». Cette disposition est complétée par l'article 13 selon lequel « toute personne démunie de ressources suffisantes a droit à l'assistance sociale et

[272] Selon Josep CASADEVALL, « la santé, le logement, les aides sociales ou d'autres droits économiques, sont traditionnellement assurés par d'autres instruments européens tels que la Charte Sociale Européenne et le Code de la Sécurité Sociale ou encore, dans un niveau plus global, par référence à la Charte des droits économiques et sociaux des Nations Unies ». CASADEVALL Josep, « Le droit à la santé et prison dans la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme », in *Le droit à la santé et la prison. Quelle protection, quels enjeux ?*, (dir. CÉRÉ Jean-Paul), Paris, L'Harmattan, coll. Comité international des pénalistes francophones, 2017, p. 19.

[273] Le droit à la vie est énoncé à l'article 2 de la CESDH. Même entre les murs d'un lieu privatif de liberté, aucune autorité médicale, administrative ou judiciaire ne peut porter atteinte volontairement à la vie d'autrui, sauf si le recours à cette mesure est rendu nécessaire au regard des circonstances. À cet égard, l'alinéa 2 de l'article 2 de la CESDH prévoit des circonstances dans lesquelles la mort infligée à autrui ne relève pas de ces dispositions. Ainsi, la mort infligée à autrui n'est pas considérée comme contraire à l'article 2 de la CESDH « pour effectuer une arrestation régulière ou pour empêcher l'évasion d'une personne régulièrement détenue » ou « pour réprimer, conformément à la loi, une émeute ou une insurrection ». Cette rédaction fait écho au sein de notre législation aux faits justificatifs et notamment à la légitime défense dont les dispositions sont prévues à l'article 122-6 du Code pénal. Par la suite, cette disposition européenne fut complétée en 2003 avec l'adoption par les États membres du Conseil de l'Europe d'un protocole additionnel (Protocole n° 13 de 2003 relatif à l'abolition de la peine de mort en toutes circonstances). Ce dernier fait suite au protocole n° 6 de la CESDH en date 28 avril 1983 qui posa les premières pierres en la matière, mais qui maintenait la sentence capitale en temps de guerre. Ce texte ne bouleversa pas notre législation interne en raison de l'abolition de la peine de mort depuis 1981 (Loi n° 81-908 du 9 octobre 1981 portant abolition de la peine de mort, JORF n° 238 du 10 octobre 1981, Texte n° 1).

[274] L'interdiction de la torture est consacrée à l'article 3 de la CESDH intitulé « Interdiction de la torture ». Néanmoins, les dispositions qu'il renferme sont beaucoup plus larges. Aux termes de celui-ci « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». Contrairement à la torture, la notion de « peines ou traitements inhumains ou dégradants » n'est pas définie. L'utilisation des adjectifs « inhumains » ou « dégradants » suggère une application à l'égard de tout comportement contraire et attentatoire à la dignité humaine, peu importe qu'il s'agisse d'une atteinte à l'intégrité physique ou psychique de la personne. La portée des textes de la CESDH étant générale, la qualité de patient DSPSC ne fait aucunement obstacle à l'application de ces dispositions. Cette observation soutient l'idée selon laquelle le droit à la protection de la santé constitue une prérogative intrinsèque et irréductible à la préservation de la dignité humaine. Toute atteinte qui y serait faite en application d'un critère discriminatoire, à savoir en l'espèce la qualité de patient DSPSC, reviendrait à nier leur qualité de personne humaine.

[275] S'ajoute également l'article 4 de la CESDH relatif à l'interdiction de l'esclavage et du travail forcé.

[276] CEDH, 19 décembre 2017, *Lopes de Sousa Fernandes c/Portugal*, n° 56080/13, § 165.

[277] Adoptée le 18 juin 1961 à Turin et ratifiée par la France en 1973, elle porte désormais le nom de « Charte sociale européenne révisée » depuis le 3 mai 1996. Les ratifications ont été autorisées par la loi n° 99-174 du 10 mars 1999 autorisant l'approbation de la Charte sociale européenne (révisée) et la loi n° 99-173 du 10 mars 1999 autorisant l'approbation du protocole additionnel à la Charte sociale européenne prévoyant un système de réclamations collectives. La publication de ces traités résulte du décret n° 2000-111 du 4 février 2000 portant publication du protocole additionnel à la Charte sociale européenne prévoyant un système de réclamations collectives ainsi que du décret n° 2000-110 du 4 février 2000 portant publication de la Charte sociale européenne (révisée). NIVARD Carole, « Le rôle des juges nationaux dans l'application de la Charte sociale européenne en France », *Europe des droits & libertés/Europe of Rights & Liberties*, mars 2020/I, pp. 87-96.

médicale[278] ». Cependant, son « l'injusticiabilité » nuit indubitablement à son effectivité[279]. En effet, de nombreux recours fondés sur cette disposition ont été rejetés. Un espoir aurait pu émerger compte tenu de l'évolution jurisprudentielle du Conseil d'État au cours de la dernière décennie[280], mais cette dernière n'a pas été suivie d'effet.

L'influence de la Charte des droits fondamentaux. En 2000, fut adoptée la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne[281]. Initialement, ce texte était dépourvu d'effet contraignant et constituait un « simple » engagement. Pourtant, son contenu ainsi que son organisation font penser « au préambule d'une Constitution européenne ou d'un pacte constitutionnel[282]». Si elle était dépourvue d'effet contraignant, elle s'inscrit désormais à part entière dans le droit de l'Union européenne depuis le 1er décembre 2009[283]. Parmi ses dispositions, l'article 35 indique notamment que « toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ». Cet article est complété par la reconnaissance du droit d'accès à la Sécurité sociale et à l'aide sociale posé à l'article 34. Au même titre que les autres dispositions évoquées, une application limitée à la population libre n'est pas envisagée. Elles ont donc vocation à s'appliquer à l'égard des patients DSPSC, et méritent d'être affinées par les législations internes des États membres.

[278] Sur ce point, un parallèle peut être fait avec notre système de protection sociale. Ce dernier comporte de nombreux dispositifs destinés à permettre à toute personne sur notre territoire de bénéficier de soins. Tel est le cas pas exemple de la CSS ou encore de l'AME.
[279] NIVARD Carole, « L'effet direct de la Charte sociale européenne devant le juge administratif – Retour sur la question évolutive de l'effet direct des sources internationales », *RDLF*, 2016, chron. n° 22.
[280] Initialement, notre Haute juridiction administrative s'opposa fermement à l'invocabilité de cette charte. Une première évolution est intervenue en 2012 dans l'arrêt *Gisti et Fapil* où le Conseil d'État précisa les critères qu'il retenait pour admettre l'effet direct d'une norme (CE, 11 avril 2012, *Gisti et Fapil*, n° 322326.). Il faudra attendre 2014 pour que l'effet direct de la Charte soit reconnu dans le cadre de l'arrêt *Fisher* (CE, 10 février 2014, *Fischer*, n° 358992.). Cependant, la portée de cette décision est limitée puisqu'elle ne concerne que l'article 24 relatif au droit à la protection en cas de licenciement. Quelques mois plus tard, l'opération fut renouvelée, mais uniquement en faveur de l'article 5 relatif au droit syndical (CE, 23 juillet 2014, *SNCL*, nos 358349 et autres). La jurisprudence récente du Conseil d'État apprécie l'effet direct de la Charte au cas par cas et non dans la globalité du texte.V. notamment CE, 28 décembre 2018, n° 411846. De plus, si la Haute juridiction administrative ne semble pas totalement fermée à une évolution sur ce point, cette position ne semble pas partagée par son homologue judiciaire. La formation plénière pour avis de la Cour de cassation a rejeté l'effet direct horizontal de l'article 24 de la Charte par deux avis du 17 juillet 2019. V. Cass., form. plén. pour avis, 17 juillet 2019, avis n° 15012 et n° 15013.
[281] La Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne a été proclamée lors du Conseil européen de Nice, le 7 décembre 2000.
[282] OBERDORFF Henri, *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, 7ème éd. Issy-les-Moulineaux, LGDJ, 2019, p. 162.
[283] L'article 6 du Traité de Lisbonne signé le 13 décembre 2007 reconnait une valeur juridiquement contraignante à la Charte, au même titre que les autres traités. Ce traité est entré en vigueur le 1er décembre 2009.

B : Les fondements internes du droit à la protection de la santé

Une consécration contemporaine. Le droit à la protection de la santé s'est inscrit dans notre corpus législatif après 1945. D'une manière générale, ce dernier fut reconnu dans un premier temps par la Constitution (1), avant d'être réaffirmé par la jurisprudence des Sages et le législateur (2).

1) Les fondements issus de la Constitution

Définition de la Constitution. La Constitution peut être définie formellement comme un document normatif qui constitue la règle que se donne, dans un État démocratique, le peuple souverain à lui-même ou matériellement comme un ensemble de normes écrites ou coutumières qui organisent et encadrent les pouvoirs et des normes qui garantissent les droits fondamentaux des individus[284]. De ce fait, elle ne se rapporte pas exclusivement au droit à la protection de la santé. Notre norme suprême, telle qu'issue de la révision en date du 8 mars 2024, ne fait pas exception. L'étude des textes qui composent le bloc de constitutionnalité permet de trouver plusieurs fondements qui s'y rapportent.

Une pluralité de textes à l'influence variable. Le bloc de constitutionnalité se compose de la DDHC, du Préambule de la Constitution de 1946 et de la Charte de l'environnement de 2004.

La DDHC ne comporte pas de référence directe au droit à la protection de la santé[285]. Il faut attendre le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 pour que ce droit soit reconnu. Prenant appui sur la Constitution de l'OMS, le législateur français

[284] « Constitution », *Fiches d'orientation*, Dalloz (en ligne).
[285] Pourtant, lors de son élaboration, plusieurs membres de l'Assemblée constituante soulevèrent des interrogations d'ordre social. Dans le projet de déclaration rédigé par SIÉYÈS, son article 25 disposait que « tout citoyen qui est dans l'impuissance de pourvoir à ses besoins a droit au secours de ses concitoyens ». Ces questions se poursuivirent dans le cadre du débat constitutionnel de 1791. Dans cette perspective, DUPONT DE NEMOURS proposa d'ajouter un nouvel article à la Constitution selon lequel « tout homme a droit (…) à des secours gratuits s'il est dans un état de faiblesse ou d'indigence ». V. BORGETTO Michel, « La santé dans l'histoire constitutionnelle française », *RDSS*, 2013, p. 13.

instaure, à l'alinéa 10[286], un droit au développement personnel de l'individu. De prime abord, son lien avec le droit à la protection de la santé peut sembler inexistant, d'autant plus que la notion de développement personnel n'est pas définie[287]. Cependant, il s'inscrit dans la définition de la santé donnée par l'OMS.

La consécration par l'alinéa 11 du Préambule de 1946. L'alinéa 11 du Préambule de la Constitution de 1946[288] constitue le fondement constitutionnel majeur[289] du droit à la protection de la santé. Il « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler, a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence ». Cette disposition instaure les fondements d'un autre droit corrélé au droit à la protection de la santé qui est celui du droit à la protection sociale. Il puise son assise constitutionnelle dans la « sécurité matérielle » et constitue le fondement de notre système de sécurité sociale.

La prise en considération de l'environnement dans la santé. Enfin, l'article premier de la Charte de l'environnement de 2004[290] dispose que « chacun a le droit de vivre dans un environnement équilibré et respectueux de la santé ». La prise de conscience sur le corollaire existant entre environnement et protection de la santé des individus ne peut être que saluée. Cette démarche s'inscrit dans la lignée des travaux de l'OMS. Cependant, il conviendra d'observer qu'aucune disposition n'est prise pour identifier formellement le débiteur de cette obligation. Ce manquement vient quelque peu fragiliser la portée de cet article. Néanmoins, au regard de l'actualité écoulée au cours de ces 20 dernières années, l'État apparait comme le « débiteur privilégié » de ces dispositions[291].

---

[286] Alinéa 10 du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement ».

[287] Le développement personnel peut se définir comme étant l'ensemble des pratiques et des disciplines qui visent à améliorer la connaissance de soi ainsi que sa qualité de vie personnelle. À cet égard, René DE LACHARRIÈRE soulignait que « l'individu et la famille jouiront des conditions nécessaires à leur développement, mais nul ne saurait dire à quel développement au juste nous avons le droit, de quels organes ou facultés, et jusqu'à telles dimensions ». DE LACHARRIÈRE René, « Le conseil constitutionnel » *Pouvoirs*, n° 13, 1980, p. 146.

[288] GIRER Marion, « Le droit à la protection de la santé dans l'alinéa 11 du Préambule de 1946 : les impacts en termes de solidarité », *Médecine & Droit*, n° 141, 2016, pp. 147-153.

[289] Cependant, le Conseil d'État refuse de reconnaitre au droit à la protection de la santé le caractère d'une liberté fondamentale (CE, ord. ref., 8 septembre 2005, n° 284803). Cette qualification permettrait, « par la voie du référé-liberté, de demander au juge administratif d'enjoindre aux ARS ou au Premier ministre d'adopter les mesures nécessaires au respect du droit de chaque malade, usager du système de santé, mais également assuré social et contribuable d'accéder aux soins, première composante du droit à la protection de la santé ». MOQUET-ANGER Marie-Laure, « L'affirmation des droits individuels de la personne malade », *JDSAM*, n° 34, 2022, pp. 30-31.

[290] Adoptée par la loi constitutionnelle n° 2005-205 du 1er mars 2005 relative à la Charte de l'environnement.

[291] Cette idée est confortée par le projet de loi constitutionnelle complétant l'article 1 de la Constitution et relatif à la préservation de l'environnement. Par ailleurs, plusieurs contentieux ont été engagés en ce cas. V. par exemple CE, 1er juillet 2021, n° 427301, *Commune de Grande-Synthe* ; TA Paris, 14 octobre 2021, n° 1904967, 1904968, 1904972, 1904976/4-1.

2) Les fondements issus des sources infraconstitutionnelles

Une consolidation par la jurisprudence des Sages. En marge de notre Constitution, des travaux complémentaires ont été diligentés pour renforcer la reconnaissance du droit à la protection de la santé. En premier lieu, il nous faut souligner l'intervention des Sages qui énoncèrent dans le cadre d'une décision du 15 janvier 1975[292] relative à l'interruption volontaire de grossesse « qu'aucune des dérogations prévues par cette loi (…) ne méconnaît le principe énoncé dans le préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, selon lequel la nation garantit à l'enfant la protection de la santé, non plus qu'aucune des autres dispositions ayant valeur constitutionnelle édictées par le même texte ». Par la suite, dans une décision du 22 juillet 1980[293] relative au droit de grève, le Conseil constitutionnel établit que « la reconnaissance du droit de grève ne saurait avoir pour effet de faire obstacle au pouvoir du législateur d'apporter à ce droit les limitations nécessaires en vue d'assurer la protection de la santé et de la sécurité des personnes et des biens, protection qui, tout comme le droit de grève, a le caractère d'un principe de valeur constitutionnelle ». Quelques années plus tard, dans sa décision du 8 janvier 1991, les Sages déclarèrent que « l'évolution qu'a connue le droit de propriété s'est également caractérisée par des limitations à son exercice exigées au nom de l'intérêt général ; que sont notamment visées de ce chef les mesures destinées à garantir à tous, conformément au onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, "la protection de la santé"[294]». Enfin, ils ont affirmé, dans une décision du 31 janvier 2020[295], que la protection de la santé constitue un objectif à valeur constitutionnelle, et qu'il en va de même à l'égard de « la protection de l'environnement, patrimoine commun des êtres humains[296] ».

Une consécration législative tardive. Malgré les apports de la jurisprudence constitutionnelle, la reconnaissance par le législateur du droit à la protection de la santé n'est intervenue qu'en 2002, à l'occasion de la loi KOUCHNER[297]. Pour souligner le

[292] C. const., 15 janvier 1975, n° 74-54 DC - Loi IVG, § 10.
[293] C. const., 22 juillet 1980, n° 80-117 DC - Loi sur la protection et le contrôle des matières nucléaires, § 4.
[294] C. const., 8 janvier 1991, n° 90-283 DC - Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme, § 8.
[295] C. const., 31 janvier 2020, n° 2020-823 QPC.
[296] Dans la présente décision, les Sages reconnaissent pour la première fois un objectif à valeur constitutionnel à la protection de l'environnement en se basant sur la Charte de l'environnement de 2004. Cette démarche se rapproche de l'idéal sanitaire formulé par l'OMS et démontre la volonté du Conseil constitutionnel de rendre le droit à la protection de santé effectif et tangible. Nous pouvons constater que les Sages se sont montrés novateurs en la matière au regard des conclusions rendues quelques mois plus tard par la 10ème Conférence mondiale sur la santé.
[297] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, Texte n° 1.

caractère fondamental de cette prérogative, ce droit est inscrit à l'article L. 1110-1 du CSP, dans le cadre d'un chapitre préliminaire[298]. Il dispose que « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous les moyens disponibles au bénéfice de toute personne ». Dans la mesure où cette disposition s'adresse à « toute personne », elle tend à s'appliquer à l'égard des patients DSPSC[299]. Ce point fut rappelé par la jurisprudence de la CEDH, tant à l'égard des patients détenus[300] que ceux admis en SPSC[301].

Un droit-créance général reconnu par l'ensemble des normes existantes. La consécration du droit à la protection de la santé semble être actée et clairement reconnue tant sur plan international, qu'au sein de notre droit interne[302]. Considéré sur notre sol comme un « droit-créance[303] », chaque personne doit pouvoir s'en prévaloir auprès des autorités publiques qui doivent y répondre à hauteur de leurs moyens et de leurs facultés respectives[304]. Cependant, la sémantique employée au sein de ses différentes normes s'avère être très généraliste. La vulnérabilité des patients DSPSC mérite qu'une reconnaissance supplémentaire, à titre spécial, soit opérée, tant par les normes internationales qu'internes.

[298] L'instauration d'un chapitre préliminaire au sein du CSP est loin d'être une disposition anodine. Au même titre que l'article préliminaire du CPP, ce dernier donne la ligne directrice à suivre dans les différentes politiques de santé. Il sous-entend que les règles contenues dans le reste du Code concourent, à leur manière, à la réalisation de cet objectif qu'est le droit à la protection de la santé et qu'ils doivent se conformer à la lettre de ces principes directeurs.

[299] Pour une application spécifique à l'égard des patients en soins psychiatriques sans consentement V. SENON Jean-Louis, JONAS Carol, « Protection de la personne. Droits des patients en psychiatrie », *Médecine & Droit*, Vol. 2005, n° 71, pp. 33-49.

[300] À titre d'exemple, la CEDH a estimé que le devoir de soigner la personne malade au cours de sa détention met à la charge de l'État les obligations particulières de veiller à ce que le détenu soit capable de purger sa peine, de lui administrer les soins médicaux nécessaires et d'adapter, le cas échant, les conditions générales de détention à la situation particulière de son état de santé. CEDH, 9 septembre 2010, *Xiros c/Grèce*, n° 1033/07, § 73.

[301] Dans le cadre de la prise en charge des patients en SPSC, cette dernière n'est régulière, au regard de l'article 5 § 1 e) de la CESDH, que si elle se déroule dans un établissement de santé approprié. CEDH, 17 janvier 2012, *Stanev c/Bulgarie*, n° 36760/06, § 147.

[302] En l'espèce, le Conseil constitutionnel laisse une marge particulièrement importante au législateur afin qu'il prenne les dispositions nécessaires pour mettre en œuvre ces différents droits. Le corpus constitutionnel pose ainsi « le principe d'une créance matérielle rendue exigible dans le cadre des normes de concrétisation ». DUTHEILLET DE LAMOTHE Olivier, « Les principes de la jurisprudence du Conseil constitutionnel en matière sociale », *Les Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel*, n° 45, octobre 2014, p. 11.

[303] Le droit-créance est un pouvoir d'exiger qui implique une intervention positive, une prestation positive. Alors que les libertés sont « opposables à l'État », les créances sont « exigibles de lui ». ROBERT Jacques, DUFFAR Jean, *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, Paris, Montchrestien, 5ème éd., 1994, p. 64.

[304] DRAGO Guillaume, « Le droit à la santé : un droit constitutionnel effectif ? », *Revue juridique de l'Ouest*, n° spécial 2015 « 20 ans de législation sanitaire. Bilan et perspectives. Colloque organisé par l'AEDS pour les 20 ans du Master Droit, Santé, Éthique », p. 18.

§ 2 : La reconnaissance spéciale du droit à la protection de la santé en faveur des patients DSPSC

La nécessité d'une consécration spécifique à l'égard des patients DSPSC. La spécificité des patients DSPSC mérite que des mesures de protection particulières soient adoptées afin de renforcer les différents droits qui peuvent leur être respectivement reconnus. Selon la Professeure Anne SIMON, « l'intérêt qui réside […] dans la distinction faite entre la vulnérabilité de tout être humain et celle particulière d'individus nommément désignés est de permettre la justification d'une protection spécifique, exorbitante de droit commun[305] ». En conséquence, le renforcement des dispositions relatives au droit à la protection de la santé à l'égard des patients de notre étude se justifie pleinement, tant sur plan du droit international (A), que du droit interne (B).

A : La reconnaissance spéciale par la norme internationale

Une distinction opérée par la norme internationale. Pour que le droit à la protection de la santé soit spécialement reconnu à l'égard des patients DSPSC, le droit international énonça cette prérogative dans différentes normes, applicables aux patients détenus (1), ainsi qu'aux patients admis en SPSC (2).

[305] Cette phrase était destinée à l'attention des personnes détenues, mais peut trouver également à s'appliquer dans le cadre des SPSC. SIMON Anne, « La vulnérabilité du détenu », in TOURNIER Pierre-Victor (dir.), *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, L'Harmattan, coll. Champ pénitentiaire, 2012, p. 35.

1) Une reconnaissance en faveur des patients détenus

L'apport indirect des Règles Mandela. Adoptées en 1955 et réformées en 2015, les Règles Mandela constituent un outil de référence pour l'harmonisation des pratiques médicales en milieu pénitentiaire ainsi que pour l'élaboration de recommandations en la matière[306]. Malgré l'absence d'effet obligatoire, leur influence est indéniable[307]. Si aucune disposition ne consacre explicitement le droit à la santé de la personne détenue, plusieurs règles s'y rapportent[308]. Selon la Règle n° 24 « l'État a la responsabilité d'assurer des soins de santé aux détenus, ceux-ci devant recevoir des soins de même qualité que ceux disponibles dans la société et avoir accès aux services nécessaires sans frais et sans discrimination fondée sur leur statut juridique. Les services de santé devraient être organisés en relation étroite avec l'administration générale de santé publique et de manière à faciliter la continuité du traitement et des soins, notamment pour le VIH, la tuberculose et d'autres maladies infectieuses, ainsi que pour la toxicomanie[309] ». En établissant un principe d'égalité dans le soin entre la population libre et la population carcérale[310], les Règles Mandela réfutent le concept de moindre éligibilité. Cette perspective est dynamisée par l'idée de « faire entrer » le soin dans l'enceinte de la prison. Ce point est évoqué à la Règle n° 25 selon laquelle « chaque prison doit disposer d'un service médical chargé d'évaluer, de promouvoir, de protéger et d'améliorer la santé physique et mentale des détenus (…). Ce service doit être doté d'un personnel interdisciplinaire comprenant un nombre suffisant de personnes qualifiées agissant en

[306] Un parallèle peut être fait entre cet outil et le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice élaboré conjointement par le ministère de la Justice et le ministère de la Santé.

[307] À titre d'exemple, nous pouvons citer le principe d'indépendance des équipes soignantes et médicales à l'égard du corps de l'administration pénitentiaire. V. notamment GEORGET Marion, *La relation personnel soignant – personnel de surveillance*, Mémoire de recherche et d'application professionnelle, 42ème promotion des Directeurs de services pénitentiaires, ENAP, juillet 2013.

[308] Selon la Règle n° 26, « le service médical doit établir et tenir des dossiers médicaux individuels exacts, à jour et confidentiels pour tous les détenus, qui doivent y avoir accès chaque fois qu'ils en font la demande. Un détenu peut désigner un tiers pour accéder à son dossier médical. Les dossiers médicaux doivent être transmis au service médical de l'institution d'accueil lors du transfèrement d'un détenu et sont soumis au secret médical ».

[309] Initialement, l'article 46 de la loi pénitentiaire de 2009 disposait que « la qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ». Désormais, cette disposition se trouve à l'article L. 322-1 du Code pénitentiaire.

[310] Ce point fut rappelé dans le cadre des Principes d'éthique médicale applicables au rôle du personnel de santé, dans la protection des personnes détenues issue de la Résolution 37/194 du 18 décembre 1982 de l'Assemblée générale des Nations-Unies. Cette dernière dispose dans son principe premier que « les membres du personnel de santé, en particulier les médecins, chargés de dispenser des soins médicaux aux prisonniers et aux détenus sont tenus d'assurer la protection de leur santé physique et mentale et, en cas de maladie, de leur dispenser un traitement de la même qualité et répondant aux mêmes normes que celui dont bénéficient les personnes qui ne sont pas emprisonnées ou détenues ». Ce point a été réaffirmé dans le cadre de la Résolution 45/111 de l'Assemblée générale des Nations-Unies en date du 14 décembre 1990. Dans son principe n° 9, il est énoncé que les personnes détenues bénéficient « d'un accès au service de santé existant dans le pays, sans discrimination aucune du fait de leur statut juridique ».

pleine indépendance clinique, et disposer de compétences suffisantes en psychologie et en psychiatrie ».

Une problématique sanitaire de société. En 2007, l'OMS publie un guide méthodologique[311] relatif à la santé en prison. Ses dispositions furent affinées la même année par le biais de la Déclaration de Trenčín relative à la prison et à la santé mentale[312]. Elle rappelle que « la santé mentale des détenus est un problème qui ne peut être laissé aux seules autorités carcérales ; elle a des répercussions sur l'ensemble de la société. Comme une grande majorité des détenus reviendront, à un moment ou à un autre, parmi le corps social, il en va de l'intérêt de la société que les besoins du détenu en matière de santé soient satisfaits, qu'il soit correctement préparé à sa réinsertion ». De plus, « à défaut de prendre rapidement des mesures de grande envergure, les prisons vont ressembler davantage à des asiles du XXI^{ème} siècle pour personnes souffrant de troubles mentaux, pleines de ceux qui ont le plus besoin d'un traitement et de soins, mais qui sont maintenus en des lieux inadaptés où l'aide et le traitement disponibles sont limités ». Cet état de fait illustre la philosophie de Michel FOUCAULT et questionne sur le fait de savoir si la prison est un lieu de punition ou de soin[313].

Un rappel sur la nécessaire collaboration entre milieu carcéral et milieu libre. La Recommandation de Madrid[314] puis le récent rapport de la 6ème Conférence sur la santé en prison[315] ont rappelé la nécessité d'assurer une continuité des soins. Cette dernière s'inscrit dans un objectif à la fois individuel et collectif [316]. Le rapport issu de la conférence souligne la nécessité de renforcer les collaborations entre les structures de soins

[311] Ce guide est structuré en 12 thématiques à savoir : les soins primaires en prison, les problèmes éthiques et cliniques spécifiques à la prison, les maladies transmissibles, les infections liées au VIH et les droits de l'Homme en prison, le contrôle de la tuberculose en prison, la consommation de drogues et les services d'addictologie en prison, les traitements de substitution en prison, la santé mentale en prison, les soins dentaires en prison, les besoins de santé spécifiques des femmes détenues, la promotion de la santé en prison et la gestion du stress du personnel pénitentiaire.

[312] Déclaration adoptée à Trenčín (Slovaquie) lors de la réunion internationale de l'OMS sur la santé en prison le 18 octobre 2007.

[313] V. notamment FOUCAULT Michel, *Surveiller ou punir*, Paris, Gallimard, 1975.

[314] Recommandation élaborée à la suite d'une réunion tenue à Madrid les 29 et 30 octobre 2009. Étaient présents à cette réunion les représentants de 65 pays ainsi que de nombreuses agences nationales et internationales concernées par les problématiques de la santé pénitentiaire ainsi que de la santé publique.

[315] 6ème conférence sur la santé en prison tenue à Helsinki les 26 et 27 mars 2019.

[316] La pandémie liée à la COVID-19 fut l'occasion d'observer des situations dramatiques en la matière. Le manque de circulation d'air, la promiscuité, le manque de possibilité de se laver régulièrement et l'accès insuffisant au savon représentaient à juste titre des risques majeurs de contamination, à la fois pour les personnes détenues, mais également pour l'ensemble du personnel qui travaillait en milieu pénitentiaire. Pour tenter de limiter les risques en la matière, des libérations furent effectuées à partir de mars 2020 au regard de la surpopulation importante en ces lieux (Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation de règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19). Cependant, cette courte accalmie n'a pas résolu tous les risques et de nombreuses interrogations ont commencé à émerger autour notamment du port du masque en prison. Sur ce point, le Conseil d'État jugea qu'« il n'apparait pas, en l'état de l'instruction, que l'absence de mise à disposition des personnes détenues de masques de protection dans les locaux clos et partagés [et dans les cours de promenades] n'impliquant aucun contact avec des personnes extérieures à l'établissement révèlerait, à la date de la présente ordonnance, une carence portant, de manière caractérisée, une atteinte grave et manifestement illégale aux libertés fondamentales invoquées ». CE, 8 octobre 2020, n° 444741. V. également HERZOG-EVANS Martine, « Masques en détention : le Conseil d'État ergote », *AJ Pénal*, 2021, p. 49.

pénitentiaires et les structures générales étatiques[317]. Il est précisé que « les efforts visant à améliorer la santé publique et à réduire les inégalités de santé au niveau de la population devraient inclure les prisons[318]».

Une reconnaissance européenne explicite. Sur le plan européen, la Recommandation R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins en milieu pénitentiaire[319] énonce que « le respect des droits fondamentaux des personnes incarcérées implique que ces dernières puissent bénéficier de mesures de prévention sanitaire et de prestations de santé équivalentes à celle de la communauté en général ». Le Conseil des Ministres reconnait alors le droit de pouvoir bénéficier des mêmes droits que tout autre patient, dont notamment le droit à la protection de la santé. Ce point se vérifie avec la Règle n° 39 des RPE[320] qui indique expressément que « les autorités pénitentiaires doivent protéger la santé de tous les détenus dont elles ont la garde ».

Une reconnaissance indirecte de la part de la CEDH. Les juges de la CEDH n'emploient pas l'expression « droit à la protection de la santé ». D'autres formulations traduisent la même idée. Dans l'arrêt *Xiros c/ Grèce*[321], il a été jugé que « le devoir de soigner la personne malade au cours de sa détention met à la charge de l'État des obligations particulières de veiller à ce que le détenu soit capable de purger sa peine, de lui administrer les soins médicaux nécessaires et d'adapter, le cas échant, les conditions générales de détention à la situation particulière de son état de santé ». Par la suite, le droit à la protection de la santé à l'égard du patient détenu fut consolidé par la reconnaissance jurisprudentielle d'un droit à la qualité des soins dans le cadre de l'arrêt *Jeanty c/Belgique*[322]. Le patient détenu doit être incarcéré dans un établissement pénitentiaire suffisamment équipé pour

[317] Ce point fut également mis en avant par l'OIP dans le cadre de son rapport sur les soins spécialisés en prison. V. notamment OIP section française, *La santé incarcérée. Enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison*, juillet 2022, (en ligne).

[318] http://www.euro.who.int/en/health-topics/health-determinants/prisons-and-health/publications/2019/6th-prison-health-conference-prison-health-systems-the-interface-with-wider-national-health-systems-2019.

[319] Conseil de l'Europe, *Recommandation R (98) 7 relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire*. Adoptée par le Conseil des ministres le 8 avril 1998.

[320] Les RPE ont été adoptées par le Comité des Ministres le 11 janvier 2006 dans le cadre de la Recommandation Rec (2006) 2. Ces dernières furent révisées et modifiées dans par le Comité des Ministres le 1er juillet 2020 dans le cadre de la Recommandation Rec (2006)2-rev du Comité des Ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes.

[321] CEDH, 9 septembre 2010, *Xiros c/Grèce*, n° 1033/07, § 73 : « Le devoir de soigner la personne malade au cours de sa détention met à la charge de l'État des obligations particulières de veiller à ce que le détenu soit capable de purger sa peine, de lui administrer les soins médicaux nécessaires et d'adapter, le cas échant, les conditions générales de détention à la situation particulière de son état de santé ».

[322] CEDH, 31 mars 2020, *Jeanty c/Belgique*, req. n° 82284/17. La CEDH a estimé que « compte tenu de l'état de santé mentale du requérant, le manque d'encadrement et de suivi médical au cours de ses deux périodes de détention combiné avec l'infliction d'une sanction disciplinaire dans une cellule d'isolement pendant trois jours alors qu'il avait commis plusieurs tentatives de suicide ont constitué une épreuve particulièrement pénible et ont soumis le requérant à une détresse ou à une épreuve d'une intensité ayant excédé le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention (…) et tombe ainsi sous le coup de l'interdiction énoncée à l'article 3 ». Cet arrêt s'inscrit dans la liste des arrêts rendus par la CEDH dans le cadre des suicides en prison. V. par exemple CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/Royaume-Uni*, req. n° 27229/95 ; CEDH, 5 juillet 2005, *Troubnikov c/Russie*, req. n° 49790/99 ; CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/France*, req. n° 5608/05 ; CEDH, 6 décembre 2011 *De Donder et De Clippel c/Belgique*, req. n° 8595/06.

pouvoir répondre à ses besoins médicaux[323]. Sur ce point, nous pouvons faire un parallèle avec les SPSC[324].

2) Une reconnaissance en faveur des patients en SPSC

L'apport explicite de la norme onusienne. L'article 1 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées[325] dispose que « la présente Convention a pour objet de promouvoir, protéger et assurer la pleine et égale jouissance de tous les droits de l'homme et de toutes les libertés fondamentales par les personnes handicapées ». Son article 25 est spécifiquement consacré à la santé de la personne handicapée. Il dispose que « les personnes handicapées ont le droit de jouir du meilleur état de santé possible sans discrimination fondée sur le handicap. [Les États] prennent toutes les mesures appropriées pour leur assurer l'accès à des services de santé qui prennent en compte les sexospécificités, y compris des services de réadaptation ». Bien que les besoins en matière de santé mentale ne soient pas les mêmes pour l'ensemble des régions du monde[326], l'OMS rappelle que « la bonne exécution du plan d'action mondial pour la santé mentale nécessitera l'intervention de partenaires internationaux, régionaux et nationaux[327]», comme le montrent les travaux

[323] En France, bien que chaque établissement pénitentiaire dispose *a minima* d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP), cette problématique est loin d'être résolue, notamment par manque d'unités de soins spécialisés telles que les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA), les unités hospitalières sécurisées interrégionales (UHSI) ou encore les unités pour malades difficiles (UMD). Par ailleurs, il arrive également que certains établissements de santé de référence ne disposent pas d'un nombre suffisant de chambres sécurisées pour assurer pleinement et effectivement cette mission.
[324] CEDH, 17 janvier 2012, *Stanev c/Bulgarie*, req. n° 36760/06.
[325] Adoptée par l'Assemblée générale des Nations Unies le 13 décembre 2006, elle rentra en vigueur avec son protocole facultatif le 3 mai 2008.
[326] En France, la politique de santé mentale est déclinée sur le plan régional dans le cadre d'un projet territorial de santé mentale (PTSM) qui tient compte notamment de l'offre de soins et des besoins de la population locale pour affiner et adapter au mieux les grandes lignes gouvernementales en la matière.
[327] OMS, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020*, p. 11.

réalisés par son antenne européenne[328]. De plus, malgré les innovations médicales initiées en la matière, ces pathologies sont amenées à se développer malgré les efforts entrepris[329].

Un apport normatif européen limité. Sur le plan continental, les principales recommandations en faveur des personnes atteintes de troubles mentaux sont quelque peu décevantes. Dans le cadre de la Recommandation 1235 (1994) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme, le droit à la protection de la santé n'est absolument pas évoqué. La Recommandation REC (2004) 10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux n'évoque que partiellement cette question[330] à l'article 10[331].

Une reconnaissance subtile par la CEDH. Au même titre que pour les patients détenus, les juges de la CEDH ont également apporté leur expertise sur le sujet, mais pas avec la même rigueur. En effet, le droit à la protection de la santé à l'égard des patients en SPSC n'est pas explicitement reconnu par la CEDH. Il peut néanmoins se déduire de l'arrêt *Stanev c/ Bulgarie*[332] qui énonce que « l'interdiction des mauvais traitements faite par l'article 3 s'applique de la même manière à toutes les formes de privation de liberté (…), peu importe qu'il s'agisse d'une détention ordonnée dans le cadre d'une procédure pénale ou d'un internement visant à protéger la vie ou la santé de l'intéressé ». Cette regrettable absence est compensée par une consolidation de l'accès aux soins et de la qualité des soins. Dans cette perspective, la CEDH indique que la « détention d'une personne comme malade mental ne sera "régulière" que si elle se déroule dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement approprié et habilité[333] ». Ces critères se

[328] Lors de la Conférence ministérielle européenne sur la santé mentale en 2005, tenue à Helsinki du 12 au 15 janvier 2005, les représentants des États membres de la région européenne de l'OMS ont abordé la question de la détresse psychosociale ainsi que les problèmes de santé mentale. L'objectif de cette conférence était de faire intégrer les politiques liées à la santé mentale aux politiques générales de santé publique, et non plus de traiter les pathologies mentales de manière stigmatisante et discriminatoire. Pour y parvenir, une Déclaration ainsi qu'un Plan d'action sur la santé mentale pour l'Europe ont été adoptés pour une durée comprise entre 5 et 10 ans. Ce dernier fut remplacé en 2013 par un nouveau plan d'action pour la période 2013-2020 et se décline en sept objectifs, dont notamment la reconnaissance et la valorisation des droits de l'Homme à l'égard des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale.

[329] Une attention particulière devra être portée à la signification effective des chiffres donnés en la matière. Si un bilan fait état d'une augmentation des prises en charge de patients en soins psychiatriques de 25%, cela ne signifie pas obligatoirement que le nombre de personnes souffrant de pathologies mentales a augmenté de 25%. Cette augmentation peut être induite par une intensification des campagnes de prévention ou de dépistage, qui de *ipso facto*, permettent une meilleure identification des patients. Il en va de même pour toutes les actions de dépistage ou encore celles mises en place pour favoriser un meilleur accès aux soins.

[330] Dans le cadre de son article 5 relatif à la promotion de la santé, il est indiqué que « Les États membres devraient promouvoir la santé mentale en encourageant le développement de programmes visant à une meilleure sensibilisation du public à la prévention, à la reconnaissance et au traitement des troubles mentaux ».

[331] « Les États membres devraient, compte tenu des ressources disponibles, prendre des mesures en vue […] de fournir des services de qualité appropriée afin de répondre aux besoins en matière de santé mentale des personnes atteintes de troubles mentaux, en tenant compte des différents besoins de ces diverses catégories de personnes, et assurer un accès équitable à de tels services ».

[332] CEDH, 17 janvier 2012, *Stanev c/Bulgarie*, req. n° 36760/06, § 206.

[333] *Ibidem*, § 157.

retrouveront au sein de notre législation interne, qui a également apporté quelques précisions à l'égard du droit à la protection de la santé en faveur des patients DSPSC.

B : La reconnaissance spéciale par la norme interne

Des dispositions à part pour les patients détenus et en soins psychiatriques sans consentement. La sémantique employée par le CSP est suffisamment générale pour consacrer le droit à la protection de la santé à l'égard de l'ensemble des patients présents sur notre territoire. Pourtant, le législateur a souhaité renforcer les droits des patients DSPSC tant à l'égard des patients détenus (1), que des patients en SPSC (2).

1) La reconnaissance en faveur des patients détenus

Une ligne directrice dictée par les RPE. La règle n° 5 des RPE dispose que « la vie en prison est alignée aussi étroitement que possible sur les aspects positifs de la vie à l'extérieur de la prison ». De plus, selon les règles n° 40.3 et 40.5 des RPE, « doit être offert aux personnes détenues un accès aux services de santé dans le pays sans discrimination fondée sur leur situation juridique, ainsi que l'administration de soins médicaux, chirurgicaux et psychiatriques nécessaires ». Pour y parvenir, plusieurs réformes sont nécessaires.

La première étape : l'affiliation obligatoire à la Sécurité sociale. La première étape fut franchie[334] avec l'adoption de la loi du 18 janvier 1994. Cette dernière offre une couverture sociale au patient détenu pour lui permettre d'accéder à des soins comparables à ceux dispensés en milieu libre, à travers le service public hospitalier[335]. La loi[336] prévoit également leur affiliation obligatoire aux assurances maladies et maternité du régime général à compter de la date de leur incarcération[337]. Cette disposition permet de pallier l'éventuelle carence en la matière généralement induite par la situation précaire de la personne avant son entrée en détention. La seule spécificité réside dans le fait que l'affiliation se fait auprès du Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE)[338] et non de la CPAM.

Une brève mention dans la loi KOUCHNER. 8 ans plus tard, à l'occasion de l'adoption de la loi KOUCHNER, la question de la protection de la santé des personnes détenues fut brièvement évoquée dans le cadre des suspensions médicales de peine[339]. Selon son article 10, elles doivent contribuer à « garantir en faveur des personnes détenues, l'effectivité du droit au respect de la dignité humaine et du droit à la protection de la santé[340] ».

---

[334] Des prémices ont pu être observés à travers le Décret n° 84-77 du 30 janvier 1984 modifiant certaines dispositions du code de procédure pénale (JORF du 2 février 1984), la loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 portant diverses dispositions d'ordre social (JORF du 4 janvier 1985) instituant comme établissements d'hospitalisation publics les hôpitaux spécifiquement destinés à l'accueil des personnes incarcérées et la création des services médico-psychologiques régionaux (SMPR) par l'article 11 du Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique. MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, p. 37.

[335] Depuis la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, cette mission peut désormais être assurée par tous les établissements de santé, en application des dispositions de l'article L. 6111-1-2 du CSP.

[336] Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale. Avant 1994, la prise en charge des soins des personnes détenues relevait de la seule compétence de l'administration. Un ou plusieurs médecins vacataires étaient désignés par le directeur régional des services pénitentiaires auprès de chaque établissement. Une infirmerie devait être installée à l'intérieur de la prison, à laquelle était attaché, à temps complet ou à temps partiel, un infirmier ou une infirmière. Cependant, face à la prévalence de certaines pathologies comme le VIH, la tuberculose ou encore les hépatites B et C, l'organisation des soins est devenue problématique, tant d'un point de vue technique et administratif que médical et financier. V. notamment GENTILINI Marc, *Problèmes sanitaires dans les prisons. Maladies infectieuses, toxicomanie, état d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant, pendant et après l'incarcération*, Paris, Flammarion médecine-sciences, 1998. Cette situation fit l'objet de « nombreuses critiques tant sur le plan matériel que juridique, notamment au niveau du non-respect de la confidentialité des soins ». BAZEX Hélène, Centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire (CIRAP), *Dossier thématique : L'unité hospitalière sécurisée de Toulouse*, ENAP, ministère de la Justice et des Libertés publiques, 2009, p. 13. Par la suite, la loi a été complétée par le Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire (JORF n° 251 du 28 octobre 1994), ainsi que par la Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale (JORF n° 29 du 3 février 1995).

[337] Ces dispositions sont inscrites aux articles L. 381-30 et suivants du CSS.

[338] Lorsque ces formalités sont effectuées, le CNPE transmet à la personne détenue son attestation de droits par le biais du greffe pénitentiaire ainsi que la carte vitale. Cependant, dans la mesure où ce document est assimilé à un document d'identité, sa possession directe par la personne écrouée est interdite. Aussi, ces deux documents doivent être remis à la personne en cas de permission de sortie ou de soins dispensés en établissement de santé. OIP, section française, *Le Guide du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2021, p. 361.

[339] Article 720-1-1 du CPP. Sur ce point, V. notamment CONTET Saskia, « La loi du 4 mars 2002 et la suspension de peine pour raison médicale : Une loi en sursis », *in* PY Bruno (dir.), *20 ans de la loi du 4 mars 2002. Droits des patients – quid novi ?*, Bordeaux, LEH, coll. À la croisée des regards, 2022, pp. 263-282.

[340] BONNE-HARBIL Aurélie, *Les droits de la personne détenue en matière de santé*, Thèse de Droit, Université de Lorraine, 2016, p. 577.

L'apport de la loi pénitentiaire de 2009. Il faut attendre 2009 pour que le droit à la protection de la santé en faveur des personnes détenues soit reconnu par la loi. Selon l'article 46 de la loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009,[341] « la prise en charge de la santé des personnes détenues est assurée par le service public hospitalier dans les conditions prévues par le code de la santé publique[342]. La qualité et la continuité des soins sont garanties aux personnes détenues dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population ». En l'espèce, il ne s'agit pas d'une consécration explicite. Cette formulation renvoie à l'article L. 1110-1 du CSP, qui consacre ce droit de manière non équivoque. L'instauration du Code pénitentiaire aurait été l'occasion de corriger ce point, mais le législateur s'est contenté de reprendre les dispositions déjà existantes. Cette absence de reconnaissance explicite se retrouve également dans le cadre des SPSC.

2) La reconnaissance en faveur des patients en SPSC

Une reconnaissance par renvoi. Alors que le CSP dispose d'un livre entier consacré à la « lutte contre les maladies mentales », la reconnaissance du droit à la protection de la santé à l'égard des patients en SPSC n'est pas explicitement énoncée. L'article L. 3211-3 du CSP dispose que « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ». Faut-il voir dans cet « oubli » l'absence de reconnaissance du droit à la protection de la santé en faveur de ces patients ? Une réponse par la négative s'impose. Cette situation se justifie par le fait que ces soins sont intégrés à part entière à notre système de santé. Ainsi, lorsque l'article L. 1411-1[343] du CSP dispose que « la Nation définit sa politique de santé afin de garantir le droit à la protection de la

[341] Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 pénitentiaire, JORF n° 0273 du 25 novembre 2009, Texte n° 1.
[342] Ce point est désormais prévu à l'article L. 322-1 du Code pénitentiaire.
[343] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janvier 2016, Texte n° 1.

santé de chacun », ce dernier reconnait par extension le droit à la protection de la santé à l'égard des patients en SPSC[344].

Un apport limité de la Charte du patient en psychiatrie. Afin de rendre la norme juridique plus accessible, la Charte des droits du patient en psychiatrie[345] fut instaurée. Au même titre que la Charte du patient hospitalisé[346] dont elle s'inspire, elle ne dispose pas d'effet contraignant[347]. Cependant, en adoptant une sémantique qui se veut claire, elle constitue un outil d'information à l'égard du patient et de ses proches. La reconnaissance du droit à la protection de la santé n'est pas explicite, mais y est assurée *via* l'affirmation de droits « satellites » comme la qualité des soins ou encore la prise en charge de la douleur.

Une reconnaissance par les Sages. La jurisprudence du Conseil constitutionnel a eu l'occasion de s'exprimer à ce sujet en 2011. Dans le cadre des arrêts *Abdellatif B. et autres*[348] et *Oriette P*[349], les juges énoncèrent qu'il incombait au législateur « d'assurer la conciliation entre, d'une part, la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public nécessaire à la sauvegarde de droits et principes de valeur constitutionnelle et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties ». Bien que l'impact de cette formulation ne soit pas aussi marquant que celui que nous aurions pu attendre, des similitudes entre les formulations du Conseil constitutionnel et celles de la CEDH sont observables[350].

Un droit à la protection de la santé reconnu, mais à consolider. Au regard de ces premiers développements, il apparait que les droits fondamentaux du patient sont applicables et reconnus à l'égard des patients DSPSC. Cette reconnaissance était un préalable indispensable avant d'envisager l'étude des autres dispositions accordées au

[344] Nous retrouvons en l'espèce une analogie similaire avec l'interprétation de l'article L. 1110-1 du CSP.
[345] Cette charte a été initiée dans l'établissement public de santé mentale (EPSM) de l'agglomération lilloise à Saint-André. Elle s'est appuyée sur les recommandations du CGLPL, qui alertait régulièrement dans ses rapports annuels sur les atteintes aux « droits du quotidien » des patients et du caractère très hétérogène entre établissements de l'information faite aux patients et des conditions elles-mêmes d'hospitalisation (circulation dans l'établissement, accès au téléphone portable, etc.). https://sante.gouv.fr/systeme-de-sante/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/article/charte-d-hospitalisation-en-psychiatrie
[345] C. const., 9 juin 2011, n° 2011-135/140 QPC.
[346] Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé. Elle fut remplacée par la circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A n° 2006-90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
[347] Contrairement à la Charte du patient hospitalisé, elle n'est pas encore encadrée par une circulaire ministérielle. Cela signifie que chaque établissement de santé mentale est en mesure d'édicter sa propre Charte en la matière. Une telle souplesse doit permettre aux différents EPSM de tenir compte de leurs spécificités institutionnelles et organisationnelles. Elle doit également permettre d'ajuster leur Charte aux différents objectifs et valeurs de leur établissement déterminés généralement par la réactualisation de leur projet d'établissement.
[348] C. const., 9 juin 2011, n° 2011-135/140 QPC.
[349] C. const., 6 octobre 2011, n° 2011-174 QPC.
[350] CEDH, 31 janvier 2019, *Rooman c/Belgique*, req. n° 18052/11.

patient dans la mesure où ils découlent de ce socle fondamental. Ce point étant terminé, il nous faut désormais porter notre attention sur ces autres dispositions dont les patients DPSPC doivent pouvoir bénéficier, au même titre que tout autre patient en milieu libre.

Chapitre II : Une spécificité induite par la privation de liberté

Un égal accès aux soins affirmé, mais affecté. Considéré comme un principe fondamental de notre législation sanitaire[351], l'accès aux soins permet à toute personne de bénéficier d'une prise en charge adéquate, selon sa condition physique et/ou psychique. Pour éviter toute pratique discriminatoire[352] fondée sur la maladie, l'origine, le sexe, ou tout autre critère, un principe d'égal accès aux soins[353] a été instauré.

À l'occasion de la loi du 24 juillet 2019[354], le chef de l'État[355] rappela sa volonté d'instaurer un système qui doit « mieux prévenir, être centré sur le patient et sur la qualité du soin » et « prendre soin de chacun ». Bien que louable, cette volonté ne peut être effective s'il existe des obstacles qui empêchent les patients d'accéder aux différentes structures de soins. Ces derniers sont d'une part « matériels », d'autre part « financiers ». Dans le premier cas, la problématique relève principalement des inégalités sanitaires territoriales[356] et des difficultés inhérentes à la répartition de l'offre de soins. La seconde problématique relève davantage des parcours de vie, parfois chaotiques des personnes. Pour

[351] Principe posé aux articles L.1110-1 et L.1110-3 du CSP.

[352] Le principe de non-discrimination dans le soin est établi dans le Code de déontologie médicale dont les articles sont transposés dans le CSP aux articles R. 4127-1 et suivants. Il est indiqué que « le médecin doit écouter, examiner, conseiller ou soigner avec la même conscience toutes les personnes, quelles que soient leur origine, leurs mœurs, et leur situation de famille, leur appartenance ou leur non-appartenance à une ethnie, une nation ou une religion déterminée, leur handicap ou leur état de santé, leur réputation ou les sentiments qu'il peut éprouver à leur égard ».

[353] Le principe de l'égal accès aux soins n'est pas sans nous rappeler la conception de la justice d'ARISTOTE. À cet égard, il distingue deux formes de justice que sont la justice commutative, aussi appelée justice corrective, et la justice distributive. La première repose sur l'égalité de tous et ignore les différences existantes entre les individus et la seconde se fonde sur un principe de proportionnalité ; l'individu possède un « droit à » en proportion de ce qu'il a contribué. Mis en parallèle avec notre principe de l'accès aux soins, ce dernier suit plutôt la conception commutative dans la mesure où il fait référence à la notion d'égalité. Cependant, les concepts de la justice distributive ne sont pas complètement étrangers à notre système de santé. En effet, sur la problématique des remboursements des soins, certains taux de remboursement ou de modalités de prise en charge sont proportionnels aux garanties souscrites dans le cadre d'une complémentaire santé, elles-mêmes corrélées aux cotisations payées.

[354] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n° 0172 du 26 juillet 2019, Texte n° 3.

[355] Discours sur la transformation du système de santé, « Prendre soin de chacun », par le Président de la République Emmanuel MACRON, 18 septembre 2018.

[356] L'idée d'une territorialisation de la santé est apparue avec l'adoption d'une carte sanitaire dans le cadre de la loi Boulin en date du 31 décembre 1970 (Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF n° 2 du 3 janvier 1971, Texte n° 1). L'objectif était d'offrir des soins de qualité sur l'ensemble de notre territoire. Cette idée fut renforcée avec l'adoption des différents schémas de l'organisation sanitaire dans le cadre de la loi du 31 juillet 1991 (Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n° 179 du 2 août 1991) puis par la loi HPST de 2009 (Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, Texte n° 1).V. notamment COMBEAU Pascal, « Territorialisation de la politique de santé en France » *in* CASTAING Cécile (dir)., *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH, coll. Actes et séminaires, 2012, pp. 35-44.

tenter de remédier à ces difficultés, divers mécanismes tels que la Protection universelle maladie (PUMA)[357], la complémentaire santé solidaire (CSS)[358], ou encore l'aide médicale d'état (AME)[359] ont été instaurés. Pourtant, les difficultés perdurent et la problématique de l'égal accès aux soins n'a jamais autant été menacée.

Des difficultés perceptibles dans l'accès aux soins des patients DSPSC. Dans la mesure où les patients DSPSC sont pleinement intégrés à notre système de santé, les protocoles instaurés pour assurer leur prise en charge ne doivent pas être dictés uniquement par les instances pénitentiaires, judiciaires ou encore administratives. Cette dynamique vise à inscrire ces différentes démarches au sein des réflexions pluridisciplinaires en matière de santé publique et à veiller à ce que l'éthique médicale s'applique. Si des spécificités liées à l'impératif sécuritaire demeureront toujours, l'objectif est de tenter d'harmoniser au mieux la prise en charge des patients DSPSC avec le régime général instauré en milieu libre. Pour y parvenir, il conviendra d'étudier comment se matérialisent les principes de l'égal accès aux soins ainsi que de la qualité des soins dans leur prise en charge (Section 1).

Le patient : une personne humaine à part entière. Lorsque nous étudions les dispositions du CSP relatives aux droits des patients, nous observons que ces derniers ne sont pas exclusivement centrés sur le domaine médical. Le législateur a pris en considération le fait que la qualité de patient se cumule avec la qualité de personne humaine. En conséquence, il envisagea un certain nombre de prérogatives qui s'apparentent davantage au droit à la vie privée et familiale qu'au droit à la protection de la santé. L'étude de ces dispositions à l'égard des patients DSPSC présente un intérêt particulier dans la mesure où ces patients sont enfermés (Section 2).

---

[357] V. notamment l'article 59 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la Sécurité sociale pour 2016, JORF n° 0296 du 22 décembre 2015, Texte n° 1 ; Décret n° 2015-1882 du 30 décembre 2015 relatif aux modalités de prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité des bénéficiaires de la protection universelle maladie, JORF n° 0303 du 31 décembre 2015, Texte n° 132. Entrée en vigueur le 1er janvier 2016, la PUMA a supprimé le dispositif « Couverture maladie universelle » mis en place par la loi n° n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (JORF n° 0172 du 28 juillet 1999). Elle garantit à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière, pendant au moins 6 mois par an, un droit à la prise en charge de ses frais de santé, à titre personnel, da manière continue et tout au long de sa vie. BELTRAN Geneviève, VEILLON Véronique, *Les doctes notes de la secrétaire médicale*, 9ème éd., Le Marqueur de Paroles, 2019, p. 17.

[358] Instaurée dans le cadre de la loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la Sécurité sociale pour 2019 (JORF n° 0297 du 23 décembre 2018, Texte n° 3), la CSS remplace, depuis le 1er novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire et l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Cette complémentaire est destinée à ceux qui, en raison de leur activité professionnelle ou du fait de leur résidence stable et régulière en France, bénéficient d'une prise en charge de leurs frais de santé par l'assurance maladie et dont les ressources sont modestes. BELTRAN Geneviève, VEILLON Véronique, *Les doctes notes de la secrétaire médicale*, 9ème éd., Le Marqueur de Paroles, 2019, pp. 17-18.

[359] Entrée en vigueur le 1er janvier 2000 avec la loi 99-641 du 27 juillet 1999 relative à la Couverture maladie universelle, l'AME remplace l'aide médicale gratuite. Cette aide est destinée aux personnes de nationalité étrangère qui résident en France de façon irrégulière depuis plus de trois mois. Cette couverture de santé permet la prise en charge des dépenses de soins, des consultations médicales à l'hôpital ou en médecine de ville, des prescriptions médicales et du forfait hospitalier. BELTRAN Geneviève, VEILLON Véronique, *Les doctes notes de la secrétaire médicale*, 9ème éd., Le Marqueur de Paroles, 2019, p. 18.

Section 1 : Les spécificités inhérentes à la prise en charge du patient

Une approche différenciée des soins. Lorsque des restrictions sont opérées sur les droits accordés en milieu libre vis-à-vis des patients DSPSC, elles doivent être justifiées par un intérêt thérapeutique et/ou par le maintien de l'impératif sécuritaire. Dans le cadre du droit d'accès aux soins, des interrogations peuvent émerger. Comme sa dénomination l'indique, le patient admis en SPSC ne dispose pas d'un libre accès aux soins. L'administration d'un soin lui est imposée dans le but de préserver sa santé et éviter tout danger pour lui-même ou autrui. À l'inverse, le patient détenu, à l'exception des mesures de soins ordonnées par l'autorité judiciaire[360], ne peut, en principe[361], se voir imposer de soins[362]. Ce dernier est donc censé y consentir librement au même titre que le patient en milieu libre. Ainsi, la mise en œuvre du droit d'accès aux soins semble comporter une originalité certaine (§ 1) ; la prise en charge des patients DSPSC se réalisant dans le cadre de structures spécialement dédiées et adaptées (§ 2).

§ 1 : Les originalités du droit d'accès aux soins

L'expression originale de la demande de soins. Parce qu'il s'agit d'un droit et non d'une obligation, c'est l'expression positive d'une demande de soin qui va être, dans la majorité des cas, à l'origine de la prise en charge d'un patient. Cette démarche va traditionnellement être exprimée par le patient ou par un de ses proches qui sont des

[360] Tel est le cas de l'ensemble des soins pénalement ordonnés tels que l'injonction thérapeutique et l'injonction de soins. V. notamment CORNIER Katherine, « Les soins pénalement ordonnés », *Les tribunes de la santé*, vol. 17, n° 4, 2007, pp. 87-95.
[361] Afin d'éviter tout risque de contamination en détention, un dépistage obligatoire de la tuberculose est réalisé. V. article R. 322-7 du Code pénitentiaire.
[362] Des exceptions peuvent être instaurées conformément aux dispositions générales du CSP en cas d'urgence vitale. D'autres dérogations sont également prévues en la matière dans le cadre de la situation très spécifique de la gestion de la grève de la faim en détention.

personnes privées[363] (A). Cependant, comme les patients ne sont pas toujours en mesure de prendre les décisions idoines en la matière, l'accès aux soins peut relever d'une décision imposée par une autorité publique (B).

A : Un accès aux soins initié à la demande d'une personne privée

La recherche prioritaire d'une volonté de soins exprimée par le patient. La protection du droit à l'accès libre et direct aux soins contre les atteintes arbitraires qui pourraient lui être faites constitue une vigilance de chaque instant. Elle incombe tant aux professionnels de santé qu'au législateur. Dans le cadre des patients DSPSC, une vigilance plus accrue s'impose en raison de leur particulière vulnérabilité. Pour préserver ce cadre, la méthode la plus adéquate pour y parvenir est de rechercher l'expression de la volonté du patient (1). Lorsque cette volonté ne peut être valablement extériorisée et/ou qu'un risque est caractérisé pour la personne ou pour autrui, l'intervention des tiers doit s'opérer (2).

1) Le principe d'un accès aux soins à la demande du patient

Une prise en compte différenciée de la volonté du patient. Le principe selon lequel un patient formule lui-même sa demande d'accès aux soins est accueilli de manière différente selon que l'on se place du point de vue du patient détenu ou de celui admis en SPSC. Si par principe ce dispositif ne revêt plus de difficultés majeures en prison, cette hypothèse demeure marginale dans la seconde hypothèse.

[363] Synonyme de sujet de droit, la personne privée se distingue de la notion de personne morale qui désigne un « groupement doté de la personnalité juridique titulaire de droits et d'obligations abstraction faite de la personne des membres qui le composent ». GUINCHARD Serge et DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., Paris, Dalloz, 2022, p. 791.

L'hypothèse d'un accès aux soins « provoqué ». En prison, la promiscuité et l'insalubrité des lieux imposent la détection précoce de toute pathologie[364]. L'ancien article D. 285 du CPP énonçait que le détenu « était soumis à un examen médical ». Le terme « soumis » indiquait que cet examen était obligatoire[365] et que le consentement du patient à l'acte n'avait pas à être recherché. Pourtant, le Guide méthodologique[366] indiquait que ce dernier devait se faire « avec le consentement de la personne détenue », conformément aux articles 16-3 du Code civil et L. 1111-4 alinéa 4 du CSP. La loi pénitentiaire de 2009 est venue clarifier ce point dans son article 51. Ce dernier, repris *in extenso* par le Code pénitentiaire, dispose qu'« au début de sa détention, il est proposé à toute personne détenue un bilan de santé relatif à sa consommation de produits stupéfiants, de médicaments psychotropes, d'alcool et de tabac[367] ». L'utilisation du terme « proposé » suggère une prise en considération de la volonté du patient détenu, et par extension, du respect des droits relatifs à sa personne. Il est néanmoins regrettable que ce bilan de santé se limite à ces différents points et ne soit pas plus général, compte tenu des conséquences psychologiques que provoque l'enfermement[368].

L'hypothèse d'un accès « ordinaire » aux soins. Si ce premier accès aux soins peut être qualifié de « provoqué », le patient détenu peut solliciter une consultation au cours de son incarcération. Celle-ci doit être formulée par un écrit à destination de l'unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). Cette démarche peut constituer un des premiers obstacles à l'accès aux soins pour les personnes détenues. En effet, les problématiques liées à l'illettrisme ainsi qu'à l'analphabétisme peuvent créer des situations de dépendances et constituer une entrave aux structures de soins, et plus généralement, à toutes personnes susceptibles de défendre leurs droits[369]. En pratique, l'USMP dispose d'une boite à lettres qui permet de déposer une demande sous pli, de rendez-vous[370]. La personne détenue y

[364] Cette dynamique de prévention doit poursuivre un double objectif : la protection de la santé des personnes détenues, mais également la protection de la santé de l'ensemble du personnel qui travaille en ces lieux.
[365] Cette idée fut reprise au sein de l'article R. 57-8-1 du CPP 1° qui disposait que les médecins sont chargés de « réaliser un examen médical systématique pour les personnes détenues venants de l'état de liberté ». Cet article fut abrogé puis reprit par l'article R. 115-21 1° du Code pénitentiaire. Ce caractère systématique de l'examen médical se retrouve également à l'article R. 322-7 du Code pénitentiaire relatif à la prévention de la tuberculose en détention.
[366] « Ce premier examen doit avoir lieu dans les plus brefs délais, avec le consentement de la personne détenue. L'objectif est de déceler toute affection contagieuse ou évolutive, de mettre en œuvre toute mesure thérapeutique appropriée, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives et d'assurer la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement, et la prévention du risque suicidaire ». MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, 2019, p. 159.
[367] Article L. 322-6 du Code pénitentiaire.
[368] Article L. 3211-2-2 alinéa 2 du CSP.
[369] Il s'agit essentiellement du Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou encore du Défendeur des droits.
[370] Cette procédure est préconisée par les ministères de la Santé et de la Justice afin de garantir le respect de la confidentialité des échanges entre les personnes détenues et les membres de l'équipe médicale et soignante. OIP, *Le guide du prisonnier*, Paris, éd. La Découverte, 2012, p. 326.

expose sommairement ses problèmes de santé. Lorsqu'elle ne peut accéder à ces boites[371], la remise peut être effectuée auprès d'un membre de l'administration pénitentiaire, chargé à son tour de transmettre la demande au service concerné[372] ou à l'infirmier de l'USMP lors de son passage pour la distribution des médicaments[373]. Cette procédure est plus favorable au respect des droits du patient détenu dans la mesure où l'infirmier est un professionnel de santé qui appartient à l'équipe de soins au sens de l'article L.1110-12 du CSP[374].

Au regard de ce protocole, la personne détenue demeure par principe « maitresse » de sa démarche d'accès aux soins. Ce respect de l'autonomie de la personne « correspond à l'idée selon laquelle le médecin doit respecter la dignité et la volonté du patient de toute la mesure du possible[375]». Il répond également aux attentes de l'article L. 1111-4 alinéa 1 du CSP[376]. Cette situation tranche radicalement avec la situation connue par le patient admis en SPSC.

Une volonté par principe exclue dans les soins psychiatriques sans consentement. L'alinéa 2 de l'article L.3211-2 du CSP précise que les soins psychiatriques libres sont privilégiés « lorsque l'état de la personne le permet ». *A contrario,* les SPSC sont instaurés lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de consentir valablement. L'objectif ici, est de prévenir toute dégradation de la santé physique et/ou psychique de la personne atteinte de troubles mentaux, mais également de protéger les tiers. Il s'agit de mettre en place une action prophylactique vis-à-vis des troubles que ces pathologies pourraient causer. La primauté de la protection de l'intérêt général sur celle des intérêts privés de la personne justifie de reléguer au second rang la prise en considération de la volonté du patient. Cependant, ce procédé est destiné à être temporaire. Si cette volonté

[371] C'est le cas par exemple lorsque la personne détenue est placée en quartier disciplinaire et ne peut sortir de sa cellule.
[372] Si l'ouverture de ces boites incombe exclusivement au personnel de l'USMP, garantissant ainsi le respect du secret professionnel, des interrogations peuvent naître à l'égard des demandes transmises par l'intermédiaire du personnel pénitentiaire.
[373] Une fois ces demandes déposées, leur traitement s'apparente au système mis en place dans les services d'urgence. Les requêtes des personnes détenues ne sont pas traitées par ordre d'arrivée, mais en fonction de leur degré d'urgence. Une fois examinée, les membres du personnel de l'USMP doivent apporter une réponse, par oral ou par écrit, à la personne détenue. Bien que cette réponse soit obligatoire, la mise en place d'une voie de recours permet de parer les éventuels dysfonctionnements de ce système. Elle consiste à saisir par écrit le médecin responsable de l'USMP puis, si besoin, d'autres instances hiérarchiques telles que le directeur de l'établissement de santé auquel l'établissement pénitentiaire est rattaché, l'Agence régionale de santé (ARS) et enfin l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS).
[374] Selon l'article L.1110-12 du CSP, l'équipe de soins se définit comme « un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention, de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes ».
[375] PÉDROT Philippe, « Libre propos sur la démocratie sanitaire », *Les petites affiches*, 2002, n° 122, p. 5.
[376] « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. (…). Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité ». Modifié par l'article 2 de l'Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, JORF n° 0061 du 12 mars 2020.

dans l'accès aux soins ne peut se faire initialement, sa prise en compte devra tenter d'être favorisée lorsque les soins psychiatriques sans consentement se poursuivront à l'issue de la période de soins initiale dans le cadre des soins ambulatoires, en particulier au cours de l'élaboration du programme de soins (PDS)[377]. À l'heure actuelle, ce schéma n'est majoritairement pas partagé et l'influence des tiers dans l'accès aux SPSC demeure importante.

2) Un accès aux soins impulsé par un tiers

Une pluralité de tiers « privés » à l'origine du soin. La notion de tiers est souvent employée dans notre corpus juridique. La norme sanitaire ne fait pas exception comme en témoigne l'expression « soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers ». C'est dans ce domaine que la polysémie de ce terme s'illustre le mieux. Lorsque nous analysons les différentes modalités d'admission en la matière, cette terminologie désigne tantôt un proche du patient, tantôt le directeur de l'établissement de santé. Si la définition de ce dernier ne présente aucune difficulté, il en va différemment pour ce qui est de la notion de proche.

Définition du proche. Le proche n'est pas défini par le droit. Sa conception varie selon que l'on adopte une définition extensive ou restrictive. Dans la première conception, le proche serait toute personne qui graviterait autour du patient sans pour autant être reliée par un contrat matrimonial ou un pacte civil de solidarité, par les liens de filiation ou encore par l'expression de la volonté de ce dernier[378]. Il s'agirait d'une personne connaissant le patient et qui partage avec lui des liens affectifs, amicaux ou de voisinage. Dans la seconde conception, les proches se confondraient avec les qualités juridiquement définies de parents, d'époux, de partenaires ou de concubins auxquelles il faudrait également ajouter les enfants, peu importe que ces derniers soient liés au patient par le sang

[377] « Faisant suite à un entretien avec le patient, le PDS est établi en cohérence avec son projet de soins personnalisé. Le patient doit être impliqué, le plus possible en fonction de la clinique, dans l'élaboration de son PDS dans un objectif de co-construction progressive. La pertinence et le contenu du PDS sont discutés en réunion clinique d'équipe pluriprofessionnelle ». HAS, *Programme de soins psychiatriques sans consentement*, Les bonnes pratiques, mars 2021, p. 26.
[378] Est fait référence ici au mandat de protection future. V. articles 477 à 494 du Code civil.

ou par l'adoption. Au regard de la vulnérabilité des patients en SPSC, il semble plus judicieux de considérer la notion de proche *lato sensu*[379].

Une diversité des tiers dans la volonté des soins psychiatriques sans consentement. Les SPSC à la demande d'un tiers regroupent deux hypothèses prévues par le CSP aux articles L. 3212-1 et suivants : l'hypothèse de droit commun désignée par la formulation « admission en soins à la demande d'un tiers » (SDT) et les cas plus spécifiques « en cas de péril imminent » (SPI) ou « en cas d'urgence » (SDTU). Outre les formalités d'admission qui varient, le tiers à l'origine de cette demande ne présente pas les mêmes liens à l'égard du patient.

Dans la procédure de SDT, le tiers se confondra avec la notion de proche[380]. Le législateur reprend ainsi une solution du Conseil d'État en 2003[381] selon lequel « le tiers demandeur de soins ne pouvait être qu'une personne justifiant d'un lien de parenté avec le malade » ou « de l'existence de relations antérieures à la demande lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci ». *A contrario*, dans les cadres du péril imminent ou de l'urgence, le tiers sera matérialisé par le directeur de l'établissement de soins.

Dans les SPI et la SDTU, le législateur a pris en compte les difficultés[382] qui pouvaient se présenter dans l'instauration de cette démarche de soins. Ainsi, « en cas d'urgence (…), le directeur d'un établissement (…) peut, à titre exceptionnel, prononcer (…) l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement[383] ». Si l'admission en cas d'urgence ou de péril imminent ne nécessite pas de demande préalable formulée par un proche du patient, cette procédure ne doit pas être utilisée à mauvais escient. En effet, les deux procédures dérogatoires se justifient par un intérêt thérapeutique au regard de la situation pathologique du patient et non de sa situation sociale et/ou

[379] C'est le choix opéré par le législateur dans le Code de déontologie médicale aux articles R. 4127-1 et suivants du CSP.
[380] Posée à l'article L.3212-1 II 1° du CSP, la demande de SDT peut être présentée « par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade ». Dans cette hypothèse, la notion de tiers est tenue pour synonyme de proche du patient. Elle sous-entend un lien préexistant entre le tiers à l'origine de la demande et le patient admis en soins psychiatriques sans consentement. La jurisprudence précise que « ce lien préexistant doit impérativement être valide au moment de la demande. Ainsi, la demande d'admission formulée par un mari à l'encontre de son épouse alors que ces derniers sont en procédure de divorce ne confère pas qualité au mari pour être à l'origine d'une telle demande » (CA Montpellier, 31 mai 2018, n° 18/02632). De plus, l'article L.3212-1 II prévoit également que « la personne chargée, à l'égard d'un majeur protégé, d'une mesure de protection juridique à la personne peut faire une demande de soins pour celui-ci ».
[381] CE, 3 décembre 2003, *CHS de Caen*, nº 244867.
[382] Elles sont principalement au nombre de trois : la difficulté pour trouver un médecin susceptible de vouloir concourir à la mise en place d'une telle démarche de soins, l'imprévisibilité des troubles mentaux, mais également la peur des proches d'initier une telle démarche. En principe, cette « crainte » est atténuée par le fait qu'en cas de demande de son dossier, le patient n'a pas accès aux informations transmises par des tiers ou qui mentionnent l'identité d'un tiers, en application de l'article L. 1111-7 du CSP.
[383] Article L. 3212-3 du CSP.

personnelle. Elles ne doivent pas être utilisées pour détourner la procédure de droit commun.

Une présence des tiers familiaux *a posteriori*. Par ailleurs, dans le cadre des SPI, le tiers « familial » n'est pas complètement étranger à la procédure. Le directeur doit informer les proches ou, le cas échant, la personne chargée de la protection juridique du patient, ou toute autre personne justifiant de liens avec le patient lui donnant qualité à agir dans l'intérêt de la personne hospitalisée dans un délai de 24 heures[384]. Le non-respect de cette obligation entraine la mainlevée immédiate de la mesure et caractérise, pour le directeur, un manquement à ses obligations[385]. À l'issue de cette information, les tiers « familiaux » sont en droit de demander eux-mêmes la mainlevée de la mesure. Cependant, il ne sera pas obligatoirement fait droit à leur demande, en particulier si « l'arrêt des soins entraine un péril imminent pour la santé du patient » ou si « l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public[386]».

Une association originale des tiers familiaux et professionnels en psychiatrie. Dans toutes les hypothèses de SPSC, les tiers familiaux et professionnels concourent à la protection de la santé du patient en lui permettant d'accéder aux soins que nécessite sa condition. Si ce partage des rôles s'illustre clairement au moment de l'admission du patient, l'intervention des tiers familiaux peut se poursuivre au cours du processus de soins soit de manière générale, soit dans le cadre de la mission spécifique de la personne de confiance[387]. Cette « association » des professionnels de santé et du cercle familial du patient tranche radicalement avec la situation existante en milieu pénitentiaire.

Une exclusion des tiers en milieu pénitentiaire. Contrairement aux SPSC, l'association des tiers familiaux aux problèmes de santé de la personne détenue n'est pas ou peu envisagée. Pourtant, aucune disposition normative ne s'oppose à cette démarche. Dans les faits, l'accès des tiers en milieu carcéral est limité au droit de visite des proches et aux entretiens que la personne détenue peut avoir avec son avocat. Lors de ces échanges,

[384] Article L. 3212-1 II alinéa 6 du CSP.
[385] Cass, Civ., 1ère, 18 décembre 2014, n° 13-26816.
[386] Article L. 3212-9 du CSP.
[387] À la lecture de l'article L 1111-6 du CSP, rien ne s'oppose au fait qu'un patient admis en SPSC désigne une personne de confiance, peu importe le lieu de soin. D'ailleurs, le CSP associe pleinement la personne de confiance au processus des SPSC comme en témoigne l'article L 3211-11-1 du même code qui dispose qu'« afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques (…) peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée : 1° Sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Les personnes malades sont accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée en application de l'article L. 1111-6 du présent code, pendant toute la durée de la sortie ».

exception faite des entretiens avec le conseil pour évoquer une demande de suspension médicale de peine[388], la santé de la personne incarcérée est très rarement abordée. Pour ne pas inquiéter leurs proches, nombreux sont les détenus à ne pas vouloir évoquer la réalité de la vie carcérale et à vouloir se concentrer exclusivement sur la vie à l'extérieur des murs de la prison[389]. Pourtant, ils pourraient être de précieux soutiens et alliés dans la mise en place ainsi que dans le suivi assidu d'un protocole de soins. La principale difficulté réside dans les procédures requises qui peuvent être lourdes[390].

Malgré les spécificités qui entourent la prise en charge de nos patients, le législateur tente de mettre en place des dispositifs pour assurer le plus directement possible l'expression de leur volonté à l'égard de l'accès aux soins. Cependant, pour des questions sanitaires, voire sécuritaires, le respect de cette volonté ne peut être absolu et justifie parfois l'intervention de l'autorité publique en la matière.

B : Un accès aux soins imposé par l'autorité publique

Des soins ordonnés par l'autorité étatique ou judiciaire. Lorsque nous évoquons les soins imposés par l'autorité publique, nous pensons principalement aux mesures imposées par le préfet ou le maire dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement à la demande du représentant de l'État (SPDRE) (1). Il n'est pas la seule autorité publique à pouvoir mettre en œuvre de telles mesures. Le juge répressif peut également intervenir (2).

[388] V. article 720-1 et suivants du CPP.
[389] V. notamment TOURAUT Caroline, *La famille à l'épreuve des prisons*, Paris, PUF, coll. « Le lien social », 2012.
[390] Même dans le cadre médical, l'octroi d'un permis de visite est obligatoire. Ces demandes sont régies par les articles L. 341-1 et suivants ainsi que R. 341-1 et suivants du Code pénitentiaire.

1) Un accès aux soins classiquement imposé par l'autorité administrative

Un pouvoir historiquement reconnu. Hormis les hypothèses de vaccinations obligatoires[391] et les récentes hypothèses issues de l'état d'urgence sanitaire[392], les interventions de l'État pour imposer des mesures de soins sont relativement limitées. Une fois encore, les SPSC constituent une exception. Depuis 1838[393], l'autorité administrative est un acteur indissociable en la matière. Son action a évolué au gré de l'avancée des connaissances sur la santé mentale et de la compréhension des maladies psychiques. De ce fait, les modalités de son intervention prévues aux articles L.3213-1 et suivants du CSP varient selon que l'impératif de soin nécessite une prise en charge sur le long terme ou réponde à un besoin ponctuel et provisoire.

Une intervention conditionnée à un besoin de soins et une nécessité sécuritaire. Comme les procédures de soins à la demande d'un tiers, les SPDRE sont conditionnés, en premier lieu, à l'existence de « troubles mentaux qui nécessitent des soins ». Ils doivent s'apprécier de manière proportionnée, au même titre que tout autre soin. Ce premier critère ne soulève donc pas de difficultés particulières. En revanche, à l'égard du critère sécuritaire, quelques précisions s'imposent. Si ce dernier fut exigé dès l'origine de la procédure[394], le législateur a dû nuancer son propos afin d'éviter la mise en place de soins arbitraires. Depuis la loi du 5 juillet 2011[395], le critère sécuritaire de cette modalité de soins repose sur une atteinte « grave » à l'ordre public. Il est interprété de manière stricte par la jurisprudence dans la mesure où la décision du représentant de l'État peut être entachée de nullité si les troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou ceux qui porteraient gravement atteinte à l'ordre public ne sont pas suffisamment constatés[396]. Cependant, cette « gravité » n'est pas définie par le législateur et place les personnes atteintes de troubles mentaux dans une potentielle situation d'inégalité juridique[397]. C'est

[391] Article L. 3111-2 du CSP.
[392] Mesure instaurée initialement par la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19, JORF n° 0072 du 24 mars 2020, Texte n° 2.
[393] Loi du 30 juin 1838 sur l'enfermement des aliénés, dite Loi ESQUIROL.
[394] Article 18 de la loi ESQUIROL : « À Paris, le préfet de police et, dans les départements, les préfets prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 331 des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes ».
[395] 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, JORF n° 0155 du 6 juillet 2011, Texte n° 1.
[396] Cass., Civ. 1ère, 31 mars 2021, n° 20-11.705. V. également Cass., Civ. 1ère, 12 janvier 2022, n° 20-16.311.
[397] En l'absence de critères objectifs d'évaluation, le risque est qu'un comportement soit « sanctionné » différemment selon le lieu dans lequel le patient se trouve. À cet égard, la mise en place d'un outil d'évaluation commun entre tous les représentants étatiques permettrait de corriger ces potentielles inégalités.

la raison pour laquelle, outre le critère thérapeutique et sécuritaire, le législateur a imposé des exigences de formes tant à l'égard du représentant de l'État[398] que des médecins[399].

Un formalisme biaisé par la réalité médicale. Dans le cadre des règles formalistes imposées par la loi, nous pouvons regretter le fait que le législateur n'ait pas rendu obligatoire l'examen par un psychiatre. Néanmoins, face à la pénurie de professionnels dans ce secteur, une telle démarche aurait sans doute constitué une atteinte encore plus grande à l'égard des droits du patient en ne leur permettant pas d'accéder aux soins en temps utile. Par souci d'indépendance, il aurait été également souhaitable que l'exigence d'extériorité du médecin auteur du certificat initial soit imposée. Face à ces situations, la vigilance et le contrôle du juge des libertés et de la détention (JLD) seront indispensables afin d'éviter tout abus. Cette attention sera d'autant plus souhaitable en cas de danger imminent.

Une procédure d'exception fondée exclusivement sur un impératif sécuritaire. En cas de danger imminent[400], la procédure fait apparaitre que l'impératif thérapeutique est complètement exclu au bénéfice exclusif de l'impératif d'ordre public[401]. Si les autres procédures mettent en avant l'exigence d'un certificat médical circonstancié, le législateur évoque ici un « simple » avis médical[402]. Dans la mesure où la loi ne donne aucune précision sur la qualité du praticien à l'initiative de la rédaction de ce document, ce

[398] Vis-à-vis du représentant de l'État, la loi impose la rédaction d'un arrêté motivé (article L. 3213-1 du CSP). Ce dernier doit s'appuyer sur un certificat médical qui doit être annexé à la procédure (CE, 3 novembre 1997, n° 146447) ou dont le contenu doit être repris dans la rédaction de l'arrêté (CE, 27 mai 2011, n° 330267 B). Il doit également relater précisément et objectivement les circonstances dans lesquelles la procédure s'inscrit. La jurisprudence administrative se montre parfois très exigeante. À titre d'exemple, il a été jugé que des arrêtés prescrivant l'hospitalisation d'office pouvaient être annulés s'ils étaient insuffisamment motivés et que les certificats médicaux, aux vues desquels les mesures avaient été prises, n'étaient pas suffisamment circonstanciés et n'avaient pas été notifiés aux personnes intéressées (CAA Marseille, 6 juillet 2000, n°99MA05523 et n°99MA05524. V. également TGI Versailles, 25 juin 2004, n° 04/00069). De plus, bien que cela paraisse *a priori* évident, au point que le législateur ne le précise pas dans la formulation de la loi, la rédaction de l'arrêté doit être faite par le préfet ou toute autre personne ayant reçu valablement une délégation de sa part. L'inobservation de cette règle constituera une irrégularité de procédure et pourra concourir à la mainlevée de la mesure (TA Bordeaux, 4 février 2014, n° 1203764).

[399] La loi précise que le certificat médical circonstancié ne doit pas émaner d'un « psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil ». En conséquence, le premier certificat médical circonstancié dans le cadre de cette procédure peut être rédigé par un autre médecin de l'établissement d'accueil ou par un médecin, psychiatre ou non, d'un autre établissement. Dans le premier cas, cela signifie qu'un médecin de l'établissement d'accueil peut signer le certificat médical circonstancié dès lors qu'il n'exerce pas la spécialité de psychiatre (CAA Nancy, 7 janvier 2008, n°06NC01639. Solution confirmée par CE, 9 juin 2010, n° 321506 A). Dans le second cas, cet état de fait constitue une potentielle atteinte aux droits des patients dans la mesure où les largesses de la loi permettent, en outre, le recours à un médecin ayant des intérêts à la procédure, que ce soit vis-à-vis du patient, du représentant de l'État ou encore de l'établissement d'accueil. À cet égard, nous pouvons observer une dissonance au sein de la jurisprudence de l'ordre judiciaire. Dans une décision de la Cour d'appel de Versailles en date du 11 octobre 2016 (n° 16/07153), les juges du fond avaient adopté une position très protectrice du patient en sanctionnant l'hypothèse d'un certificat médical rédigé par un praticien non-médecin extérieur à l'établissement d'accueil. L'arrêt fut infirmé par les juges du Quai de l'Horloge qui estima que « s'il ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, le certificat initial préalable à l'arrêté du représentant de l'État dans le département peut être établi par un médecin non-psychiatre de cet établissement ou par un médecin extérieur à celui-ci, qu'il soit ou non psychiatre (Cass., Civ. 1ère, 15 juin 2017, n° 17-50.006).

[400] Article L. 3213-2 du CSP.

[401] À cet égard, il nous faut saluer l'intervention forcée du législateur qui supprima la possibilité de recourir à cette procédure au regard de la « notoriété publique », réduisant ainsi quelque peu le caractère arbitraire de la démarche. Texte abrogé par le Conseil constitutionnel dans le cadre d'une QPC n° 2011-174 du 6 octobre 2011.V. notamment HAUSER Jean, « Hospitalisation d'office : la rafale des annulations, *RTD Civ*., 2012, p. 92.

[402] Contrairement au certificat, l'avis médical ne nécessite pas obligatoirement l'examen de la personne susceptible de faire l'objet de soins psychiatriques sans consentement.

dernier peut donc émaner d'un médecin, psychiatre ou non, exerçant ou pas au sein de l'établissement d'accueil[403]. Si la largesse de la formule a pour but de faire admettre au plus tôt la personne souffrant de troubles psychiatriques et présentant un danger imminent dans un établissement de soins adapté, des interrogations peuvent émerger, en particulier si ledit praticien exerce au sein de l'établissement d'accueil[404]. Pour tenter de contrebalancer ce risque arbitraire, il faut souligner que cette mesure s'inscrit dans une démarche d'urgence, dont le caractère est nécessairement provisoire. La jurisprudence se montre relativement stricte à cet égard et juge caduques toutes les mesures n'ayant pas été soumises à l'approbation du préfet dans les quarante-huit heures prévues par la loi[405]. Cette rigueur est néanmoins atténuée dans la mesure où les éventuelles irrégularités soulevées par le juge à l'encontre de l'arrêté municipal ne sont pas de nature à entacher la légalité de l'arrêté préfectoral ultérieur[406].

L'autorité étatique face à l'urgence psychiatrique en prison. Parce que les pathologies mentales sont fréquentes en prison[407], le législateur a également prévu l'hypothèse d'un danger imminent en prison à l'article L. 3214-3 du CSP[408]. Celle-ci exige un certificat médical circonstancié. Dans la mesure où seul le psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil est exclu, ce document peut donc être établi par tout autre médecin membre de l'USMP. Cette option sera sans doute à privilégier car le professionnel de santé peut avoir plus facilement connaissance des antécédents médicaux du patient détenu. Dans cette hypothèse, seule une hospitalisation complète peut être mise en place dans cette hypothèse.

Dans ce cas, l'autorité administrative responsable de cette décision n'est pas cantonnée à sa propre délimitation géographique. Aucune disposition ne s'oppose à ce que le préfet ordonne l'admission d'un patient détenu dans un département autre que celui de son ressort. L'article R. 3214-1 alinéa 3 du CSP[409] a été rappelé par la Cour d'appel

[403] C. const., Mme Oriette P, *op.cit.*
[404] À cet égard, des garanties supplémentaires semblent donc s'imposer. Si l'urgence de la situation justifie le fait de pouvoir avoir recours à n'importe quel médecin, toute spécialité médicale confondue, une exigence d'impartialité s'impose. S'inspirant des critères énoncés par la CEDH pour évaluer l'impartialité des juges dans l'arrêt *Piersack c/Belgique* (CEDH, 1er octobre 1982, *Piersack c/Belgique*, req. n° 8692/79), l'instauration d'une impartialité objective et subjective constituerait un rempart contre les mesures arbitraires d'admission. Ce dernier se traduirait par l'interdiction pour un médecin présentant des liens (contractuels, de filiation ou affectifs), actuels ou passés, avec le patient ou le représentant de l'État, d'établir ledit certificat médical.
[405] TA Lyon, 6 octobre 1992, n° 91-01651.
[406] CE, 9 juin 2010, n° 321506.
[407] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 22 novembre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux*. Dans cet avis, il souligne également que la dernière étude épidémiologique générale réalisée en France sur la santé mentale de personnes détenues remontait à 2007. Une étude lancée conjointement par les ministères de la Justice et de la Santé devrait combler ce manque.
[408] Article L. 3214-3 du CSP.
[409] Article R. 3214-1 alinéa 3 du CSP.

d'Orléans[410]. Ainsi, le préfet du département dans lequel est situé l'établissement pénitentiaire d'affectation du détenu a compétence pour prendre un arrêté d'admission en soins psychiatriques, peu importe la localisation de l'établissement de soins[411]. Cette « extension » de compétence se poursuit en cas de prolongation de la mesure comme le souligne la Cour de cassation dans un avis en date du 19 janvier 2015[412]. Dans tous les cas, l'exercice des pouvoirs dévolus au préfet en la matière doit impérativement se faire dans un strict souci de maintien de l'ordre public. Cette ligne de conduite est quelque peu différente de celle suivie par l'autorité judiciaire en matière de soins imposés.

2) Un accès aux soins ordonné par l'autorité judiciaire

Une prérogative réservée au juge pénal. Le juge constitue une « autorité reconnue pour trancher un différend, qui est désignée pour juger ; chacun est investi officiellement de l'autorité de rendre la justice et de dire le droit[413]». Aussi, évoquer son intervention dans le cadre d'une mesure de soins peut surprendre. Pourtant, la mise en œuvre d'une telle démarche peut être initiée par le juge pénal dans l'hypothèse d'une décision d'irresponsabilité pénale[414] ou à l'occasion du prononcé d'une peine.

Irresponsabilité pénale et soins imposés. Prévue par l'article 122-1 du Code pénal[415], l'irresponsabilité pénale pourra s'appliquer à toutes les formes de l'aliénation mentale qui enlèvent à l'individu le contrôle de ses actes au moment même où il les a

[410] CA Orléans, 10 avril 2019, n° 19/00023.
[411] SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Soins psychiatriques sans consentement aux détenus : une compétence préfectorale partagée », *Revue Droit & Santé*, n° 90, p. 681.
[412] Cass., avis, 19 janvier 2015, n° 15001. « Dans l'hypothèse où le représentant de l'État qui a prononcé une mesure de soins psychiatriques sans consentement décide du transfert de la personne dans un établissement situé dans un autre département, seul le représentant de l'État dans le département où est situé l'établissement d'accueil a qualité, après le transfert, pour saisir le juge des libertés et de la détention ».
[413] *Trésor de la langue française* (en ligne), V. Juge.
[414] La notion d'irresponsabilité pénale fut consacrée par le Code pénal de 1810 à la suite notamment des travaux de PINEL et ESQUIROL. Si l'on se réfère aux dispositions de l'article 64 de l'ancien Code pénal (Il n'y a ni crime, ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action), cette dernière était connue sous le nom de démence. Elle constituait, avec la contrainte, l'une des deux causes de non-imputabilité de l'infraction à son auteur. À l'heure actuelle, la notion de démence a été remplacée par la terminologie « trouble psychique ou neuropsychique », prenant ainsi en considération l'évolution des connaissances scientifiques en la matière.
[415] Article 121-1 du Code pénal : « N'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ».

commis[416], à condition que ce trouble ne soit pas causé par la prise de substances illicites[417]. Dans ce contexte, le juge peut ordonner des SPSC[418] en application de l'article 706-135 du CPP[419]. Pour ce faire, il faut qu'il soit établi « par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la procédure que 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 ». Cette admission s'effectue sous la forme d'une hospitalisation complète en application de l'article L. 3213-1 du CSP.

Pénologie et soins imposés. À côté des observations relatives à l'irresponsabilité pénale, d'autres interrogations émergent au regard de notre corpus pénologique.

Actuellement, les peines sont subdivisées en cinq catégories : les peines principales, les peines alternatives, les peines complémentaires, les peines accessoires et les peines obligatoires[420]. Bien que cela ne soit pas visible au premier abord, certaines de ces mesures comportent une démarche d'accès aux soins. Tel est le cas de l'injonction thérapeutique, de l'obligation de soins et de l'injonction de soins.

L'injonction thérapeutique. Selon l'article L.3413-1 du CSP, l'injonction thérapeutique est une mesure « de soins ou de surveillance médicale ». Elle est destinée aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants ou une consommation habituelle et excessive d'alcool. Dans un premier temps, elle peut être qualifiée de mesure alternative

[416] Cette disposition s'applique aux affections de l'intelligence, aussi bien congénitales qu'acquises par l'effet d'une maladie. Il vise non seulement la folie générale, mais aussi la folie spécialisée ou localisée. De plus, il importe peu que le trouble soit continu ou intermittent ; dès l'instant qu'il a été commis sous l'influence de ce trouble, l'acte délictueux est considéré comme celui d'un irresponsable. BOULOC Bernard, *Droit pénal général*, 26ème éd., Paris, Dalloz, coll. Précis, 2019, p. 392.

[417] Selon le nouvel article 122-1-1 du Code pénal, « le premier alinéa de l'article 122-1 n'est pas applicable si l'abolition temporaire du discernement de la personne ou du contrôle de ses actes au moment de la commission d'un crime ou d'un délit résulte de ce que, dans un temps très voisin de l'action, la personne a volontairement consommé des substances psychoactives dans le dessein de commettre l'infraction ou une infraction de même nature ou d'en faciliter la commission ». Loi n° 2022-52 du 24 janvier 2022 relative à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure, JORF n° 0020 du 25 janvier 2022, Texte n° 1.

[418] Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, JORF n° 0048 du 26 janvier 2008, JORF n° 0048 du 26 février 2008, Texte n° 1.

[419] Article 706-135 du CPP : « Lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut ordonner, par décision motivée, l'admission en soins psychiatriques de la personne, sous la forme d'une hospitalisation complète ».

[420] La peine principale sert de référence pour qualifier l'infraction en crime, délit ou contravention. Dénommées parfois sous l'expression « peine de référence », ces peines sont obligatoirement présentes pour chaque infraction conformément à la doctrine de BECCARIA. Les peines alternatives, parfois nommées « peines de substitution » peuvent, si la loi le prévoit, se substituer à la peine principale encourue. Cette possibilité n'est offerte aux juges que pour les délits (articles 131-4-1 et 131-8-1 du Code pénal) ainsi que pour les contraventions de la cinquième classe (articles 131-14 et 131-15-1). Elles viennent se rajouter à la peine principale. Cependant, contrairement aux peines alternatives, elles doivent être prévues par la loi pour chaque infraction auxquelles elles ont vocation s'appliquer. N'étant pas obligatoires, elles doivent impérativement être prononcées par le juge pour être effectives. Les peines accessoires sont encourues de plein droit dès le prononcé par le juge de la peine principale adéquate. Ce point est pourtant contraire à l'article 132-17 du Code pénal selon lequel « aucune peine ne peut être appliquée si la juridiction ne l'a pas expressément prononcée ».

aux poursuites[421] selon les dispositions de l'article 40-1 du CPP ainsi que de l'alinéa 3 de l'article L 3423-1 du CSP[422]. Contrairement à l'obligation de soins ou à l'injonction de soins, elle peut être prescrite au cours de la mise en examen, mais également à titre de peine complémentaire[423]. Dans tous les cas, bien que la mesure de soins soit imposée, la personne dispose encore des prérogatives du « patient libre ». Elle peut donc choisir son praticien ainsi que son établissement d'accueil pour exécuter la mesure[424]. Cependant, ce choix devra permettre une exécution satisfaisante de la mesure et la jurisprudence se montre particulièrement stricte[425] sur ce point.

L'obligation de soins. L'obligation de soins[426] désigne le dispositif envisagé à l'article 132-45 3° du Code pénal[427]. L'interprétation littérale du texte indique que cette mesure tend uniquement à s'appliquer dans le cadre de l'usage de stupéfiants ou d'une consommation habituelle et excessive d'alcool. Sur le plan médical, ces comportements relèvent de l'addictologie. Cette influence est perceptible car l'opportunité d'une telle mesure doit au préalable être évaluée dans le cadre d'un examen médical[428]. Par ailleurs, l'obligation de soins présente un formalisme moindre que l'injonction de soins. En effet, il est demandé au probationnaire de se faire suivre médicalement ou psychiatriquement et d'apporter la preuve de ce suivi au moyen d'une attestation[429]. Contrairement à l'injonction de soins, la présence d'un médecin coordonnateur n'est pas exigée.

[421] Les mesures d'alternatives aux poursuites sont des procédures initiées par le procureur de République qui se substituent au déclenchement de l'action publique. Ces procédures sont prévues aux articles 41-1 et suivants du CPP. En cas de succès de ces différentes mesures, l'action publique n'est pas mise en œuvre et la procédure s'arrête à la fin de la mesure. En cas d'échec, l'action publique est déclenchée et le procès pénal se poursuit selon les règles classiques de procédure.

[422] « L'action publique n'est pas exercée à l'encontre des personnes qui se soumettent à la mesure d'injonction thérapeutique qui leur est ordonnée et la suivent jusqu'à son terme ». La jurisprudence précise qu'il appartient à l'intéressé qui se soumet spontanément à une cure de désintoxication de faire état de sa démarche devant le tribunal (Cass., Crim., 4 mai 1972, n°71-MI450 P).

[423] Article L. 3425-1 du CSP.

[424] Ce choix peut se porter sur un établissement à l'étranger à condition que les modalités d'exécution soient conformes aux garanties attendues sur notre sol. Cass. Crim., 16 octobre 1975, n° 74-90.871.

[425] Dans un arrêt de la Cour de cassation, chambre criminelle en date du 21 octobre 2015 (n° 14-82.832), la Haute juridiction a considéré que « la thérapie suivie par le prévenu auprès d'un psychiatre n'équivaut pas au traitement assuré lors de l'admission dans un dispensaire ou établissement de santé, prévu à l'article L. 3414-1 du code de la santé publique ». Dans les faits, le prévenu avait suivi une psychothérapie en ville et non une cure de désintoxication dans un dispensaire ou un établissement de santé comme l'exige la lettre de l'article L. 3414-1 du code de la santé publique et voulait faire valoir cette démarche comme cause d'extinction de l'action publique. V. notamment MISTRETTA Patrick, « Ne pas confondre injonction thérapeutique et thérapie suivie par un psychiatre », *RSC*, 2016, p. 349.

[426] L'obligation de soins peut se définir comme une « obligation de se soumettre à des mesures d'examen, de traitement ou de soins même sous le régime de l'hospitalisation notamment aux fins de désintoxication ou de suivi psychologique ou psychiatrique », ou en matière de violences conjugales, comme « une obligation de faire l'objet d'une prise en charge sanitaire, sociale ou psychologique. DUGAST Céline, TAESCH LECLERC Hélène, *L'obligation de soins, Comité européen pour les problèmes criminels, Conseil de coopération pénologique*, 20 septembre 2012, (en ligne).

[427] Selon l'article 132-45 3° du Code pénal, « la juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes : (…) 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Les mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparait que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ».

[428] Article L. 3413-2 du CSP.

[429] En l'espèce, le choix du praticien et de l'établissement est laissé à la libre appréciation du patient.

L'injonction de soins. L'injonction de soins a été introduite par la loi n° 98-468 du 17 juin 1998[430]. Initialement réservée aux violences sexuelles, le législateur a progressivement ouvert cette mesure à d'autres infractions[431]. Elle repose sur un dispositif pluridisciplinaire matérialisé par le triangle « Prison – Hôpital – Justice ».

Sur le plan juridico-carcéral, cette mesure nécessite une surveillance accrue de la mesure de la part des conseillers d'insertion et de probation. L'aspect médical est assuré par un binôme formé par un psychiatre ou un psychologue ainsi qu'un médecin coordonnateur[432]. Ce dernier joue le rôle d'intermédiaire entre la justice et la santé[433]. Il garantit le respect des valeurs et des principes déontologiques liés au milieu médical, dont le respect du secret professionnel, « en permettant aux seules informations confidentielles nécessaires de circuler entre les différents intervenants dont il est en quelque sorte l'intermédiaire obligé ou du moins privilégié[434]». Cependant, le fait que cette procédure soit obligatoirement pilotée par un médecin coordonnateur ayant la qualité de psychiatre ou « ayant suivi une formation appropriée établie par le procureur de la République », tend à saturer[435] très rapidement l'efficacité de ce dispositif, tant les professionnels se font désormais rares en la matière[436].

Mesures de soins ou mesures punitives ? Si la capacité d'exprimer ou non un consentement ainsi que la « dangerosité » de la personne semblent être les deux pivots de toutes ces mesures, il n'est pas certain que ces dernières soient les plus profitables au patient. En effet, peut-on réellement considérer qu'une mesure de soin est librement choisie si son refus entraine des sanctions ? Comme le souligne Mathias COUTURIER, « on doit interroger sur la nature de ce consentement dans la mesure où l'on peut envisager, du fait de l'existence de cette contrainte morale, qu'il soit vicié puisqu'offert sous la menace. En

[430] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, JORF n° 0139 du 18 juin 1998.
[431] V. notamment l'article 706-47-1 du CPP, issu de la rédaction de la loi n° 2018-703 du 3 août 2018. À titre d'exemple, peuvent être soumises au prononcé de cette mesure les atteintes volontaires à la vie (articles 221-1 à 221-5-1 du Code pénal) ou encore toutes les infractions en matière de terrorisme, peu importe que ces dernières soient de nature criminelle ou délictuelle (article 421-8 du Code pénal).
[432] Désigné par le JAP ou le juge des enfants (JE) pour les mineurs, le médecin coordonnateur est désigné sur une liste préalablement déterminée par le procureur de la République près le Tribunal judiciaire concerné. Il a l'obligation de rendre compte de sa mission au JAP ou au JE sous la forme d'un rapport au moins une fois par an.
[433] DELPA Pierre-André, « L'injonction de soins, dernier-né des soins pénalement ordonnés : innovation thérapeutique ou commande sociale ? », *RGDM*, n° 75, juin 2020, p. 188.
[434] *Ibidem.*
[435] Lors d'une étude menée par Virginie GAUTRON en juin 2017, les recommandations de soins étaient extrêmement fréquentes (environ 91 % des demandes). Face à ce chiffre particulièrement élevé, il convient de se demander si ce dernier est justifié par une nécessité médicale ou par crainte de l'engagement futur d'une responsabilité professionnelle en cas de récidive ou de réitération de l'individu. V°. GAUTRON Virginie (dir.), *(Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin*, Rapport final, Recherche réalisée avec le concours de la Mission de recherche Droit et Justice, Juin 2017.
[436] Pour une étude complète sur les soins pénalement ordonnés, V. notamment HERZOG-EVANS Martine, *Droit de l'exécution des peines*, 6ème éd., Paris, Dalloz, coll. Dalloz Action, 2022.

somme, le consentement aux soins ne serait pas “libre” comme l’exige l’article L. 1111-4 du CSP[437] ». En effet, si la seule possibilité pour le patient d’échapper à la peine complémentaire prononcée par le juge pénal réside dans l’accomplissement complet d’une mesure de soins, une telle situation s’apparente davantage à du chantage qu’à un réel consentement. Dans cette perspective, l’instauration de critères complémentaires s’impose afin de garantir au patient un meilleur respect de ses droits. Un tel dispositif doit également être complété par des structures adaptées aux différentes contraintes inhérentes en la matière.

§ 2 : Une qualité des soins assurée par l’instauration de structures spéciales

Une particularité organisationnelle des soins en milieu pénitentiaire. Le délicat maintien de l’équilibre « impératif sécuritaire »/« impératif sanitaire » impose l’instauration de structures de soins spécialement dédiées à la prise en charge des patients. Avant d’aborder ce point, il convient de souligner la singularité de l’organisation des soins en prison. En effet, cette dernière est structurée sur 3 niveaux[438], dont la délimitation repose essentiellement sur les capacités techniques de l’USMP. Ce système ne se rencontrera pas dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement.

Des bases organisationnelles néanmoins communes. Pour autant, si nous écartons cette spécificité, les SPSC partagent une dynamique de construction commune avec le milieu carcéral. Parce que les contraintes matérielles ne permettent pas toujours une prise en charge du patient au sein de la structure d’accueil, certains soins doivent être

[437] COUTURIER Mathias, « La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle », *RDSS*, 2012, pp.121-122.

[438] L’organisation des soins repose sur deux dispositifs, l’un pour les soins somatiques, le second pour les soins psychiatriques, organisés en trois niveaux : le niveau 1 regroupe des soins ambulatoires au sein de l’USMP : les consultations, les prestations et activités, y compris les centres d’accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) ; le niveau 2 regroupe les soins requérant une prise en charge à temps partiel (hôpital de jour en psychiatrie et chambres sécurisées). Les soins somatiques de niveau 2 sont réalisés au sein de l’établissement hospitalier de rattachement tandis que les soins psychiatriques sont réalisés au sein des USMP dans le cas de l’hospitalisation de jour en psychiatrie ; le niveau 3 regroupe les soins requérant une hospitalisation à temps complet. Les soins de niveau 3 sont réalisés au sein des UHSI, de l’établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF), des UHSA et des UMD. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 142.

effectués à l'extérieur de l'institution au sein de laquelle le patient est retenu. Ce dualisme organisationnel se chevauche avec une autre distinction, plus usitée dans le monde médical à savoir le dualisme des soins somatiques (A) et des soins psychiatriques (B).

A : Les structures de soins réservées à la prise en charge des soins somatiques

Définition et organisation des soins somatiques. Les soins somatiques sont relatifs aux pathologies relatives au corps humain. Ces dernières proviennent de causes physiques[439], *a contrario* des soins psychiatriques qui puisent principalement leur source dans une cause psychique. Pour autant, il ne faut pas conclure à l'absence de lien entre ces deux cadres de soins. Une pathologie mentale pourra engendrer des troubles qui nécessiteront une prise en charge somatique, en particulier s'ils engendrent des comportements qui portent atteinte à l'intégrité physique du patient[440]. De même, il est possible qu'un trouble mental puise sa cause dans une pathologie somatique[441]. Ce lien entre les pathologies somatiques et psychiatriques n'est pas propre aux patients DSPSC. Au même titre que pour les patients libres, le recours aux soins somatiques peut revêtir un degré d'urgence variable. Ce critère, combiné aux possibilités offertes par le plateau technique présent au sein de l'établissement d'accueil du patient, déterminera si la prise en charge de ce dernier doit se faire *intra-muros* (1) ou à l'extérieur de ce dernier (2).

[439] *Trésor de la langue française* (en ligne) V. Somatique.
[440] À titre d'exemple, nous pouvons citer les troubles liés à l'automutilation.
[441] Tel est le cas de l'anxiété qui peut trouver sa cause dans un trouble hormonal.

1) La prise en charge des soins somatiques au sein de l'établissement d'accueil

Les missions de l'USMP en milieu pénitentiaire. La circulaire du 8 décembre 1994[442] imposa aux établissements de santé de rattachement[443] de créer une structure dédiée à leur mission de soin[444] au sein de l'établissement pénitentiaire. Initialement dénommées « unités de consultations et de soins ambulatoires » (UCSA), elles sont remplacées en 2012 par les unités sanitaires en milieu pénitentiaire (USMP) dont les missions sont définies à l'article R. 115-21 du Code pénitentiaire. Selon le guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice[445] (Guide méthodologique), « le dispositif de soins somatiques assure l'ensemble des consultations de médecine générale et de spécialités, dont les consultations dentaires et les prestations pouvant découler de celles-ci. Ce dispositif assure les repérages et dépistages des personnes détenues à leur arrivée en établissement pénitentiaire, la permanence et la continuité des soins. Il coordonne les actions de prévention[446]». L'USMP assure donc la prise en charge des soins somatiques des personnes détenues qui ne nécessitent pas une hospitalisation extracarcérale. Elle assure également le suivi particulier des personnes placées en quartier d'isolement ou en quartier disciplinaire ainsi que des personnes détenues qui effectuent une grève de la faim et/ou de la soif[447]. Pour mener à bien cette mission, l'équipe de soins doit être composée de plusieurs professionnels issus de spécialités différentes, mais également

[442] Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995.
[443] L'article R. 6111-36 du CSP indique que le protocole signé entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de rattachement doit prévoir les modalités de fonctionnement et d'organisation de cette unité. Parmi les obligations imposées à chaque établissement se trouve l'élaboration d'un projet d'établissement. Ce document a pour objectif de fixer les grandes « lignes de conduite » de l'établissement pour une période déterminée (généralement 5 ans). À cet égard, l'organisation des soins en milieu pénitentiaire est une composante de ce projet, comme le souligne le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.
[444] Cette mission est principalement évoquée aux articles R. 6111-27, R. 6111-32 et R. 6111-33 du CSP.
[445] Initialement issu du décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, le Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice a été modifié en 2012, puis en 2017. La dernière révision date de janvier 2019. Une réactualisation était prévue pour l'année 2023 mais n'a toujours pas été publiée au moment où nous finalisons cette étude (octobre 2024).
[446] MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 143.
[447] Article R. 322-4 du Code pénitentiaire.

des personnels paramédicaux[448]. Par ailleurs, sur le plan matériel, l'établissement pénitentiaire doit réserver des cellules situées à proximité de l'unité[449].

Une prise en charge plus complexe en psychiatrie. À l'égard des patients en SPSC, nous aurions pu penser que la prise en charge des soins somatiques serait facilitée. Malheureusement, la réalité est toute autre. L'administration de ces soins peut s'avérer complexe, et s'explique par plusieurs facteurs. Tout d'abord, la terminologie employée nous dirige inévitablement sur les problématiques liées à la santé mentale du patient, au détriment du plan somatique. Pourtant, plusieurs études cliniques et épidémiologiques ont porté sur la comorbidité existante entre maladies somatiques et psychiatriques. Il a alors été souligné que certains psychotropes augmentaient les risques de maladies cardio-vasculaires, de diabète et d'obésité[450]. Il apparait alors évident de ne pas négliger l'aspect somatique.

Le ministère des Solidarités et de la Santé a parfaitement identifié cet aspect du soin dans son Projet territorial de santé mentale (PTSM)[451]. Composé de six priorités, il prévoit dans sa priorité 3 « l'accès des personnes présentant des troubles psychiatriques à des soins somatiques adaptés à leurs besoins ». Cependant, dans la mesure où le PTSM est affiné au niveau de chaque région par l'Agence Régionale de Santé (ARS), qui tient compte des spécificités de son territoire[452], des disparités sont observées.

Le CGLPL souligne à cet égard « l'irrégularité des soins somatiques », principalement due à la « situation déplorable de la démographie médicale et parfois soignante[453] ». À cette réalité partagée par l'ensemble du secteur de la santé se rajoute « des

[448] Cependant, la pénurie de professionnels est probante car le milieu carcéral est un lieu d'exercice professionnel qui suscite peu d'intérêt, soit par méconnaissance de ce domaine, soit par la crainte voire la peur que ce dernier inspire. À cet égard, la Chancellerie et le ministère des Solidarités et de la Santé ont proposé des solutions détaillées dans une feuille de route intitulée « Santé des personnes placées sous main de justice 2019-2022 ». Cette feuille de route s'apparente à un plan triennal et développe un plan de 28 actions réparties en 6 axes majeurs. Dans le cadre de l'axe 2 intitulé « Développer la promotion de la santé des personnes placées sous main de justice tout au long de leur parcours » se trouve l'action n° 5 « Déployer dans chaque région les interventions des étudiants du service sanitaire en direction des personnes placées sous main de justice et des jeunes de la protection judiciaire de la jeunesse ». L'objectif de cette démarche est de « permettre la réalisation d'actions de prévention santé auprès des personnes détenues », mais également de parfaire « la connaissance par les futurs professionnels de santé de cette population et en conséquence le renforcement de l'attractivité d'un exercice futur en milieu pénitentiaire ». Cependant, à l'heure actuelle, il est délicat d'évaluer concrètement ce dispositif, d'autant plus qu'avec la crise sanitaire liée au COVID-19, les principales interrogations dans ce domaine ne se sont pas portées sur l'organisation de ce type de mesures.

[449] Cette obligation est imposée par l'article D. 115-5 du Code pénitentiaire.

[450] PSYCOM, *Soins somatiques et psychiatrie*, coll. Soins, Accompagnement et Entraide, décembre 2019, p. 2.

[451] Le PTSM est établi pour une durée de 5 ans. Il est arrêté par le Directeur Général de l'ARS selon les dispositions prévues au IV de l'article L 3221-2 du CSP selon lequel « le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment ».

[452] Pour la Nouvelle-Aquitaine, il existe 10 PTSM : PTSM de Charente, PTSM de Charente-Maritime, PTSM du Limousin (19, 23, 87), PTSM de Dordogne, PTSM de Gironde, PTSM des Landes, PTSM du Lot-et-Garonne, PTSM des Pyrénées-Atlantiques, PTSM des Deux-Sèvres, PTSM de la Vienne. Ces différentes distinctions correspondent aux différents territoires de santé mentale définis par l'article L. 3221-2 du CSP.

[453] CGLPL, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 21.

demandes d'enfermement de plus en plus fréquentes ou durables des individus perturbants, par souci de sécurité[454] ». Ainsi, la situation délétère dans laquelle se trouvent les soins somatiques en psychiatrie s'aggrave irrémédiablement. La prise en considération de cette problématique apparait donc essentielle[455].

Un besoin de soins difficilement exprimé. Outre ces difficultés pathologiques, la personne atteinte de troubles psychiques peut être repliée sur elle-même, sans réel ancrage social. Face à cet isolement, l'administration de soins somatiques adaptés à l'état du patient est confrontée à une difficulté supplémentaire. Dans ces circonstances, le renforcement des soins somatiques prodigués au cours de la période d'observation et de soins initiale apparait fondamental[456], dans la mesure où le patient se trouve « à la disposition » de l'équipe de soins. Cette consolidation de la prise en charge des soins somatiques doit également se poursuivre lorsque les SPSC sont prolongés dans le cadre d'une hospitalisation complète ou en ambulatoire. Dans ce contexte, si ces derniers ne peuvent être effectués dans l'établissement de santé d'accueil, des protocoles interétablissements doivent être mis en place afin de permettre une continuité effective des soins.

2) La prise en charge des soins somatiques à l'extérieur de l'établissement d'accueil

Cadre général des soins somatiques extracarcéraux. À l'exception de l'établissement public de santé national de Fresnes (EPSNF) qui dispose d'une permanence médicale en continu, les établissements pénitentiaires n'ont pas la capacité de pouvoir assurer l'administration de soins somatiques 24 h/24 et 7 jours/7. Parce que le mal ne prévient pas et que le spectre de la violence est permanent, la prise en charge des soins somatiques en urgence doit être organisée, au même titre que des soins programmés.

[454] CGLPL, *Rapport d'activité 2020*, Paris, Dalloz, 2021, p. 51.
[455] Contrairement au patient détenu qui peut faire part de sa souffrance et de ses besoins, le patient en SPSC n'aura pas forcément la capacité d'exprimer son ressenti, en particulier s'il fait l'objet d'une contention chimique. Il est d'ailleurs possible que sa pathologie mentale interfère sur ses perceptions et que la douleur, bien que présente et effective, ne soit pas ressentie (hypoalgésie).
[456] Cependant, le cadre temporel des 72 heures ainsi que les difficultés matérielles et humaines dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement rendent délicat le développement d'investigations complémentaires. Si la mise en place d'un bilan sérologique complet aurait pu être une idée soutenable, la réalité de terrain rend parfois impossible l'obtention des résultats dans le délai imparti.

L'organisation des soins somatiques urgents en prison. Conformément à l'article L. 115-4 du Code pénitentiaire[457], un protocole doit définir les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir en urgence dans l'établissement pénitentiaire[458]. Cette prise en charge de l'urgence est assurée par l'établissement de santé de rattachement en application de l'article R. 6111-27 du CSP. Si en milieu libre le service des urgences est parfois assimilé à un vaste cabinet médical[459], il n'en va pas de même en milieu carcéral[460]. En effet, la gestion des urgences dans cette institution obéit à un protocole très précis.

Dans la mesure où les personnes détenues ne disposent pas de moyens de communication, c'est au personnel pénitentiaire d'appeler le centre de réception et de régulation des appels (CRRA) du Service d'aide médicale d'urgence (SAMU). Le médecin régulateur décide alors de la réponse médicale à apporter. S'il estime que le patient doit être hospitalisé, il décide du moyen de transport le plus approprié (transport sanitaire privé, service mobile d'urgence et de réanimation SMUR ou sapeurs-pompiers). L'extraction du patient est effectuée sous escorte[461]. Son organisation n'incombe pas au médecin régulateur du SAMU, mais à l'établissement pénitentiaire en application de la circulaire du 18 novembre 2004[462]. Elle doit se faire dans des conditions de sécurité adéquates, ainsi que dans le respect de la confidentialité des soins[463] et des droits du patient détenu[464]. Au contraire, si l'hospitalisation n'est pas nécessaire, le médecin régulateur peut faire intervenir un médecin sur place, soit par le biais des dispositifs locaux (médecins de ville ou associations de type « SOS Médecins » dans le cadre d'une convention avec l'établissement de santé de référence et l'établissement pénitentiaire), soit dans le cadre de l'astreinte de l'établissement de santé[465].

---

[457] Article L. 115-4 du Code pénitentiaire.
[458] Articles D. 115-4 et D. 115-8 du Code pénitentiaire.
[459] Fréquemment, les services des urgences dénoncent cet état de fait. Les problèmes posés par les déserts médicaux et la pénurie de médecins obligent certains patients, qui ne peuvent avoir accès à cette relation de soin de proximité, à privilégier les soins aux urgences.
[460] Selon le Guide méthodologique, sont considérées comme des situations d'urgence « les situations où le pronostic vital est engagé ainsi que les cas nécessitant des actes diagnostiques et/ou thérapeutiques immédiats, tant pour soins somatiques que psychiatriques ». MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 199.
[461] Selon l'article D. 215-2 du Code pénitentiaire, l'extraction se définit comme « l'opération par laquelle un détenu est conduit sous surveillance en dehors de l'établissement de détention, lorsqu'il doit comparaître en justice, ou lorsqu'il doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire, ou plus généralement lorsque l'accomplissement d'un acte ne pouvant être effectué dans un établissement pénitentiaire a été reconnu absolument nécessaire et compatible avec la situation de l'intéressé ».
[462] Circulaire du 18 novembre 2004 DAP relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.
[463] Ces mesures sont prévues aux articles D. 215- à D. 215-7 du Code pénitentiaire.
[464] CASTAING Cécile, « Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales », *RDSS*, 2020, p. 107.
[465] MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, janvier 2019, p. 200.

Présentation des soins somatiques programmés. À côté de ce protocole d'urgence, il nous faut envisager les hypothèses des soins et interventions programmés en dehors des murs de l'établissement pénitentiaire. Cette organisation repose sur deux protocoles, dont la différenciation se fonde sur la durée de l'hospitalisation. Dans tous les cas, l'hospitalisation s'effectue dans l'établissement de santé de rattachement si les soins ne peuvent être effectués au sein de l'USMP[466]. Au même titre que l'urgence, l'établissement pénitentiaire doit assurer l'extraction de la personne détenue dans les conditions prévues par la circulaire du 18 novembre 2004[467].

Lorsque la durée du soin est inférieure à quarante-huit heures[468], le patient détenu est admis dans le service de spécialité dédié à sa pathologie. Son admission se fait sous entrave et escorte, dans des conditions qui doivent respecter sa dignité. Pour des raisons d'impératif sécuritaire, il est placé au sein d'une chambre sécurisée[469] avec l'imposition d'une garde statique des forces de l'ordre, et non de l'administration pénitentiaire[470].

Lorsque la pathologie requiert une hospitalisation à temps complet excédant quarante-huit heures, le patient détenu est admis au sein d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale (UHSI), sous réserve que son état de santé soit compatible avec la durée du transport et que l'UHSI dispose d'une place[471]. Si ces unités apparaissent comme un lieu de soin, l'impératif sécuritaire de la détention n'est jamais loin[472]. Selon Sandrine CHENIVESSE, les UHSI sont des lieux où sont réunis « la carcéralité et le soin[473]». Le

[466] Article R. 6112-23 du CSP.
[467] Circulaire n° 000117 DAP du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des personnes détenues faisant l'objet d'une consultation médicale, qui a été modifiée par la circulaire du 14 avril 2011 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues.
[468] MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, janvier 2019, p. 178.
[469] Circulaire du 13 mars 2006 relative à l'aménagement ou à la création de chambres sécurisées dans les établissements publics de santé. Il est précisé que les chambres sécurisées ne doivent pas revêtir de caractère discriminatoire. Ainsi, elles « doivent être situées au sein d'un même service actif de l'établissement de santé, le plus près possible du plateau technique. La situation en étage doit être privilégiée. À l'intérieur de l'unité d'hospitalisation, rien ne doit permettre d'identifier ces chambres par rapport aux autres. Leur aspect extérieur doit être banalisé ».
[470] Cette organisation peut se révéler particulièrement délicate pour assurer une prise en charge optimale de la personne détenue. Elle peut, dans certaines circonstances, être un facteur nuisible. En effet, la garde statique de la personne détenue étant obligatoire, il suffit que les forces de police ne disposent pas d'équipe pour assurer cette mission pour que l'hospitalisation de la personne détenue soit annulée ou reportée.
[471] Les UHSI furent instaurées par un arrêté interministériel du 24 août 2000 relatif à la création des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des patients incarcérés. Au 1er janvier 2020, nous comptions 8 UHSI réparties sur l'ensemble de notre territoire métropolitain (Nancy, Lille, Lyon, Bordeaux, Toulouse, Marseille, Paris (EPSN de Fresnes en partenariat avec le Groupe Hospitalier Pitié Salpêtrière) et Rennes. Aucune structure de la sorte n'existe en Outre-Mer. La dernière UHSI créée est celle de Rennes en 2012. Un maillage territorial a été mis en place dans le cadre de l'arrêté du 10 octobre 2022 relatif au ressort territorial et au cahier des charges des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes détenues, JORF n° 0239 du 14 octobre 2022, Texte n° 44.
[472] L'accès à ces unités est contrôlé par l'administration pénitentiaire. Il en va de même pour l'ouverture et la fermeture des chambres ou encore la prise en charge des escortes entre la chambre sécurisée du patient et le plateau technique de soins.
[473] CHENIVESSE Sandrine, « Soigner et punir en unité hospitalière sécurisée interrégionale » *in* TOURNIER Pierre-Victor (dir.), *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, L'Harmattan, coll. « Champ pénitentiaire », 2012, p. 64.

Guide méthodologique précise que « les personnes détenues admises à l'hôpital continuant de subir leur peine, la réglementation pénitentiaire leur demeure applicable[474] ». Cette modalité de soins est souvent délicate pour les patients détenus qui se voient privés de certaines de leurs prérogatives accordées en prison (droit de promenade, droit de fumer, droit de visite). Il n'est donc pas rare de voir un patient refuser l'admission en UHSI pour éviter de perdre ces prérogatives[475]. À cela s'ajoute que le sentiment de surenfermement est très souvent ressenti et peut fortement nuire à la bonne réalisation des soins[476].

Les soins somatiques à l'extérieur de l'établissement psychiatrique. À l'égard des patients admis en SPSC, la prise en charge de leurs soins somatiques à l'extérieur de l'établissement se confronte aux mêmes difficultés que celles précédemment énoncées. Le manque de moyens matériels et humains rend délicat le transfert d'un patient vers un autre établissement de santé. Dans la mesure où la quasi-totalité des soins somatiques obéit à la logique du parcours de soins coordonnés[477], la désignation d'un médecin traitant par le patient est un préalable impératif. Cependant, un « nombre élevé de personnes présentant des troubles psychiques ne sont pas suivis par un médecin traitant[478]». Pour tenter de pallier cette difficulté, ce rôle pourrait être assuré par un médecin de l'unité de soins psychiatriques. Par ailleurs, la création par département d'une liste de médecins volontaires susceptibles d'assurer cette mission serait également envisageable. Cette démarche sera particulièrement intéressante dans l'hypothèse des soins ambulatoires afin d'orienter le patient vers un praticien au plus près de son domicile[479].

Une situation discordante entre théorie et réalité de terrain. Si en théorie la prise en charge des soins somatiques des patients DSPSC est bien organisée, sa mise en œuvre se retrouve confrontée à de multiples difficultés qui sont communes avec le milieu libre. Elles traduisent le malaise dont souffre le monde médical depuis plusieurs années et qui ne cesse de s'accroître. De ce fait, la mise en œuvre de solutions immédiates est limitée. Cette situation est davantage aggravée dans le cadre des soins psychiatriques dans la mesure où cette discipline est considérée comme « le parent pauvre de la médecine ».

---

[474] MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, janvier 2019, p. 180.

[475] Observations recueillies auprès du Dr. Bédry, responsable de l'UHSI de Bordeaux dans le cadre du stage d'observation pour l'obtention du Diplôme universitaire « Prise en charge des patients détenus » au cours de l'année universitaire 2015-2016.

[476] Intervention du Docteur Nahid NADJIMI-SARRAM et de Gwenaëlle GALIMARD-CLOEREC intitulée « Le sentiment de surenfermement chez les patients hospitalisés (étude à l'UHSI de Bordeaux), 9 mars 2015 – Intervention dispensée dans le cadre du diplôme universitaire « Prise en charge sanitaire des patients détenus ».

[477] Instauré par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n° 0190 du 17 août 2004, Texte n° 2.

[478] PTSM de Gironde, 28 juin 2019, p. 78.

[479] La difficulté d'une telle démarche sera de la coordonner avec la liberté de choix du patient dont dispose le médecin.

B : Les structures de soins réservées à la prise en charge des soins psychiatriques

Des structures générales et spécialisées. Depuis 1986, tous les soins psychiatriques ont la particularité d'être organisés dans le cadre d'un « secteur de psychiatrie[480] ». La réalisation de ces soins à l'égard des patients DSPSC ne fait pas exception. Pour maintenir l'équilibre entre impératif sécuritaire et impératif sanitaire, les politiques de santé publique ont créé des structures spéciales dédiées à la prise en charge des soins psychiatriques de nos patients. Elles peuvent être divisées en deux catégories. Dans un premier temps, il existe des établissements ou des unités de soins qui dispensent des soins psychiatriques d'ordre général (1). Cependant, les pathologies mentales engendrent parfois des comportements particulièrement violents, ponctuels ou continus. Dans les deux cas, leur prise en charge nécessite des structures spéciales, à la sécurité renforcée (2).

1) Les structures générales de soins psychiatriques

Une organisation dualiste des soins psychiatriques courants en milieu pénitentiaire. Entre les murs de la prison, les soins psychiatriques obéissent à la même architecture que les soins somatiques. La prise en charge peut s'effectuer à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire.

[480] Cette organisation, instaurée par le Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 dans le cadre des secteurs de psychiatrie, couvre une zone d'environ 80 000 habitants et rassemble plusieurs types de structures comme les centres d'activité thérapeutique à temps partiel (CATTP), les hôpitaux de jour (HDJ) et bien entendu les centres médico-psychologiques qui sont les pivots des soins en ambulatoire. Chaque secteur dispose également de lits d'hospitalisation. Ces derniers peuvent être instaurés au sein d'établissements de santé généraux ou spécialisés, comme le Centre hospitalier Charles Perrens à Bordeaux ou encore l'établissement public de santé mentale de Ville-Evrard à Neuilly-sur-Marne. Dans la pratique, c'est le lieu d'habitation du patient qui va déterminer le secteur de psychiatrie dont il dépend et au sein duquel il va pouvoir se faire soigner. Cette pratique est pourtant contraire à l'alinéa 2 de l'article L. 3211-1 du CSP selon lequel « toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence ».

En 1986, cette mission fut confiée au service public hospitalier[481]. Il s'agit de la première incursion du milieu médical dans le milieu carcéral. Par principe, les soins courants, dits de niveau 1, sont assurés par les services médico-psychologiques régionaux[482] (SMPR) ou à défaut par les USMP[483]. En cas de nécessité médicale, le patient détenu peut être transféré dans un autre établissement pénitentiaire plus adapté à ses besoins médicaux[484]. Par ailleurs, si l'établissement de santé de rattachement ne comporte pas de service de psychiatrie et que l'établissement pénitentiaire ne dispose pas d'un SMPR, le directeur général de l'ARS désigne un établissement public de santé, situé à proximité, afin qu'il dispense aux personnes détenues les soins psychiatriques que nécessite leur état[485].

Les soins psychiatriques en prison sous le régime de l'hospitalisation. Lorsque la santé mentale du patient détenu nécessite un niveau de soins plus élevé, il est pris en charge au sein d'un SMPR[486], sous la forme d'une hospitalisation de jour. Selon le plateau technique de soins de l'établissement pénitentiaire, elle peut être effectuée soit dans les locaux de la prison où le patient est incarcéré, soit dans un autre établissement. Dans ce cas, des difficultés importantes peuvent apparaitre car une extraction voire un transfert doit s'opérer[487]. Il en est de même lorsque l'état de santé mentale justifie une prise en charge de niveau 3, synonyme d'hospitalisation à temps complet. Dans cette hypothèse, cette dernière est obligatoirement effectuée en milieu hospitalier[488] dans le cadre d'une unité hospitalière

[481] L'article D. 115-6 du Code pénitentiaire dispose que « les secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire répondent aux besoins de santé mentale de la population détenue dans les établissements pénitentiaires relevant de chacun de ces secteurs, sans préjudice des actions de prévention, de diagnostic et de soins courants mises en œuvre par les secteurs de psychiatrie générale ou infanto-juvénile, en application des dispositions du code de la santé publique. Chaque secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire est rattaché à un établissement dispensant des soins aux personnes détenues en application des dispositions de l'article L. 6111-1-2 du code de la santé publique et placé sous l'autorité d'un psychiatre, praticien hospitalier, assisté d'une équipe pluridisciplinaire. Il comporte notamment un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire. L'administration pénitentiaire prend à sa charge la construction, l'aménagement et l'entretien des locaux individualisés et adaptés, nécessaires au bon fonctionnement du service médico-psychologique régional, en application du décret mentionné par le précédent alinéa ».

[482] Les SMPR ont été créés par le décret n° 86-602, du 14 mars 1986, dans le cadre des secteurs de psychiatrie qui n'ont été que légalisés par la loi n° 85-1468 du 25 juillet 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. Ils concernent la santé mentale des détenus. Le SMPR est institué dans chaque région pénitentiaire selon les dispositions de l'arrêté du 14 mars 1986 sur les institutions de santé mentale. Le SMPR est rattaché à un secteur psychologique relevant de l'hôpital public spécialisé dans la lutte contre les maladies mentales. Au 1er janvier 2020, il y avait 28 SMPR sur l'ensemble du territoire métropolitain.

[483] Compte tenu de leur nombre, il est évident que les établissements pénitentiaires ne disposent pas tous d'un SMPR. Ainsi pour les soins psychiatriques de niveau 1, la prise en charge est assurée par l'USMP au sein de l'établissement. MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, janvier 2019, p. 142.

[484] Les SMPR n'étant pas présents dans tous les établissements pénitentiaires, il est possible qu'un patient détenu soit transféré vers l'établissement pénitentiaire possédant cette structure si ces besoins sanitaires le justifient et si une telle structure dispose de place pour pouvoir l'accueillir.

[485] Article R. 6111-28 du CSP.

[486] Article R. 6111-39 du CSP.

[487] Article R. 322-5 alinéa 1 du Code pénitentiaire.

[488] MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, janvier 2019, p. 145.

spécialement aménagée (UHSA)[489]. Depuis la loi du 9 septembre 2002[490], le patient détenu peut faire l'objet d'une hospitalisation complète en psychiatrie avec[491] ou sans son consentement[492]. Lorsque l'admission est librement consentie, elle s'effectue sous l'égide d'un régime unique fondé sur la nécessité de soins[493]. Si les UHSA n'ont vocation qu'à accueillir des patients détenus[494], le nombre de ces dernières demeure insuffisant pour répondre correctement aux besoins de la population carcérale. Le même constat s'établit à l'égard des SPSC.

L'évolution du cœur de métier des SPSC. L'organisation actuelle des SPSC reflète l'évolution des modalités des soins en la matière. Historiquement, ces soins étaient synonymes d'hospitalisation à temps complet. Leur mise en place incombait aux seuls établissements de santé équipés d'une ou de plusieurs unités sécurisées à accès contrôlé et habilités à cet effet. Désormais, ces soins peuvent être réalisés soit en hospitalisation complète soit sous forme ambulatoire.

L'apparition des soins ambulatoires en psychiatrie. L'introduction des soins ambulatoires en psychiatrie puise sa source dans les premiers écrits de PINEL et ESQUIROL[495] en matière de prévention des rechutes. Il faudra attendre la circulaire du 15 mars 1960[496] pour qu'un dispositif de soins extrahospitalier soit énoncé. Ce dernier devait « assurer le dépistage, les soins sans hospitalisation et la surveillance postcure ». Pour ce faire, la création d'hôpitaux de jour fut mise en avant, en particulier « dans les zones à densité démographique importante ». Pour mieux prendre en compte les difficultés d'ordre médico-social rencontrées par les patients à leur sortie, la circulaire suggéra la création d'un espace de transition « pour assurer la réadaptation du malade dans les meilleures conditions possibles », par le biais de foyers-postcure. La loi ÉVIN de 1990

[489] Comme pour l'UHSI, nous retrouvons au sein de ces unités la cohabitation du personnel pénitentiaire avec le personnel hospitalier. Les premiers ont pour mission de contrôler et de surveiller l'accès à cette unité ; les seconds gèrent les zones de soins et d'hébergement. Si la zone de soin et d'hébergement n'est en principe pas accessible pour le personnel pénitentiaire, des fouilles des locaux et des équipements peuvent être effectuées. Le personnel pénitentiaire peut également intervenir à la demande du personnel hospitalier en cas d'incident majeur susceptible de menacer l'intégrité physique des personnes présentes, la sécurité des biens ou de l'établissement.
[490] Cette loi a été complétée par le décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux (JORF n° 0114 du 19 mai 2010).
[491] Le législateur souligne dans l'article L.3214-1 du CSP que les soins psychiatriques avec consentement demeurent le principe, même à l'égard des personnes détenues.
[492] Article L. 3214-1 II du CSP.
[493] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 8.
[494] Article R. 3214-1 alinéa 1 du CSP.
[495] V. PINEL Philippe, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, Paris, Brosson, 1809 et ESQUIROL Jean-Etienne, *Des maladies mentales*, Paris, Baillière, 1838.
[496] Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non parue au JORF.

poursuivit ce processus de décloisonnement des soins psychiatriques sans consentement avec la mise en place des sorties d'essai[497].

La consécration des soins ambulatoires par la loi du 5 juillet 2011. C'est la loi du 5 juillet 2011 qui acta la possibilité de poursuivre les SPSC en ambulatoire, à la suite de la période d'observation et de soins initiale. Déterminés dans le cadre d'un programme de soins (PDS)[498], l'objectif est de « proposer des soins et des services adaptés aux besoins spécifiques des patients sortants d'hospitalisation complète sans consentement et nécessitant une surveillance médicale régulière (et non plus constante)[499] ». Le PDS peut donc comporter une prise en charge à caractère mixte. Ce dernier peut combiner des soins à domicile, mais également des soins dans toute autre structure sanitaire dédiée à la prise en charge des troubles psychiatriques[500] tels que les centres médico-psychologiques (CMP) ou encore les centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

La nature ambiguë du PDS. Malgré la démarche de personnalisation et d'adaptation du soin à l'égard du patient, la mise en œuvre du PDS n'est pas toujours aisée. Outre les traditionnelles problématiques liées à la répartition de l'offre de soins et au secteur de psychiatrie, la nature du PDS interroge. La loi du 27 septembre 2013[501] souligne qu'« aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard du patient pris en charge sous la forme d'un programme de soins ». Cependant, le PDS peut être imposé au patient alors même que l'exécution de ce dernier contre la volonté du patient est illégale[502]. Nous retrouvons ici les mêmes interrogations formulées à l'encontre des soins pénalement ordonnés car si le patient refuse le programme de soins, alors ce dernier sera soumis au régime de l'hospitalisation complète. Le schéma est donc identique avec la matière pénale dans la mesure où le refus du PDS est synonyme de privation de la liberté d'aller et de venir. De plus, le CGLPL souligne dans son rapport de 2019 que l'usage par certains

[497] Article L. 350 de l'ancien CSP : « Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier d'aménagements de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai, éventuellement au sein d'équipements et services ne comportant pas d'hospitalisation à temps complet mentionnés aux articles 4ter et 44 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. La sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois ; elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent. La sortie d'essai, son renouvellement éventuel ou sa cessation sont décidés : 1° Dans le cas d'une hospitalisation sur demande d'un tiers, par un psychiatre de l'établissement d'accueil; le bulletin de sortie d'essai est visé par le directeur de l'établissement et transmis sans délai au préfet; le tiers ayant fait la demande d'hospitalisation est informé; 2° Dans le cas d'une hospitalisation d'office, par le préfet, sur proposition écrite et motivée d'un psychiatre de l'établissement d'accueil ».

[498] En 2018, près de 96 000 personnes ont été concernées par des SPSC et plus de 42 000 ont été suivies dans le cadre d'un programme de soins. HAS, *Programme de soins psychiatriques sans consentement – Mise en œuvre*, mars 2021, p. 6.

[499] HAS, *Programme de soins psychiatriques sans consentement – Mise en œuvre*, mars 2021, p. 6.

[500] Tel est le cas des centres médico-psychologiques (CMP) ou encore des centres d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP).

[501] 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.

[502] COUTURIER Mathias, « Les paradoxes de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie », *Rhizome*, n° 53, août 2014, p. 5.

établissements des PDS n'est pas conforme avec les dispositions du CSP, en particulier « lorsque le temps de présence en intrahospitalier est supérieur à celui passé à l'extérieur[503]».

Les cas impossibles de soins ambulatoires. Si le développement des soins ambulatoires favorisant la liberté des patients ne peut être qu'encouragée, leur instauration n'est pas toujours possible. L'HAS dresse une liste de l'ensemble des situations qui constituent une contre-indication (patients en soins pénalement ordonnés ou les personnes détenues atteintes de troubles mentaux[504]). Compte tenu de la certaine liberté laissée au patient, cette mesure ne peut être mise en place lorsque les troubles présentés imposent une surveillance constante, que cette dernière soit « ordinaire » ou renforcée. Dans ce cas, la réalisation des soins implique la prise en charge du patient dans une structure spéciale.

2) Les structures spéciales des soins psychiatriques

Les cas particuliers des UMD et de l'IPPP. Parce que la maladie mentale peut engendrer des troubles importants et imprévisibles, l'instauration de structures en mesure de gérer ces différentes crises s'impose. Deux lieux de prise en charge méritent d'être mis en avant : les unités pour malades difficiles (UMD) et l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris (IPPP).

Cadre juridique des UMD. Instaurées par le décret du 14 mars 1986[505], les UMD[506] « accueillent des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III et IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure

[503] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2019*, Paris, Dalloz, 2020, p. 15.
[504] HAS, *Programme de soins psychiatriques sans consentement – Mise en œuvre*, mars 2021, p. 24.
[505] Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relatif à la lutte contre les maladies mentales et à l'organisation de la sectorisation psychiatrique, JORF du 19 mars 1986.
[506] La terminologie d'UMD a été supprimée par la loi 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. Pourtant, certaines dispositions du CSP y font encore expressément référence comme en témoigne la section unique intitulée « Unité pour malades difficiles » insérée aux articles R.3222-1 et suivants du même code. Des observations similaires peuvent être formulées à l'égard des articles R. 341-6 et R. 240-3 du Code pénitentiaire.

pénale et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières[507] ». Ainsi, les UMD ne sont pas réservées aux patients détenus. Elles constituent une modalité de prise en charge[508] « ouverte » à tous les patients qui font l'objet de SPSC.

Sous réserve de l'établissement d'un certificat médical[509], l'admission[510] au sein d'une UMD est réservée à tout patient qui présente un danger pour autrui et qui nécessite des protocoles thérapeutiques intensifs adaptés ainsi que des mesures de sûretés particulières. Il faut également prouver que la dangerosité du patient est incompatible avec son maintien au sein d'une unité de soins « classique » habilitée à prendre en charge des SPSC[511]. Le placement en UMD résulte d'une décision concertée et prévisible qui ne semble pas répondre à une situation d'urgence immédiate, comme peut l'être l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris.

Le cas de l'IPPP. L'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris[512], nommée IPPP ou I3P[513] est une institution singulière dans le paysage des SPSC. Si le placement en garde à vue peut être perçu comme l'antichambre de la détention provisoire, l'IPPP est indéniablement celle des SPDRE sur Paris. L'objectif de cette structure est d'assurer la rétention temporaire des personnes qui présentent des troubles

[507] Article R. 3222-1 du CSP.
[508] La modalité de prise en charge s'analyse comme une conséquence de la mesure d'admission en SPSC. Cette précision est importante, en particulier pour les patients pris en charge au sein d'une UMD. En effet, dans une récente jurisprudence du Tribunal des conflits, il a été indiqué 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 de la compétence de la juridiction judiciaire ». V. Tribunal des conflits, 3 juillet 2023, n°C4279.
[509] Selon l'article R. 3222-2 III 1° du CSP, le dossier doit comporter « un certificat médical détaillé, établi par le psychiatre de l'établissement demandant l'admission, précisant les motifs de la demande d'hospitalisation dans l'unité pour malades difficiles, ainsi que, le cas échéant, les expertises psychiatriques dont le patient a fait l'objet ». La précision de ce certificat est particulièrement importante pour le respect des droits du patient dans la mesure où le JLD n'est pas compétent pour prononcer la fin de la prise en charge en UMD ; cette décision incombant au préfet (CA Bordeaux, 12 mai 2021, n° 21/00649).
[510] Selon l'article R. 3222-2 II du CSP, « l'admission du patient dans une unité pour malades difficiles est prononcée par arrêté du préfet du département ou, à Paris, du préfet de police, où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient avant son admission en unité pour malades difficiles ». L'article R. 3222-2 IV du même code indique qu'en cas de « désaccord du psychiatre responsable de l'unité pour malades difficiles, le préfet du département où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient ou, à Paris, le préfet de police, peut saisir la commission du suivi médical prévue à l'article R. 3222-4, qui statue sur l'admission dans les plus brefs délais ».
[511] Arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrique en milieu pénitentiaire, JORF du 3 janvier 1987.
[512] Initialement désignée en 1872 par la formule « infirmerie spéciale », elle est devenue en 1950 « l'infirmerie psychiatrique près la préfecture de police de Paris ». Elle fut mise en place à partir du Consulat à proximité du centre hospitalier Sainte-Anne. Située au 3 rue Cabanis 75014 PARIS, elle est ouverte tous les jours 24 h/24. L'IPPP peut accueillir 16 personnes. Le nombre annuel d'admissions avoisine les 2000 personnes. Il s'agit majoritairement d'hommes, souvent en état de précarité, admis à la suite d'une garde à vue. Les admissions se font essentiellement entre 20h et 8h. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de visite : 10 et 11 avril 2018 et 21 mars 2019 – 2ème visite Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris*, 2019.
[513] THERON Sophie, « Réflexions autour d'une institution singulière : l'infirmerie psychiatrique de la Préfecture de police de Paris », *RDSS*, 2009, p. 1061.

mentaux manifestes ainsi qu'un danger pour la sûreté des personnes en vue de la mise en place d'une éventuelle hospitalisation sans consentement.

Les conditions d'admission à l'IPPP. Pour être admis au sein de l'IPPP, deux conditions préalables doivent être réunies : un procès-verbal d'un commissaire de police, établi au titre des « mesures provisoires » définies par la loi et un examen de la personne par un médecin des urgences d'un hôpital parisien ou des cellules médicales des trois aéroports parisiens. Dans la majorité des cas, « [les patients] ont été reçus au service d'accueil et d'urgence (SAU) ou aux urgences médico-judiciaires de l'hôpital de l'Hôtel-Dieu[514]». À cette occasion, les urgentistes dressent un certificat de comportement et un avis médical pour la prise en charge ultérieure à l'IPPP. Par la suite, une fois les formalités administratives effectuées et après une mise en pyjama, les infirmiers[515] prennent la température ainsi que les constantes du patient. Un entretien a lieu avec ce dernier et un médecin ou un interne[516] afin de lui expliquer les motifs de sa présence[517]. Le patient est enfin reçu par le psychiatre certificateur qui l'évalue et rédige un avis à destination du préfet de police de Paris qui prendra seul la décision finale concernant les suites de la rétention au sein de l'IPPP[518].

Le discutable statut juridique de l'IPPP. Si la procédure d'admission semble respectueuse des droits des patients, de très nombreuses interrogations entourent le statut juridique de cette structure. En effet, l'IPPP ne possède ni de personnalité juridique propre ni le statut d'établissement de santé. La Cour administrative d'appel de Paris énonça que « ce service ne relève pas des établissements de soins mentionnés aux articles L. 3214-1 et L. 3222-1 du Code de la santé publique[519]». Quelques années plus tard, le Tribunal administratif de Paris soulignera que « le responsable de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris, qui, en admettant une patiente à l'infirmerie et en l'y maintenant 24 heures, se borne à exécuter la décision du commissaire de police[520]». Au regard de ces éléments, il apparait clairement que l'IPPP n'est pas un établissement de

[514] MARTIN Laura, « L'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris : un lieu unique en France », *ActuSoins Magazine*, n° 32, 2019.
[515] Six médecins certificateurs, quatre internes et une dizaine de médecins de garde travaillent à l'IPPP avec une cadre supérieure de santé, une cadre de santé, 26 infirmiers, 25 surveillants et deux contrôleurs (les supérieurs des surveillants). Les infirmiers qui travaillent à l'IPPP y arrivent généralement par la voie du détachement depuis la fonction publique hospitalière.
[516] En cas de besoin, notamment pour des difficultés d'ordre administratif ou médico-légal, ils peuvent se faire assister par un « médecin sénior ».
[517] L'objectif de cet échange est d'expliquer au patient les raisons de sa présence, d'essayer de comprendre sa situation et au besoin, de lui prodiguer un traitement.
[518] Le nombre de patients par an admis à l'IPPP est d'environ 1900. 55 % des personnes admises à l'IPPP sont par la suite admis en SPDRE. MARTIN Laure, « L'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris : un lieu unique en France », *ActuSoins Magazine*, n° 32, 2019.
[519] CAA Paris, 24 septembre 1998, req. n° 95PA03798.
[520] TA Paris, 30 octobre 2002, req. n° 006413.

santé. Dans la mesure où seuls ces établissements sont autorisés à dispenser des soins, il semblerait logique qu'aucun acte thérapeutique ne puisse être administré en ces lieux. Pourtant, dans un arrêt du 20 novembre 2009, le Conseil d'État indiqua que « la mesure de conduite à l'infirmerie psychiatrique de préfecture de police de Paris constitue une mesure d'hospitalisation sans consentement au sens de l'article L. 3211-3 du Code de la santé publique[521]».

Le statut de l'IPPP est également questionné par le CGLPL[522]. En 2011[523], dans la mesure où l'IPPP ne fait pas partie des établissements de santé au sens de l'article L. 3222-4 du CSP, il soulignait que « l'infirmerie psychiatrique n'est pas visitée par les magistrats et tribunaux compétents et, notamment par le parquet. Certes, le préfet de police fait valoir que ces visites ont lieu *de facto*. Elles ne sont cependant pas garanties[524]». En dépit des recommandations adressées au Gouvernement, les interrogations demeurent, malgré un premier engagement lors de la loi du 5 juillet 2011[525] et un second lors de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016[526]. Récemment, le CGLPL pointa dans son rapport de visite[527] de nombreuses lacunes à l'égard des droits des patients[528]. Des manquements furent relevés quant à la bonne information de ces derniers ou encore les failles relatives à l'organisation des équipes ne permettant pas d'assurer constamment des séjours justifiés[529]. Le rapport dénonce également le fait que le statut juridique de cette institution demeure inchangé et reste hiérarchiquement dépendante de la

[521] CE, 20 novembre 2009, n° 313598.
[522] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de visite : 10 et 11 avril 2018 et 21 mars 2019 – 2ème visite Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris*, 2019.
[523] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Recommandations du 15 février 2011 relatives à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de Paris*, JORF du 20 mars 2011, texte n° 38. Dans ce même avis, il rappelle que « l'hospitalisation sans consentement, dont l'admission dans l'établissement est un des outils, est, notamment, une privation de liberté. Celle-ci doit donc s'entourer des garanties nécessaires à l'équilibre entre préservation de l'ordre public et droits de la personne ». À cet égard, il précisa à l'encontre de l'IPPP que cette dernière « ne dispose d'aucune autonomie. Elle est un service d'une des directions de cette préfecture (la direction des transports et de la protection du public), dépendant en particulier de la sous-direction de la protection sanitaire et de l'environnement (…). L'établissement n'a donc rien à voir avec un centre hospitalier habilité à accueillir des malades mentaux. Par conséquent, les dispositions propres aux droits des personnes accueillies en hôpital ne s'y appliquent pas (par exemple les "droits de la personne" figurant au début du code de la santé publique) et aucune autorité de santé n'est compétente pour y vérifier les contenus et les modalités de soins ».
[524] *Ibidem.*
[525] L'article 12 de la loi du 5 juillet 2011 indiquait que « dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport relatif à l'évolution du statut et des modalités de fonctionnement de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris ».
[526] L'article 73 de la loi du 26 janvier 2016 prévoit également que « dans un délai de six mois à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport sur l'évolution de l'organisation de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris pour sa mise en conformité avec le régime de protection des personnes présentant des troubles psychiques et relevant de soins psychiatriques sans consentement ».
[527] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de visite : 10 et 11 avril 2018 et 21 mars 2019 – 2ème visite Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris*, 2019.
[528] Selon la jurisprudence administrative, les personnes conduites à l'IPPP bénéficient des mêmes droits et garanties que dans les autres établissements de santé spécialisés en psychiatrique. V. CE, 20 novembre 2009, n° 313598 et CE, 13 mars 2013, n° 354976.
[529] Cette observation fait écho à la jurisprudence de la CEDH. Dans un arrêt en date du 17 janvier 2012, elle considéra que « la détention d'une personne considérée comme atteinte de troubles mentaux ne sera régulière au regard de l'article 5 § 1 e) de la CESDH que si elle se déroule dans un hôpital, une clinique ou un autre établissement approprié ». Le même arrêt précise que l'article 3 de la CESDH s'applique « à toutes les formes de privation de liberté, qu'il s'agisse d'une détention ordonnée dans le cadre d'une procédure pénale ou d'un internement visant à protéger la vie ou la santé de l'intéressé ». CEDH, 17 janvier 2012, *Stanev c/Bulgarie*, n° 36760/06.

préfecture de police de Paris malgré l'engagement pris par le Gouvernement lors de la loi du 26 janvier 2016[530].

Des structures existantes, mais insuffisantes. À travers l'ensemble des structures instaurées pour assurer la prise en charge des patients DSPSC, nous pouvons constater que le législateur a posé les fondations nécessaires et utiles à la mise en œuvre d'un système effectif. Cependant, la lourdeur des procédures ainsi que le manque de structures dédiées à cette mission affectent l'ensemble des efforts déployés en la matière, tant par le législateur, que par les professionnels. Si des dispositions sont effectivement mises en œuvre pour assurer une prise en charge sanitaire satisfaisante des patients de notre étude, de nombreuses carences persistent. Reste à savoir si ces dernières se limitent uniquement aux prérogatives liées au droit d'accès aux soins ou si elles concernent également les droits reconnus au patient à l'égard de ses choix de vie.

Section 2 : Le respect de la personne dans ses choix de vie

La prise en compte des aspirations personnelles du patient. Depuis la loi du 4 mars 2002[531], les droits reconnus aux patients ne se limitent pas au cadre thérapeutique. Qu'il soit libre, détenu ou en SPSC, le patient demeure une personne humaine, avec ses souhaits, ses désirs et ses aspirations personnelles. Pour qu'il ne soit pas uniquement considéré comme un « objet de soins », le législateur a reconnu un ensemble de droits relatifs au développement personnel du patient. Compte tenu du cadre de vie dans lequel les patients DSPSC évoluent, la question est de savoir si ces droits leur sont également reconnus (§ 1). Par ailleurs, si la limite entre les éléments qui relèvent du médical et ceux qui relèvent du personnel semble aisée à tracer, il est des situations où cette distinction est très subtile. Tel est le cas de la fin de vie. Depuis 2005[532], cette question fait l'objet de

[530] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janvier 2016. Dans son article 73, il était énoncé que « le Gouvernement présente au Parlement dans un délai de six mois un rapport sur l'évolution de l'organisation de l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de paris pour sa conformité avec le régime de protection des personnes présentant des troubles psychiques et relevant de soins sans consentement ».
[531] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, Texte n° 1.
[532] Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relative aux droits des malades et à la fin de vie, JORF n° 95 du 23 avril 2005, Texte n° 1.

multiples interrogations et évolutions législatives. Dans la mesure où les patients DSPSC sont exposés à des conditions de vie plus rudes qu'en milieu libre, cette interrogation mérite également d'être posée (§ 2).

§ 1 : La prise en charge du développement personnel du patient

Le patient DSPSC et le droit à la vie privée et familiale. Outre les aspirations qu'un patient peut légitimement avoir quant à l'amélioration de son état de santé, il peut également espérer que la maladie ne constitue pas un rempart à son développement personnel[533]. Ce dernier passe d'abord par le respect de la vie privée et familiale[534]. Au regard de la promiscuité des lieux ainsi que des difficultés d'accès pour les proches, nous pouvons nous interroger sur l'effectivité d'un tel droit à l'égard des patients de notre étude (A). Par ailleurs, la privation de la liberté d'aller et de venir a d'importantes conséquences sur le développement social et professionnel des patients DSPSC. Dans la mesure où cet enfermement peut s'échelonner sur une temporalité importante, la question de leur réinsertion se pose ensuite (B).

[533] Le droit au développement personnel a été reconnu par la CEDH comme faisant partie du droit à la vie privée et familiale. CEDH, 29 avril 2002, *Pretty c/Royaume-Uni*, req. n° 2346/02.
[534] Dans l'arrêt *Niemietz c/Allemagne* en date du 16 décembre 1992, la CEDH a dépassé la sphère intime de la notion de vie privée en incluant « le droit pour l'individu de nouer et développer des relations avec ses semblables ». CEDH, 16 décembre 1992, *Niemietz c/Allemagne*, req. n° 13710/88, § 29.

A : Le délicat maintien d'un droit à la vie privée et familiale

La consécration du droit à la vie privée et familiale. Le droit à la vie privée et familiale est un principe à valeur constitutionnelle[535]. Sur le plan législatif, il est consacré à l'article L. 1110-4 I du CSP, mais également à l'article 9 du Code civil. Cette prérogative est également consacrée par la norme européenne à l'article 8 de la CESDH. Si cette reconnaissance est louable, encore faut-il savoir ce que recouvre précisément cette disposition car contrairement au droit au secret des informations[536], aucune autre précision n'est donnée en la matière.

Cadre de la vie privée et familiale. Selon Hubert ALCARAZ, « la vie privée ne s'exerce pas uniquement au domicile de son titulaire, mais, reliée à la personne, elle la suit lorsqu'elle quitte ce lieu, habituellement désigné comme ˝privé˝ pour poursuivre ses activités dans un espace plus ˝ ouvert ˝ [537]». Cependant, ces affirmations ne sont pas d'application absolue. Elles s'appliquent sous réserve des restrictions prévues par la loi dans le cadre de la défense de l'ordre public et la prévention des infractions pénales ; de la protection de la morale, des droits et des libertés d'autrui[538]. Au regard des lieux privatifs de liberté, cette précision trouve tout son sens. En effet, « quand on est enfermé, pouvoir préserver le lien avec l'extérieur du lieu de privation de liberté est une condition fondamentale du maintien d'une vie privée. Lire ou entendre la parole des proches, continuer à tenir par les échanges écrits ou téléphoniques sa place au sein de la famille, recevoir et donner des paroles de soutien, tout ceci participe à l'exercice du droit à la vie privée des captifs, dont l'exercice subit diverses formes de restrictions[539] ». Ces dernières sont principalement matérialisées par un accès réglementé et limité des proches (1). Par ailleurs, lorsque les visites sont autorisées, elles font l'objet d'une surveillance particulière (2).

[535] C. const., 18 janvier 1995, Loi d'orientation et de programmation relative à la sécurité.
[536] Ce droit est également énoncé à l'article L. 1110-4 du CSP.
[537] FAVOREU Louis et al., *Droit des libertés fondamentales*, 6ème éd., Paris, Dalloz, coll. Précis, 2012, p. 262.
[538] WACHSMANN Patrick, *Libertés publiques*, 6ème éd, Paris, Dalloz, coll. Cours, 2009, p. 517.
[539] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Rapport thématique, Dossier de presse, juillet 2022, p. 8.

1) Un droit à la vie privée et familiale limité

La reconnaissance en prison du droit à la vie privée et familiale. À l'égard des patients détenus, l'article 35 de la loi pénitentiaire énonçait que « le droit des personnes détenues au maintien des relations avec les membres de leur famille s'exerce soit par les visites que ceux-ci leur rendent, soit, pour les condamnés et si leur situation pénale l'autorise, par les permissions de sortir des établissements pénitentiaires. Les prévenus peuvent être visités par les membres de leur famille ou d'autres personnes, au moins trois fois par semaine, et les condamnés au moins une fois par semaine[540] ». Cette disposition est désormais reprise par le Code pénitentiaire de 2022 qui distingue chacune des hypothèses[541].

Un accès réglementé des proches à l'institution carcérale. Contrairement au patient libre, les proches du patient détenu ne peuvent pas se rendre au sein de l'établissement pénitentiaire à leur convenance. Les droits de visite sont strictement réglementés[542] et des restrictions peuvent être opérées sous couvert de l'impératif sécuritaire[543]. Dans un souci égalitaire, il serait préférable que le législateur dresse une liste des comportements qui nuisent « au maintien du bon ordre et de la sécurité ou à la prévention des infractions ». En effet, malgré un socle commun, chaque établissement pénitentiaire dispose de son propre règlement intérieur ; un même comportement peut recevoir des sanctions diverses, constituant ainsi, une situation d'inégalité.

Une réglementation applicable en cas de soins extracarcéraux. Dans la mesure où le patient peut être hospitalisé à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, la question se pose de savoir si cette situation affecte le droit à la vie privée et familiale du patient détenu.

Selon l'article R. 322-12 du Code pénitentiaire, « lorsqu'une personne détenue est admise dans un établissement de santé, le règlement intérieur de son établissement

[540] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 121.
[541] V. articles L. 341-1 à L. 341-7 du Code pénitentiaire.
[542] Les demandes de permis de visite sont régies par différentes procédures qui varient selon la situation de la personne détenue. Ces règles ont été recodifiées dans le Code pénitentiaire aux articles L. 341-1 à L. 341-9.
[543] Article L. 341-7 du Code pénitentiaire : « L'autorité administrative ne refuse de délivrer, suspend ou retire un permis de visite aux membres de la famille d'une personne condamnée, que pour des motifs liés au maintien du bon ordre et de la sécurité ou à la prévention des infractions. L'autorité administrative peut également, pour les mêmes motifs ou s'il apparait que les visites font obstacle à la réinsertion de la personne condamnée, refuser de délivrer un permis de visite à d'autres personnes que les membres de la famille, suspendre ce permis ou le retirer.

pénitentiaire d'origine (…) demeure applicable à son égard dans toute la mesure du possible. Il en est ainsi notamment en ce qui concerne ses relations avec l'extérieur ». Cette règle est également valable dans le cadre des hospitalisations au sein d'une UHSA[544] ou d'une UMD[545]. Le droit à la vie privée et familiale ne doit pas être affecté par cette situation. Cependant, compte tenu du nombre restreint d'UHSA et d'UMD, un éloignement familial n'est pas à exclure. Cette situation peut motiver un refus de soins[546] dans la mesure où le patient est placé dans des conditions de vie plus strictes que celles connues en détention[547]. Cette situation tranche avec celle observable dans les SPSC.

Un assouplissement des règles à l'égard de la présence des proches en psychiatrie. La loi ESQUIROL de 1838 interdisait les visites. Désormais, conformément aux dispositions de la loi du 4 mars 2002, les visites deviennent la règle et leur restriction l'exception. Au même titre que n'importe quel droit de visite accordé aux proches dans les autres spécialités médicales, l'exercice de cette prérogative ne doit pas perturber le fonctionnement de l'institution. Les horaires sont généralement rappelés dans le livret d'accueil remis au patient au moment de son hospitalisation. Cependant, en 2012, la Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH) indiqua dans un avis que « les atteintes possibles aux droits sont réelles et peuvent s'entendre du lieu de vie à l'entourage et aux relations du patient[548] ».

Quelques années plus tard, la Cour administrative d'appel de Bordeaux énonça que « l'interdiction opposée aux proches de visiter un patient en psychiatrie n'est pas une mesure attentatoire à la liberté individuelle du patient, mais une mesure prise de l'intérêt du service[549] ». En l'espèce, l'hôpital avait fondé sa décision sur l'article L. 3211-3 du CSP selon lequel « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis ».

---

[544] Article R. 322-28 du Code pénitentiaire.

[545] Ce point se déduit de la lecture du Guide méthodologique qui indique que « dans l'objectif de maintenir ou de restaurer les relations du patient avec son entourage, le lieu de l'hospitalisation en UMD est déterminé en considération des intérêts personnels et familiaux du patient ». MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 187. Par ailleurs, la majorité des établissements de santé qui comporte une UMD prévoit une information spéciale sur ce point dans le cadre de leur livret d'accueil et/ou règlement intérieur. À titre d'exemple, pour l'UMD de Cadillac (33), une prise de rendez-vous préalable est nécessaire. Il en va de même pour l'EPSM de la Marne.

[546] Cette remarque ne vaut que pour les admissions volontaires dans la mesure où le placement en UMD est soumis au régime général des soins psychiatriques sans consentement.

[547] ANELLI Laure, KHALLOUF Amid, « Unités hospitalières spécialement aménagées : le coût éthique d'une meilleure prise en charge », juin 2018 (en ligne) https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/

[548] CNCDH, *Avis sur les premiers effets de la réforme des soins psychiatriques sans consentement sur les droits des malades mentaux*, 22 mars 2012.

[549] CAA Bordeaux, 8 décembre 2015, n°15BX02216. Cité par BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, 2019, p. 459.

De nos jours, il n'est pas certain que cette solution soit maintenue. En effet, la décision de restriction des visites peut être contestée devant le JLD[550]. La jurisprudence administrative a admis qu'il ne pouvait être interdit au proche d'un patient, hospitalisé sans son consentement, de rendre visite à celui-ci, au motif, notamment, qu'une telle visite n'est pas compatible avec l'état du patient ou la mise en œuvre de son traitement[551]. Une telle évolution ne peut être qu'encouragée car elle concourt à la préservation du droit à la vie privée et familiale du patient admis en SPSC.

Un droit reconnu, mais surveillé. Au regard de l'ensemble de ces dispositions, le droit à la vie privée et familiale semble pouvoir s'exercer tant dans l'enceinte de l'institution carcérale que psychiatrique. Cependant, certaines situations posent difficultés, en particulier à l'égard de la préservation du droit à l'intimité qui est très surveillé.

2) Un droit à la vie privée et familiale surveillé

Le tabou de la sexualité dans les lieux privatifs de liberté. Selon Jean RIVERO, la vie privée se définit comme « cette sphère de chaque existence dans laquelle nul ne peut s'immiscer sans y être convié[552] ». Cependant, l'impératif sécuritaire des lieux privatifs de liberté modifie le rapport de force qui existe entre cette exigence et les droits des patients DSPSC. Outre les visites et les correspondances[553], le droit à la vie privée et familiale inclut le « droit d'établir et d'entretenir des relations avec d'autres êtres humains, notamment dans le domaine affectif pour le développement et l'accomplissement de sa propre personnalité[554] ». En d'autres termes, est également inclus le droit à l'intimité. Pourtant, au regard des règles établies entre les murs des deux institutions, la possibilité de conduire une vie intime et sexuelle soulève de nombreuses problématiques.

[550] CE, ord., 3 mars 2003, n° 254625.
[551] CE, 2 octobre 2017, n° 399753 B.
[552] Cité par BEIGNER Bernard, « Vie privée et vie publique », *Arch.phil.droit.*, n° 41, 1997, p. 165.
[553] Le droit de correspondre est inscrit à l'article L. 345-1 du Code pénitentiaire pour les personnes prévenues et L. 345-2 du même code pour les personnes condamnées. Dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement, ce droit est également reconnu aux patients à l'article L. 3211-3 alinéa 3 du CSP.
[554] CEDH, 13 mai 1976, *X. c/Islande*, req. n° 6825/74.

L'appréhension de la sexualité dans les SPSC. Parce que l'absence d'un consentement libre et éclairé a toujours fait craindre l'hypothèse d'une pratique imposée et contrainte, la question de la sexualité[555] a toujours fait l'objet d'une certaine méfiance en psychiatrie.

Casimir PINEL considérait que la liberté sexuelle ne pouvait pas être obtenue à l'égard des aliénés[556]. En conséquence, pendant de très nombreuses années, le droit à l'intimité fut interdit en institution psychiatrique au nom de la protection des personnes vulnérables[557]. Pourtant, comme le rappelle la CEDH[558], la vie sexuelle d'une personne est une composante à part entière de son mode de vie et découle du droit de disposer de son corps. Selon Karine BÉRARD, « la vie sexuelle n'est pas un droit subjectif opposable, c'est une liberté dont l'usage ne peut faire l'objet de restrictions, y compris lorsque le patient est hospitalisé sans consentement. Des adaptations peuvent être prévues, mais en aucun cas cette liberté ne peut faire l'objet d'aménagements ou d'une interdiction générale et absolue[559] ».

Des réticences observables sur le terrain. Bien que la jurisprudence ait apporté une réponse claire[560], la prise en compte de la vie sexuelle dans les SPSC reste toujours une question délicate. Il n'est pas rare de voir l'installation de caméras de surveillance dans les chambres[561], alors que cette dernière doit pourtant être considérée comme un domicile, avec toutes les protections qui l'entourent[562]. Le Haut conseil de la santé publique indique d'ailleurs que c'est un « sujet tabou[563] que les institutions peinent à reconnaitre » et propose que ce point soit pris en compte dans l'élaboration des règlements intérieurs des établissements[564]. Un tel processus « passe par des réflexions sur le respect de l'intimité, le recueil de la parole de l'individu et pas seulement celle du patient (…). Les équipes ne doivent pas perdre de vue que le soignant est sexué et que son regard peut être

[555] V. notamment DEFFAINS Nathalie, *Le sexe et la norme*, Nancy, Presses universitaires Nancy, 2011.
[556] DOUMENG Valérie, *La vie privée du majeur malade mental ou déficient intellectuel*, Aix-en-Provence, Presses universitaires Aix-Marseille, Tome 2, 2002, p. 463.
[557] VIALLA François, « Sentiments, vie privée, vie affective, vie sexuelle et institution sanitaire ou médicosociale », *Revue Droit & Santé*, n° 45, 2012, pp. 23-25.
[558] CEDH, 17 février 2005, *K.A et A.D c/Belgique*, req. n° 42758/98 et 45558/99.
[559] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, 2019, p. 461.
[560] Selon la jurisprudence, « il résulte de l'article 8 de la CESDH et de l'article L.326-3 [L. 3211-3] que l'ingérence dans l'exercice du droit d'une personne atteinte de troubles mentaux, hospitalisée sans son consentement, au respect de sa vie privée, qui constitue une liberté individuelle et dont le respect de la vie sexuelle est une composante, par une autorité publique, ne peut être légale que si elle répond à des finalités légitimes et qu'elle est adéquate et proportionnée au regard de ses finalités ». CAA Bordeaux, 6 novembre 2012, n°11BX01790.
[561] CGLPL, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz, 2016, p. 36.
[562] CA Paris, 17 mars 1986, Assistance publique de Paris/X. et autres.
[563] Initialement, le mot « tabou » est un mot polynésien issu du mot « *tapu* » qui désigne une « interdiction de caractère sacré qui pèse sur une personne, un animal, une chose ».
[564] HCSP, *Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive*, 2 mars 2016 (en ligne).

ressenti comme tel par le patient[565] ». Par le biais du questionnement, de la réflexion pluridisciplinaire et de la formation, cette difficulté peut être résolue[566]. Cette situation tranche radicalement avec la situation que l'on rencontre en milieu carcéral.

La sexualité en prison. La question de la sexualité en prison est extrêmement délicate à aborder[567]. Selon le rapport d'activité de 2019 du CGLPL, « la question de la sexualité reste l'objet d'interdictions mal définies, parfois absolues et le plus souvent gérées dans des conditions qui ne permettent pas une protection suffisante des patients. Rappelons qu'une interdiction générale et systématique des relations sexuelles est prohibée. Dès lors, aucun établissement ne peut se dispenser d'une réflexion sur cette question. Elle doit tendre au respect de la liberté des patients[568] ». Malgré cela, de nombreuses difficultés demeurent.

Aucune disposition légale ne vient interdire les pratiques sexuelles en prison. L'ancien article R. 57-7-2 du CPP[569], devenu l'article R. 232-5 du Code pénitentiaire, énonce que le fait d'imposer à la vue d'autrui des actes obscènes ou susceptibles d'offenser la pudeur constitue, pour une personne détenue, une faute disciplinaire du deuxième degré. Ce texte ainsi que la sanction qui l'accompagne trouvent à s'appliquer aussi bien dans le cadre d'une pratique sexuelle solitaire[570] que « partagée », peu importe qu'il s'agisse d'un (ou d'une) codétenu(e), ou d'une personne extérieure à l'établissement pénitentiaire. Cette « faute » peut être sanctionnée à hauteur de quatorze jours de cellule de discipline pour la personne concernée ; elle peut entrainer la suppression de son accès au parloir sans dispositif de séparation pour une période maximum de quatre mois lorsque la pratique sexuelle s'est effectuée au cours dans un parloir ordinaire[571]. Pour éviter pareille sanction, des aménagements sont prévus, notamment dans le cadre des unités de vie familiale[572] (UVF). De telles solutions ne peuvent être considérées comme satisfaisantes dans la mesure

[565] PÉCHILLON Éric, DUJARDIN Valériane, « Vie affective et sexuelle en établissement psychiatrique », *Santé Mentale*, n° 206, mai 2016, pp. 10-11.
[566] Dans la pratique, trois solutions se retrouvent : la négation-répression du désir ; la satisfaction hygiéniste de la pulsion ; le recours à la prostitution. Selon le Professeur Bruno PY, « aucune n'est satisfaisante, chacune est hypocrite ». Cité par VIALLA François, « Vie privée et vie sexuelle en institution, on n'est pas des anges », *in* GIRER Marion, *Les dessous de la sexualité*, Jurisassociations, n° 530, décembre 2015, p. 19.
[567] Sur ce sujet, V. notamment CALIFANNO Nina, *Sexualité incarcérée – Rapport à soi et rapport à l'autre dans l'enfermement*, Paris, L'Harmattan, 2012 ; GAILLARD Arnaud, *Sexualité et prison : Désert affectif et désirs sous contrainte*, Paris, Max Milo, 2009.
[568] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2019*, Paris, Dalloz, 2020, p. 21.
[569] Texte abrogé par le Décret n° 2022-479 du 30 mars 2022.
[570] Contrairement à la chambre d'un patient, la cellule n'est pas reconnue comme un espace privé pouvant bénéficier de la protection inhérente à ce lieu. La CEDH l'a considérée comme un « espace de vie » de la personne détenue (CEDH, 7 avril 2009, *Brânduşe c/Roumanie*, req. n° 6586/03). De plus, la chambre criminelle de la Cour de cassation a précisé que la cellule « ne saurait constituer un domicile dès lors qu'on ne l'a pas choisi » (Cass. Crim., 18 octobre 1989, n° 89-80.462).
[571] OIP section française, *Guide du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2021, p. 293.
[572] Les UVF sont des appartements meublés situés au sein des établissements pénitentiaires. Les personnes détenues peuvent y recevoir un ou plusieurs proches pendant une durée comprise entre 6 et 72 heures. Cependant, l'effectivité de ce dispositif est discutable dans la mesure où en 2019, seuls 52 établissements sur 188 étaient pourvus de ces structures. OIP section française, *Guide du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2021, p. 326.

où elles ne peuvent être mises en place uniformément sur l'ensemble de notre territoire. Elles sont, de surcroît, soumises à un formalisme important qui peut constituer une barrière effective à l'exercice d'une telle demande[573].

Un droit perfectible à l'égard des patients DSPSC. Face à ces différents constats, le droit à la vie privée et familiale des patients DSPSC apparait très nettement perfectible. Outre les atteintes faites aux patients, ces défaillances engendrent également une forme de punition à l'égard du proche intime du patient qui voit son droit à l'intimité affecté. Dans la mesure où la famille constitue souvent le principal ancrage au sein de la société, le respect effectif de ce droit peut constituer l'un des principaux gages d'une réinsertion sociale du patient.

B : La nécessaire prise en compte de la réinsertion sociale du patient

La réinsertion : une mission commune de la prison et des SPSC. La prison et les SPSC n'ont pas qu'une vocation à isoler toute personne susceptible de porter atteinte à l'ordre public. Sauf cas particuliers, le passage dans ces lieux privatifs de liberté reste provisoire. Une fois sa peine effectuée ou sa pathologie mentale guérie l'individu a vocation à revenir dans la société. Pour y parvenir, il est nécessaire de préparer cette sortie et là encore, les méthodes divergent entre les SPSC (1) et l'institution carcérale (2).

[573] Article L. 341-8 du Code pénitentiaire : « Les unités de vie familiale ou les parloirs familiaux implantés au sein des établissements pénitentiaires peuvent accueillir toute personne détenue. Toute personne détenue peut bénéficier à sa demande d'au moins une visite trimestrielle dans une unité de vie familiale ou un parloir familial, dont la durée est fixée en tenant compte de l'éloignement du visiteur. Pour les personnes prévenues, ce droit s'exerce sous réserve de l'accord de l'autorité chargée du dossier de la procédure ».

1) Le droit à la réinsertion du patient dans les SPSC

Un droit reconnu tardivement. Initialement, la question de la réinsertion du patient souffrant de troubles psychiatriques n'était pas prévue par la loi[574]. De nos jours, l'article L. 3211-3 du CSP dispose qu'« en toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée[575] ». Cet énoncé traduit l'idée selon laquelle la prise en charge sans consentement doit être conçue comme une simple parenthèse dans la vie du malade[576].

Pour que cette démarche puisse s'opérer, le patient doit tout d'abord être réhabilité « dans son corps et dans son espace ». Ici, la notion de réhabilitation peut se définir comme « les actions à développer pour optimiser les capacités persistantes d'un sujet malade et atténuer les difficultés résultantes de conduites déficitaires ou anormales[577] ». L'objectif est « d'améliorer le fonctionnement de la personne de façon à ce qu'elle puisse avoir du succès et de la satisfaction dans le milieu de son choix avec le moins d'intervention professionnelle possible[578] ». Pour ce faire, il est possible de recourir à des autorisations de sortie, des activités intra-muros ou encore la mise en œuvre d'un PDS.

Le recours aux autorisations de sortie. L'article L.3211-11-1 du CSP prévoit la possibilité pour le patient d'obtenir des autorisations de sortie[579] de courte durée[580]. Afin de trouver le meilleur équilibre entre la réinsertion des patients et la protection de la société[581], ces dernières peuvent être accompagnées ou non[582]. La procédure variera selon

[574] Les sorties d'essai restaient toujours possibles par le biais des lettres de cachet, mais la loi ESQUIROL n'avait pas spécialement prévu cet aspect de la prise en charge du patient.
[575] La mission de réinsertion sociale fut inscrite pour la première fois dans la loi dans le cadre de l'article 1 de la loi du 27 juin 1990 et codifiée à l'époque à l'ancien article L. 326 du CSP. Cet article fut complété par la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. Une de ces orientations était destinée à « pallier les conséquences des problèmes de santé mentale sur la vie des personnes et de leur entourage, participer à l'insertion sociale des personnes malades ».
[576] THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, coll. Aide-mémoire, 2017, p. 180.
[577] FARKAS Marianne, « Réadaptation psychiatrique : une approche et un processus », *Santé mentale*, n° 106, mars 2006, p. 51.
[578] *Ibidem.*
[579] Les sorties d'essai ont été introduites par la Circulaire du 4 juin 1957 ayant pour objet l'organisation des sorties d'essai dans les hôpitaux psychiatriques. www.ascodocpsy.org. Lorsque le patient relevait de la procédure du placement volontaire, la sortie devait être autorisée par un médecin. Dans le cadre d'une prise en charge relavant du placement d'office, la sortie ne pouvait avoir lieu sans l'autorisation du préfet.
[580] La loi du 5 juillet 2011 avait supprimé les sorties d'essai existantes sous l'ancienne législation et autorisait uniquement les sorties de courte durée accompagnées. Dans toutes les autres situations, la loi imposait la mise en place d'un programme de soins. La loi du 27 septembre 2013 a assoupli la procédure en la matière et autorise désormais les sorties de courte durée non accompagnées.
[581] VIOUJAS Vincent, « Les sorties d'essai des patients hospitalisés d'office en psychiatrie : à la recherche d'un équilibre en réinsertion des patients et protection de la société », *RGDM*, n° 36, 2010, pp. 267-290.
[582] Article L. 3211-11-1 du CSP : « Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale ou si des démarches extérieures sont nécessaires, les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée : 1° Sous la forme de sorties accompagnées n'excédant pas douze heures. Les personnes malades sont accompagnées par un ou plusieurs membres du personnel de l'établissement d'accueil, par un membre de leur famille ou par la personne de confiance qu'elles ont désignée en application de l'article L. 1111-6 du présent code, pendant toute la durée de la sortie ; 2° Sous la forme de sorties non accompagnées d'une durée maximale de quarante-huit heures ».

la durée de la sortie, mais aussi selon la modalité d'admission dans laquelle se trouve le patient.

Cadre juridique des autorisations de sortie. Dans le cadre d'une sortie de courte durée accompagnée[583] (moins de 12 heures), le patient en SDT doit recevoir l'accord du directeur, après avis favorable d'un psychiatre de l'établissement. Cette exigence peut sembler favorable au respect des droits des patients. Il conviendra alors d'anticiper correctement les besoins du patient afin de lui éviter une quelconque déconvenue au regard du manque de praticiens dans ce domaine. Cette diligence s'imposera également à l'égard du représentant de l'État. En effet, dans le cas des SPDRE[584], « le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'État dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre (…), au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite et motivée du représentant de l'État dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu. Le représentant de l'État ne peut imposer aucune mesure complémentaire ». Pour les sorties d'au maximum 48 heures[585], l'autorisation du directeur après avis favorable du psychiatre est toujours requise dans le cadre des SDT. Ce dernier devra préalablement informer le tiers à l'origine de la procédure de cette sortie ainsi que sa durée. En ce qui concerne les SPDRE, la procédure est identique à celle énoncée pour les sorties de moins de 12 heures.

Le développement des activités intra-muros. À côté des autorisations de sortie qui obéissent à un formalisme important, d'autres solutions peuvent être proposées. Dans la mesure où le contact avec le monde extérieur peut engendrer une certaine angoisse et appréhension chez le patient[586], la réintroduction d'un lien social au sein même de l'établissement de santé peut également constituer une première étape en la matière. Dans

[583] Selon l'article L. 3211-11-1 1° du CSP, peuvent être des accompagnants : les membres du personnel de l'établissement d'accueil, les membres de la famille du patient ou la personne de confiance.
[584] Dans le cadre des SDT, le dernier alinéa de l'article L. 3211-11-1 du CSP dispose que « lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, le directeur de l'établissement d'accueil informe celui-ci, préalablement, de l'autorisation de sortie non accompagnée et de sa durée ».
[585] Ces dernières sont non accompagnées selon les dispositions de l'article L. 3211-11-1 2° du CSP.
[586] L'ensemble de ces questions peuvent être abordées dans le cadre des conseils locaux de santé mentale (CLSM). Il a pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées, enfants comme adultes. Évoqués pour la première fois dans le cadre de la Circulaire n° 78 du 15 janvier 1974 relative aux conseils de santé mentale de secteur (non parue au JO), les CLSM furent instaurés par l'Instruction N°DGS/SP4/CGET/2016/289 du 30 septembre 2016 relative à la consolidation et à la généralisation des conseils locaux de santé mentale en particulier dans le cadre des contrats de ville. Au sein de ces lieux, il est possible d'aborder les questions qui participent à la prise en charge du patient, dont notamment la question de l'insertion professionnelle.

cette perspective, il n'est pas rare que des activités[587] soient organisées *intra-muros* afin de développer l'autonomie.

La réinsertion du patient par le biais du PDS. Enfin, le PDS peut concourir à la réinsertion du patient[588] dans la mesure où il évite un enfermement permanent de ce dernier[589]. Cependant, l'absence d'une contrainte physique permanente au sein d'un établissement de santé n'est pas synonyme d'exemption d'obligations[590]. Inscrit à l'article R. 3211-1 du CSP, le PDS précise « si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités mentionnées au 2° de l'article L. 3211-2-1[591] ainsi que l'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques. Il précise, s'il y a lieu, les modalités du séjour en établissement de santé ou la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés[592]. Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge ». La mise en place du PDS nécessite donc une coordination de plusieurs acteurs. Si cette coordination n'est pas insurmontable, elle peut être à la source de plusieurs inégalités car ce dispositif repose « sur une collaboration entre les différents acteurs impliqués dans le dispositif des soins sans consentement et peut varier d'un territoire à l'autre[593]». Aussi conviendrait-il d'instaurer d'autres outils plus pertinents pour permettre une meilleure réinsertion du patient admis en soins psychiatriques sans consentement.

2) Le droit à la réinsertion du patient détenu

Enseignement, formation, travail. Le législateur a inscrit la question de la réinsertion de la personne détenue à l'article 27 de la loi pénitentiaire de 2009, désormais codifié à l'article L. 411-1 du Code pénitentiaire. Au regard de cette disposition, la question

[587] À titre d'exemple, nous pouvons citer l'instauration d'ateliers thérapeutiques ou encore l'organisation de manifestations socioculturelles au sein de l'établissement public de santé mentale de Ville-Evrard (réalisation de courts-métrages, musicothérapie).
[588] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, 2019, p. 300 et s.
[589] Le juge se montre particulièrement attentif en la matière. Dans le cadre de la mise en place d'un programme de soins, si les hospitalisations prévues sont trop importantes, le juge peut requalifier ce dispositif en hospitalisation complète accompagnée de sortie. Cass. Civ.,1ère, 4 mars 2015, n° 14-17824.
[590] Cette situation rappelle le régime de semi-liberté.
[591] Il s'agit de soins ambulatoires, de soins à domicile, de séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet.
[592] En cas de nécessité, la durée du PDS peut être allongée. Les motifs justifiant la prolongation du programme de soins doivent être clairement exposés et justifiés.
[593] THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, coll. Aide-mémoire, 2017, p. 184.

de la réinsertion en prison s'agence autour de trois axes : l'enseignement, la formation professionnelle et le travail.

L'enseignement en prison. Le droit à l'enseignement[594] n'est pas une prérogative exclusive de la personne détenue. Défini par l'article L. 111-1 du Code de l'éducation comme le « droit pour chacun de « développer sa personnalité, d'élever son niveau de formation (…), de s'insérer dans la vie sociale et professionnelle », il constitue « un axe essentiel du projet d'exécution de peine et de la préparation de la sortie[595] ». Ce point est rappelé dans le cadre de la circulaire d'orientation du 9 mars 2020[596]. Encore faut-il que les besoins en la matière soient clairement identifiés. Au regard de la précarité scolaire dans laquelle se trouve la majorité des personnes détenues[597], la détection de l'illettrisme et de l'analphabétisme y apparait comme une nécessité[598]. À cet égard, depuis janvier 2020, le test de compétences élémentaires en lecture de français doit d'être effectif dans tous les quartiers arrivants.

Des conditions précaires d'enseignement. Au même titre que pour les soins, l'enseignement en détention peine à susciter des vocations. L'accès aux infrastructures d'étude telles que la bibliothèque s'avère souvent complexe[599]. L'utilisation d'Internet n'est pas encore un droit reconnu dans les établissements pénitentiaires[600]. La mise en œuvre du projet « Numérique en détention[601]» devrait pallier cette difficulté en permettant des échanges sécurisés entre des formateurs et des apprenants[602]. Ce dispositif pourrait également être utilisé dans le cadre de la formation professionnelle ou du travail. Si ces

[594] À l'égard de l'enseignement en prison, les ministères de l'Éducation nationale et de la Justice ont la responsabilité de « garantir la qualité de l'enseignement dispensé aux personnes détenues, en cohérence avec les orientations définies conjointement par la direction de l'administration pénitentiaire et la direction générale de l'enseignement scolaire ».
[595] OIP section française, *Guide du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2021, p. 240.
[596] Circulaire n° 2020-057 du 9 mars 2020 relative à l'enseignement en milieu pénitentiaire. Il est précisé que « le droit à l'éducation constitue un droit fondamental qui doit s'exercer de la même façon pour les personnes privées de libertés que pour tout autre citoyen. L'éducation nationale assure de façon pérenne au sein des établissements pénitentiaires l'accès des personnes détenues à l'enseignement ». Nous noterons cependant une régression entre la nouvelle circulaire de 2020 et celle de 2011. En effet, cette dernière prévoyait le développement de l'enseignement à distance alors que ce point est tout simplement exclu de la circulaire de 2020.
[597] Fin 2017, une enquête réalisée par la direction de l'administration pénitentiaire montrait que 21,7% de la population carcérale était scolarisée. Cité par OIP section française, *Guide du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2021, p. 240.
[598] V. RUITORT Camille, *Lire, Écrire et Compter : un enjeu pour un établissement pénitentiaire*, Mémoire de Master II « Droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme », Agen, 2020.
[599] OIP section française, *Guide du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2021, p. 243.
[600] CGLPL, *Avis relatif à l'accès à Internet dans les lieux privatifs de liberté*, 12 décembre 2019, JORF du 6 janvier 2020, Texte n° 110. Sur ce point, la jurisprudence de la CEDH n'oblige pas les États à garantir un accès à Internet en prison, mais uniquement à tout mettre en œuvre pour garantir la liberté d'expression et d'information des personnes détenues, dont fait partie le droit de s'instruire (CEDH, 17 janvier 2017, *Jankovkis c/Lituanie*, req. n° 21575/08). Pourtant, le Conseil constitutionnel a fait du droit d'accès à Internet un droit fondamental dans le cadre de sa décision Hadopi en date du 10 juin 2009 (C. const., n° 2009-580 du 10 juin 2009).
[601] Initialement prévue dans les centres pénitentiaires de Meaux, Nantes et la maison d'arrêt de Dijon pour l'été 2019, l'expérimentation de ce dispositif s'est effectuée finalement à Melun, Strasbourg et Dijon. Outre un accès facilité aux enseignements, les premiers retours font état d'une réelle amélioration pour les cantines dans la mesure où les personnes détenues peuvent avoir directement accès à leur solde et effectuer les actions nécessaires au crédit de leur compte.
[602] En 2020, l'Université de Caen a expérimenté « MoodleBox » avec le centre pénitentiaire de Caen afin que les personnes détenues puissent accéder à la plateforme d'enseignement à distance de l'université.

deux dispositifs sont prévus par la loi[603], leur mise en œuvre pose quelques difficultés, aussi bien sur le plan pratique qu'éthique.

La mise en œuvre de la formation professionnelle en détention. Vis-à-vis de la formation professionnelle, le premier obstacle réside dans son financement. Depuis la loi n° 2014-288 du 5 mars 2014[604], il a été transféré de l'État vers les régions. En conséquence, des inégalités sont à craindre dans la mesure où les conseils régionaux disposent d'une indépendance budgétaire dans ce domaine. À cela se rajoute la disparité de l'offre de formation sur le territoire[605]. Dans tous les cas, lorsqu'une personne détenue désire suivre une formation professionnelle[606], elle doit en faire la demande par écrit ou directement auprès du responsable local de la formation professionnelle ou d'un conseiller pénitentiaire d'insertion et de probation[607]. Cette requête est ensuite présentée devant la commission disciplinaire unique[608] qui doit obligatoirement informer le détenu de sa décision[609]. En cas d'avis favorable, la personne détenue est inscrite directement à la formation demandée. Cependant, compte tenu du nombre limité de places, elle est dans la majorité des cas inscrite sur liste d'attente. Si les difficultés persistent dans le cadre de la formation professionnelle, ces dernières sont encore plus importantes dans le cadre du travail.

Le travail en prison : une situation délétère. Au regard des différents travaux menés par l'OIP ou encore le CGLPL, l'effectivité du travail en prison apparait illusoire[610]. En 2000, la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les prisons énonçait que « l'absence de respect du droit du travail ruine la conception même du travail comme outil

[603] Pour ce qui est du travail, V. notamment articles L. 412-1 et suivants du Code pénitentiaire.
[604] Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, JORF n° 0055 du 6 mars 2014, Texte n° 1.
[605] POUX Fabienne, « Formation professionnelle : une forte croissante, mais de réelles disparités », *Banque des territoires*, 19 février 2020 (en ligne), https://www.banquedesterritoires.fr/formation-professionnelle-une-forte-croissance-mais-de-reelles-disparites
[606] En 2018, le bâtiment et les travaux publics représentaient 25,76% des actions de formations dispensées en prison. Venaient ensuite l'hôtellerie, la restauration et l'alimentation (13,7%) et les services aux particuliers et aux collectivités (12,05 %). Cité par OIP section française, *Guide du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2021, p. 251.
[607] Dans le cadre d'un avis du 22 décembre 2016 relatif au travail et à la formation professionnelle dans les établissements pénitentiaires, le CGLPL avait insisté sur la généralisation du travail en prison, mais également sur la nécessité de réaliser des bilans plus complets comprenant des tests sur le lieu de travail afin d'affecter les personnes détenues à des programmes de formation adaptés à leurs besoins et leurs situations personnelles. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 22 décembre 2016 relatif au travail et à la formation professionnelle dans les établissements pénitentiaires*, JORF n° 0034 du 9 février 2017, Texte n° 99, p. 8.
[608] Par principe, la CPU doit se baser uniquement sur les compétences de la personne détenue, sa situation pénale et le nombre de places disponibles pour la formation demandée. Dans la pratique, le comportement en détention est également pris en compte. Ainsi, le droit à la formation accordé à la personne détenue se transforme en « récompense » et dénature la mesure.
[609] Un recours hiérarchique auprès du directeur interrégional des services pénitentiaires peut être intenté. Il est regrettable qu'il ne puisse pas être porté devant le juge administratif qui aurait sans doute donné à la procédure un caractère plus impartial et indépendant.
[610] Si dans le milieu libre la notion de travail se matérialise principalement par le biais d'un contrat de travail, la personne détenue en était complètement dépourvue jusqu'en 2022. Les droits collectifs sont également bafoués dans la mesure où les détenus ne peuvent se syndiquer ou encore alerter l'inspection du travail.

d'insertion ». Pourtant, la question du travail en prison demeura inchangée jusqu'au discours prononcé le 6 mars 2018 par Emmanuel MACRON[611].

Le travail en prison : vers une amélioration des conditions d'exécution ?

Le Code pénitentiaire consacre plusieurs articles à cette question spécifique[612]. Plusieurs avancées tendent à une meilleure reconnaissance du travail en prison ainsi qu'à la protection des droits des personnes détenues. En premier lieu, nous pouvons citer la création du contrat d'emploi pénitentiaire[613] (CEP), qui peut être à durée déterminée ou indéterminée, en raison de la durée de la mission ou du service confié à la personne détenue[614]. La loi ne donne pas de définition précise de ce contrat, mais elle énonce les points qui doivent y être mentionnés. Le CEP doit prévoir les obligations respectives de l'établissement, du donneur d'ordre et de la personne détenue. Il doit inclure notamment les modalités de remboursement par le donneur d'ordre des rémunérations et cotisations avancées par l'établissement[615]. Il énonce les droits et obligations professionnelles de la personne détenue, ainsi que ses conditions de travail[616]. Au même titre qu'un contrat de travail de droit commun, il est possible d'y insérer une période d'essai[617] et le CEP doit prévoir la rémunération de la personne détenue[618] qui « ne peut être inférieure à un taux horaire fixé par décret et indexé sur le salaire minimum de croissance défini par les dispositions de l'article L. 3231-2 du Code du travail. Ce taux peut varier en fonction du régime sous lequel les personnes détenues sont employées[619] ».

Face à cette situation, nous sommes en droit de nous interroger sur l'objectif poursuivi en la matière. Comment susciter un réel intérêt pour le travail face à une aussi

[611] Discours prononcé par Emmanuel MACRON, Président de la République, à l'ENAP le 6 mars 2018. À cette occasion, il évoqua la question du travail en prison de la façon suivante : « Je souhaite aussi que le droit du travail, en étant adapté évidemment à la réalité et aux contraintes de la prison, puisse s'appliquer aux détenus et, à tout le moins, que le lien qui unit l'administration pénitentiaire et le détenu travaillant en son sein soit un lien contractuel avec des garanties qui s'y attachent, et non plus un acte unilatéral avec la négation de tous les droits. (…) on ne peut pas demander à des détenus de respecter la société, de pouvoir se réinsérer en elle ou de respecter l'uniforme que vous portez si on nie la dignité et les droits de ces individus. C'est une évidence et ça n'est pas punir plus durement que de nier les droits de ces individus lorsqu'ils sont en prison. C'est commettre une erreur immense parce que, à travers ces droits, on nie leur part d'humanité. On nie ce qui, quel que soit ce qu'ils aient commis, les relie à toute la société et à la communauté nationale : les droits et devoirs qui nous tiennent. Et donc reconnaitre les droits civiques, le droit de vote, reconnaitre un droit du travail adapté, mais un droit du travail dans la prison, ça n'est pas une mesure de complaisance à l'égard des détenus. Non, c'est une mesure indispensable pour en faire des citoyens à part entière et changer votre quotidien, et permettre leur réinsertion dans la société véritable et c'est une mesure de dignité pour nous-mêmes, pour la République ».

[612] Articles L. 412-1 à L. 412-25 du Code pénitentiaire.

[613] Articles L. 412-10 à L. 412-18 du Code pénitentiaire.

[614] Article L. 412-12 du Code pénitentiaire.

[615] Article L. 412-11 du Code pénitentiaire.

[616] Article L. 412-12 du Code pénitentiaire.

[617] Article L. 412-13 du Code pénitentiaire.

[618] Article L. 412-12 du Code pénitentiaire.

[619] Article L. 412-20 du Code pénitentiaire. Cette disposition est complétée par l'article D. 412-64 du même code selon lequel « ainsi, en vertu des dispositions de l'article D. 412-64 du Code pénitentiaire, « la rémunération du travail accompli dans le cadre du contrat d'emploi pénitentiaire est une rémunération horaire, qui ne peut être inférieure aux taux suivants : 45 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance pour les activités de production ; 33 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance pour le service général, classe I ; 25 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance pour le service général, classe II ; 20 % du salaire minimum interprofessionnel de croissance pour le service général, classe III ».

faible rémunération ? Dans la mesure où ces « réformes » sont récentes, il est trop tôt pour observer les effets concrets de ces nouvelles dispositions.

Une volonté commune à l'effectivité discutable. La question de la réinsertion des patients DSPSC semble obéir à une logique commune, mais avec des moyens alloués insuffisants. Si la prise en compte des besoins et des attentes du patient au cours de sa vie, tant sur le plan médical *stricto sensu* que personnel est essentielle, il faut également tenir compte de ses opinions et de ses souhaits lorsque ce dernier n'est plus en état de s'exprimer par soi-même ou que la maladie ne peut plus être guérie. Au même titre que pour le patient en milieu libre, les patients DSPSC doivent être en mesure d'exprimer leurs aspirations en matière de fin de vie.

§ 2 : La prise en charge de la fin de vie du patient

Une question déjà complexe en milieu libre. Selon le dernier alinéa de l'article L. 1110-5 du CSP, « toute personne a le droit d'avoir une fin de vie digne et accompagnée du meilleur apaisement possible de la souffrance. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour que ce droit soit respecté ». L'emploi de la terminologie « toute personne » indique que cette disposition s'applique tant dans le milieu libre qu'au sein des lieux privatifs de liberté. Elle découle du respect de la dignité de la personne humaine. Une observation similaire peut être faite à l'égard de l'article L. 1110-9 du même code selon lequel « toute personne malade dont l'état de santé le requiert a le droit d'accéder à des soins palliatifs[620] et à un accompagnement ». Alors que des difficultés apparaissent déjà en la matière dans le milieu libre[621], de nombreuses

[620] Selon l'article L. 1110-10 du CSP, « les soins palliatifs sont des soins actifs et continus pratiqués par une équipe interdisciplinaire en institution ou à domicile. Ils visent à soulager la douleur, à apaiser la souffrance psychique, à sauvegarder la dignité de la personne malade et à soutenir son entourage ».

[621] Dans son avis publié le 10 avril 2018, le Conseil économique, social et environnemental évoque la situation d'un « mal mourir » en France (CESE, *Fin de vie : la France à l'heure des choix*, Rapport, avril 2018, p. 23). Il dénonce l'insuffisance quantitative de l'offre de soins palliatifs, l'usage relativement réduit de la sédation profonde et continue, mais aussi l'existence de situations exceptionnelles d'agonies prolongées ou de douleurs incontrôlables pour lesquelles la loi actuelle n'offre aucune solution. Ces éléments de faits ont été repris lors de l'exposé des motifs de la proposition de loi visant à affirmer le libre choix de la fin de vie et à assurer un accès universel aux soins palliatifs enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 19 janvier 2021 par la formule « Aujourd'hui nous mourons mal en France ». Cité par CASTAING Cécile, « Brèves remarques sur la législation des pratiques euthanasiques », *RDSS*, 2021, p. 500.

interrogations émergent dans le cadre de la prise en charge de la fin de vie au sein des soins psychiatriques sans consentement (A) et dans le milieu carcéral (B).

A : La fin de vie en SPSC

La fin de vie : une interrogation souvent éludée en psychiatrie. Au même titre que pour les patients libres, les choix relatifs à la fin de vie du patient admis en SPSC doivent demeurer personnels. En l'espèce, une première difficulté se présente. Comment savoir si le patient atteint de troubles psychiques comprend l'ensemble des informations délivrées en la matière ? Comment être certain que la volonté qu'il pourrait exprimer en retour traduise une expression personnelle libre et éclairée ? La réponse à l'ensemble de ces questions n'est pas aisée. De plus, dans la mesure où l'on décède rarement en milieu psychiatrique[622], les réflexions en la matière se font plutôt rares. Pourtant, comme ces patients voient leur espérance de vie amputée de 15 à 20 ans par rapport à la population générale[623], de telles interrogations méritent d'être posées et si possible résolues. Pour tenter d'y parvenir, une bonne compréhension de la situation clinique du patient s'impose (1) avant de voir comment sa volonté peut être entendue et respectée (2).

1) La situation clinique du patient en fin de vie dans le cadre des SPSC

Le tabou de l'approche palliative en psychiatrie. L'appréhension de la fin de vie n'est jamais une chose aisée, tant pour le patient et ses proches que pour l'ensemble du personnel de l'équipe de soins. Se questionner sur la fin de vie, c'est anticiper sa volonté

[622] ALLIBERT Philippe, « Fin de vie et psychiatrie », *INTERCOM*, n° 43, avril 2015, p. 1.
[623] HEDEF Valérie, « Patients psychiatriques en soins palliatifs : une prise en charge complexe », *Dossier Soins palliatifs*, 1er janvier 2018.

quant aux actions futures que l'on souhaite voir réalisées, ou non, sur notre corps. Ces dernières relèvent traditionnellement du somatique. La problématique est qu'« en psychiatrie, les missions premières sont de prendre en charge une souffrance psychique, un trouble de la personnalité, du comportement. De plus, déceler un trouble somatique et/ou identifier la maladie est également complexe car les patients ont parfois une relation au corps particulière[624] ». Dans ce contexte, il parait délicat d'aborder la question de la fin de vie ; l'adoption d'une approche palliative pour des problèmes de santé mentale sévères et persistants constituant encore un tabou[625].

Une formation médicale à renforcer. Pour tenter d'appréhender cette question, il est primordial de comprendre les interactions qui peuvent se créer entre le somatique et le psychiatrique. Là encore, il convient de souligner que la psychiatrie est une discipline médicale récente par rapport aux autres spécialités. Aussi est-il possible de constater une « dichotomie qui existe encore entre le corps et l'esprit pour les professionnels de santé du fait d'une méconnaissance réciproque des compétences du somatique et du psychiatrique dans ce domaine, et d'un cloisonnement des spécialités (médecine très spécialisée, très technique)[626]». Si dans les unités de soins psychiatriques les équipes sont formées aux difficultés générées par des patients dyscommunicants, imprévisibles et présentant des troubles du comportement, cela n'est pas obligatoirement le cas dans le cadre des unités de soins palliatifs qui relèvent traditionnellement des soins somatiques.

Face à ces écueils, l'intégration pleine et entière des troubles psychiatriques dans la prise en charge de la fin de vie du patient s'impose. Comme tout patient, ceux admis en SPSC ont « le droit de préparer leur mort. C'est d'abord une question individuelle avant d'être une question de société. C'est pour cela que les professionnels de santé en psychiatrie ont le devoir de recueillir, peut être plus encore que les autres professionnels de santé, les directives anticipées du patient ou sa volonté oralement exprimée même si sa pathologie complique cette expression[627] ». Pour faciliter cette démarche, la mise en commun des savoir-faire de chaque spécialité est nécessaire afin de créer une réflexion pluridisciplinaire autour de cette question. Dans la mesure où les droits relatifs à la fin de vie du patient du

[624] Intervention de Carine REY, infirmière au centre médico-psychologique de Sainte-Marie de Decazeville dans le cadre de la 16ème journée régionale de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) le 13 octobre 2017 à Toulouse.
[625] BOUTHILLIER Marie-Eve, VAILLANCOURT Hugues, « Psychiatrie, soins palliatifs et fin de vie : des univers (ir)réconciliables ? Le cas de Madame Sanchez », *Revue canadienne de bioéthique*, 2020, n° 3, pp. 43-53.
[626] Intervention du Dr Radoine Haoui, psychiatre au Centre hospitalier Gérard Marchant à Toulouse dans le cadre de la 16ème journée régionale de la Société française d'accompagnement et de soins palliatifs (SFAP) le 13 octobre 2017.
[627] ALLIBERT Philippe, « Fin de vie et psychiatrie », *INTERCOM*, n° 43, avril 2015, p. 1.

patient s'inscrivent dans le prolongement du droit à la dignité de la personne humaine, il apparait essentiel de replacer la personne, bien qu'elle soit atteinte de troubles mentaux, au cœur de cette réflexion pluridisciplinaire.

2) Le renforcement des droits du patient en fin de vie dans les SPSC

L'actuel recueil d'une simple observation. L'alinéa 2 de l'article L. 3211-3 du CSP énonce qu'« avant chaque décision prononçant le maintien des soins (…) ou définissant la forme de la prise en charge (…), la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état ». Il convient d'observer que le législateur n'emploie pas le terme de « consentement ». C'est la notion « d'observation » qui est privilégiée. Si dans le sens commun la notion d'observation est polysémique, elle est employée ici comme synonyme d'avis ou de remarque. Dans le domaine du soin, l'avis n'a aucune valeur contraignante à l'égard du corps médical. Il ne s'agit que de simples indications. Au regard de cette disposition, seule la bienveillance de l'équipe de soins permettrait à la personne souffrant de troubles psychiques d'exprimer ses souhaits en matière de fin de vie. Cette situation n'est évidemment pas satisfaisante, car elle place le patient dans une situation de vulnérabilité, voire de dépendance. Pour tenter de dépasser cette situation, des outils instaurés par d'autres branches du Droit peuvent être convoqués. Tel est le cas de la tutelle, des directives anticipées ou encore de la personne de confiance.

L'exploitation des outils de la tutelle. Au regard de la situation pathologique du patient, il n'est pas rare que ce dernier soit placé sous un régime de tutelle. La nouvelle rédaction de l'alinéa 1 de l'article 459 du Code civil[628] dispose que « hors les cas prévus à l'article 458, la personne protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet ». Sous réserve de pouvoir attester médicalement d'un état de santé suffisant pour exprimer une volonté personnelle, le patient en SPSC placé sous tutelle

[628] Rédaction issue de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.

pourrait être à même de prendre les décisions qu'il juge opportunes et adéquates pour sa fin de vie.

Les « directives anticipées » en psychiatrie. Le législateur a instauré des outils juridiques pour permettre à toute personne d'anticiper les aléas de la vie. En matière médicale, cette anticipation se traduit par l'instauration des directives anticipées[629]. Par leur effet contraignant[630], la problématique ne devrait pas se poser si le patient a accompli cette démarche avant son admission. Cependant, la rédaction de ce document suscite un intérêt limité au sein de notre société[631]. Il est donc peu probable que cette situation se présente. Néanmoins, pour permettre au patient de s'exprimer sur le sujet, une nouvelle « création » est apparue : les directives anticipées en psychiatrie (DAP) [632].

Contrairement à ce qu'il est possible de croire, les DAP n'ont rien à voir avec la notion de directives anticipées reconnue dans le CSP. Ce document est assimilable à une fiche d'informations personnelles et de recueil des souhaits du patient. Il permet de « forger l'alliance thérapeutique dans la mesure où les soignants vont venir proposer de remplir cela avec le patient afin de respecter tous les choix qu'il va pouvoir faire tout au long de sa vie et cette démarche va se faire quand la personne ne souffre pas de symptômes et qu'elle est en mesure d'avoir un discernement convenable[633] ». Si ce document peut se révéler être une ressource précieuse[634], encore faut-il savoir quelle est la valeur de document. En effet, si la valeur contraignante des directives anticipées « classiques » est affirmée textuellement par la loi, rien n'est indiqué pour les DAP. Dans ce contexte, se pose la question de savoir quelle sera la valeur des dires du patient si ce dernier, au cours des échanges avec le personnel soignant, évoque la question de la fin de vie et exprime des souhaits dans ce domaine. Nous observerons que dans la mesure où les directives anticipées ont une durée de vie illimitée, toute rédaction opérée entre 2016[635] et l'entrée en SPSC trouve à s'appliquer, sous réserve qu'elles soient proportionnées et adaptées à la situation du patient.

[629] Ce mécanisme est prévu à l'article L. 1111-11 du CSP.
[630] L'alinéa 3 de l'article L. 1111-11 du CSP dispose qu'elles « s'imposent au médecin pour toute décision d'investigation, d'intervention ou de traitement, sauf en cas d'urgence vitale pendant le temps nécessaire à une évaluation complète de la situation et lorsque les directives anticipées apparaissent manifestement inappropriées ou non conformes à la situation médicale ».
[631] Dans le cadre d'une enquête menée par France Assos Santé en 2020, 8% des personnes interrogées avaient rédigé leurs directives anticipées. https://www.france-assos-sante.org.
[632] Afin de mieux sensibiliser les professionnels de santé sur le sujet, une journée de sensibilisation aux directives anticipées en psychiatrie a été organisée par le Centre hospitalier du Vinatier le 9 janvier 2023.
[633] CERBAI Mathieu, « Le point de vue des usagers : le parcours (du combattant) du rétablissement », Atelier-Débat « L'impact de la loi du 4 mars 2002 sur les soins en santé mentale, *in* PY Bruno (dir.), *20 ans de la loi du 4 mars 2002, Droits des patients – quid novi ?*, Bordeaux, LEH, coll. À la croisée des regards, 2022, p. 296.
[634] Sur ce point, V. l'étude menée par l'équipe du service hospitalo-universitaire de santé mentale adulte du Professeur Christophe LANÇON à l'AP-HM. TINLAND Aurélie, LOUBIERE Sandrine, MOUGEOT Frédéric, et al. « Effet des directives préalables en psychiatrie facilitées par des pairs aidants sur l'admission obligatoire chez les personnes atteintes de maladie mentale : un essai clinique randomisé », *JAMA Psychiatrie*, n° 79, 2022, pp. 752–759.
[635] Auparavant, les directives anticipées étaient valables pour 5 ans. Elles n'avaient pas de valeur contraignante.

Dans cette hypothèse une vigilance particulière devra s'opérer afin de ne pas confondre les souhaits exprimés dans les directives anticipées et ceux relevant des DAP.

La consultation de la personne de confiance. Enfin, il est toujours possible de s'en référer à la personne de confiance. Bien que sa désignation ne fasse pas partie des droits expressément cités par l'article L. 3211-3 du CSP, aucune disposition ne s'y oppose. Elle est même encouragée dans la mesure où la personne de confiance peut être associée au bon déroulé des soins[636]. Sa désignation s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 1111-6 du CSP, mais une attention particulière devra être portée à la désignation d'une personne de confiance par un patient placé sous tutelle ou curatelle renforcée[637]. Hormis cette particularité, la mission de la personne de confiance ne diffère pas de celle prévue à l'égard du patient libre. Si le patient le désire, elle pourra assister le patient lors de ces consultations. Lorsque le patient en SPSC ne sera pas en état de manifester sa volonté, la personne de confiance sera consultée. Elle formulera un avis qui ne dispose d'aucun effet contraignant à l'égard du corps médical. Seule la bienveillance du médecin permettra la prise en considération de ses dires.

Des outils existants, mais inexploités. Le patient en SPSC peut donc avoir à sa disposition plusieurs outils pour exprimer ses souhaits en matière de fin de vie. Encore faut-il que ces derniers lui soient clairement explicités et qu'il puisse être correctement accompagné dans cette démarche. Le manque de personnel et l'absence de formation adéquate sur ce sujet justifient la poursuite des efforts initiés. Il en va de même lorsque nous étudions la question de la fin de vie en milieu carcéral.

[636] Tel est le cas des personnes habilitées à accompagner le patient lors des sorties de courte durée.

[637] Article L. 1111-6 alinéa 5 du CSP : « Lorsqu'une personne fait l'objet d'une mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne, elle peut désigner une personne de confiance avec l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué. Dans l'hypothèse où la personne de confiance a été désignée antérieurement à la mesure de tutelle, le conseil de famille, le cas échéant, ou le juge peut confirmer la désignation de cette personne ou la révoquer ».

B : La fin de vie en prison

Un sujet tautologique. « S'interroger sur la fin de vie en milieu carcéral paraît relever de la tautologie tant la prison est en soi une fin de vie[638] ». Pourtant, depuis les affaires *Kudla c/ Pologne*[639] et *Mouisel c/France*[640], l'appréciation de l'état de santé d'un détenu sous l'angle de l'article 3 de la CESDH a servi de fondement à plusieurs jurisprudences[641].

Au regard de la promiscuité et de l'insalubrité du milieu carcéral, la question de la fin de vie du patient détenu prend une dimension particulière. Alors que l'accès aux soins de base génère déjà des difficultés, comment envisager cette question dans un contexte où « les exigences médicales et soignantes s'avèrent être le plus en contradiction avec les exigences sécuritaires et que la personne est particulièrement exposée à un traitement inhumain et dégradant[642] ».

Pour répondre à ces interrogations, le législateur français est intervenu afin d'élaborer un cadre juridique relatif à la suspension médicale de peine (1). Cependant, sa mise en œuvre n'est pas toujours aisée. En conséquence, une réflexion sur l'application des mesures de droit commun en la matière s'impose (2).

1) L'instauration d'une suspension médicale de peine

Une influence *a minima* de la CEDH. La reconnaissance d'un droit à la fin de vie digne à l'égard du patient détenu a été influencée par l'interprétation dynamique de l'article 3 de la CESDH. Dans la mesure où les juges européens n'ont jamais expressément consacré une obligation générale de libération du détenu gravement malade, cette

[638] CASILE-HUGUES Geneviève, « La fin de vie en milieu carcéral », *Les cahiers de droit de la santé*, n° 21, 2015, p. 237.
[639] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/Pologne*, req. n° 30210/96.
[640] CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/France*, req. n° 67263/01.
[641] V. par exemple CEDH, 7 juin 2001, *Papon c/France*, req. n° 64666/01.
[642] CASTAING Cécile, « La fin de vie des personnes détenues », *RDSS*, 2020, p. 509.

reconnaissance incombe au législateur de chaque État membre[643]. Ce dernier doit prendre en considération les conditions de détention de la personne, mais également sa capacité à supporter la détention[644] lorsque la problématique relative à son état de santé se pose[645]. Pour parvenir à cet objectif, la construction du droit à la fin de vie digne en détention s'est faite en plusieurs étapes.

La création de la suspension médicale de peine. La première mesure est issue de la loi du 4 mars 2002. Il s'agit de la suspension médicale de peine, codifiée à l'article 720-1-1 du CPP[646]. Initialement, elle s'appliquait uniquement aux personnes condamnées[647]. Les personnes prévenues étaient exclues de ce dispositif[648], au même titre que les personnes détenues souffrant de troubles mentaux. Le texte imposait que deux expertises médicales distinctes soient concordantes, mais compte tenu du temps nécessaire pour réaliser ces missions[649], cette démarche était généralement inutile en raison du décès du détenu en cours de la procédure. Si la libération pouvait être accordée pour une durée indéterminée[650], il fallait démontrer que le requérant était atteint d'une pathologie engageant un pronostic vital[651] ou que son état de santé physique et/ou mental était durablement incompatible avec le maintien en détention[652].

Un assouplissement procédural induit par la loi pénitentiaire de 2009. Pour tenter de combler ces difficultés, la loi pénitentiaire de 2009 prévoyait la libération du

[643] Cette position s'explique par le fait que les atteintes prétendues aux garanties offertes par l'article 3 de la CESDH sont appréciées *in concreto.*

[644] La « capacité à la détention » est une notion jurisprudentielle qui s'apprécie au regard de trois critères : la condition du détenu, la qualité des soins dispensés et l'opportunité du maintien en détention au vu de l'état de santé de requérant. La qualité des soins ainsi que leur caractère adéquat est le critère le plus fondamental, peu importe que ces derniers soient dispensés au sein de l'établissement pénitentiaire ou à l'extérieur de ce dernier (CEDH, 19 février 2005, *Helhal c/France*, req. n° 10401/12.). Lorsqu'il est médicalement établi que l'état de santé de la personne détenue est incompatible avec son maintien en détention, l'administration pénitentiaire a l'obligation d'autoriser le détenu à suivre des soins adaptés à sa condition à l'extérieur de l'établissement. CASILE-HUGUES Geneviève, « La fin de vie en milieu carcéral », *Les cahiers de droit de la santé*, n° 21, 2015, p. 241. Ainsi, l'objectif est d'instaurer « une mesure d'humanité destinée aux détenus mourants afin que la prison ne devienne pas un mouroir ». FAUCHON Pierre, « Droit des malades et qualité du système de soins », Avis de la commission des lois, Sénat, 2001-2002, n° 175.

[645] CASILE-HUGUES Geneviève, « La fin de vie en milieu carcéral », *Les cahiers de droit de la santé*, n° 21, 2015, p. 241.

[646] Il est également possible de trouver la dénomination « suspension de peine pour raison médicale » ou « suspension de peine pour raison humanitaire ».

[647] METTETAL Anne, « L'inégalité des détenus en fin de vie devant l'élargissement », *RGDM*, L'éthique et la mort, numéro spécial, 2004, p. 91 ; PONSEILLE Anne, « Plaidoyer pour la création de la suspension de détention provisoire pour raisons médicales, entre nécessité et inutilité » *RDS*, n° 42, pp. 415-422.

[648] Pour les personnes placées en détention provisoire, les juges du Quai de l'horloge ont refusé l'application de ce dispositif à leur égard (Cass. Crim., 26 février 2003, n° 02-88131). Le CCNE, dans son avis n° 94 du 26 octobre 2006 relatif à la santé et à la médecine en prison avait qualifié ce point de « discrimination créant un problème éthique majeur ». CCNE, *Avis n° 94 relatif à la santé et à la médecine en prison*, p. 17 et s.

[649] La CEDH reconnut une violation de l'article 3 de la CESDH en raison de délais procéduraux longs et inappropriés pour statuer sur les demandes de suspension de peine, impliquant l'examen de pathologie engageant le pronostic vital ou d'un état de santé incompatible avec la détention. CEDH, 21 décembre 2010, *Raffray Taddei c/France*, req. n° 36435/07.

[650] Cass. Crim., 12 février 2003, n° 02-86531.

[651] Le législateur n'a pas clairement défini ce qu'il entendait par « pronostic vital ». Aussi, en dépit du principe d'interprétation stricte de la loi pénale, la Cour de cassation a exigé que le pronostic vital soit engagé « à court terme ». Cass. Crim., 28 septembre 2005, n° 05-81010. Si le pronostic vital ne peut être retenu, alors la requête doit être fondée sur l'état durablement incompatible avec le maintien en détention (Cass. Crim., 15 mars 2006, n° 05-83684).

[652] Viole ainsi les dispositions de l'article 3 de la CESDH le maintien d'un détenu paraplégique dans l'impossibilité de se déplacer par ses propres moyens avec son fauteuil roulant dans la prison. CEDH, 24 octobre 2006, *Vincent c/France*, req. n° 6253/03.

détenu dont le pronostic vital était engagé sur la base d'un seul certificat médical établi par le médecin responsable de l'établissement[653]. La portée de cette proposition est restée limitée. D'une part, elle ne s'appliquait qu'à l'égard de la personne détenue dont le pronostic vital était engagé. D'autre part, aucune disposition ne venait corriger l'inégalité de traitement à l'égard des personnes placées en détention provisoire. Il fallut attendre la loi du 15 août 2014[654] pour que ce dispositif soit applicable à l'ensemble des personnes enfermées au sein d'un établissement pénitentiaire[655] ; exception faite des personnes détenues admises en soins psychiatriques sans consentement pour qui cette possibilité n'a été envisageable qu'à partir de 2019[656].

Une disposition peu usitée. Aujourd'hui, le cadre juridique des suspensions médicales de peine[657] semble « correspondre à l'idée de respect de la dignité en fin de vie, mais également de ne pas infliger des souffrances supérieures à celles résultant de la privation de liberté[658] ». L'idée sous-jacente est que la personne détenue en fin de vie puisse passer ses derniers jours dans un environnement acceptable et décent[659] ainsi qu'un temps suffisant auprès des siens[660]. Malgré les aménagements législatifs, ces demandes sont rarement sollicitées[661] et sont rarement accordées[662]. Un tel constat laisse place à la lassitude des patients détenus.

Un mécanisme à affiner. Au regard des formulations employées par le législateur, l'application de ce dispositif à l'égard de certaines situations interroge. En effet, la loi fait référence à un état médical résultant d'une pathologie. Cependant, la dégradation de l'état de santé d'une personne détenue ne relève pas exclusivement d'une situation pathologique. La violence, la grève de la faim et l'automutilation peuvent conduire à des situations où le pronostic vital peut être engagé. En exigeant la démonstration d'une

[653] Article 79 de la loi pénitentiaire de 2009.
[654] Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales.
[655] Pour la suspension médicale en matière de détention provisoire, V. article 147-1 du CPP.
[656] Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.
[657] Parmi les autres aménagements de peine, il y a la libération sous contrainte décidée par le juge d'application des peines. Ce dispositif s'adresse à toute personne condamnée à une ou plusieurs peines privatives de liberté ne dépassant pas une durée totale de cinq ans et ayant déjà purgé les deux tiers de la peine. Un examen systématique de la situation de la personne a été instauré en vue du prononcé d'une telle mesure avec le consentement de la personne détenue. Le reste de la peine à subir pourra prendre la forme d'une libération conditionnelle, d'une détention à domicile sous surveillance électronique, d'un placement à l'extérieur ou d'une semi-liberté. Le fractionnement et la suspension de peine de droit commun sont deux autres dispositifs judiciaires qui ne concernent que les personnes dont le reliquat de peine correctionnelle est de deux ans au plus. Ils peuvent être demandés pour tout motif d'ordre médical. Ces aménagements de peines, qui ne visent que la matière correctionnelle, n'ont pas été conçus pour les situations de fin de vie. CASTAING Cécile, « La fin de vie des personnes détenues », *RDSS*, 2020, p. 511.
[658] CASILE-HUGUES Geneviève, « La fin de vie en milieu carcéral », *Les cahiers de droit de la santé*, n° 21, 2015, p. 245.
[659] *Ibidem*, p. 246.
[660] HERZOG-EVANS Martine, « La suspension de peine médicale de Maurice Papon », *Recueil Dalloz*, 2002, p. 1893.
[661] Il convient de rappeler que la suspension de peine constitue une faculté pour le juge (Cass. Crim., 29 octobre 2003, n° 03-80.374).
[662] DELARUE Jean-Marie, *En prison, L'ordre pénitentiaire des choses*, Paris, Dalloz, 2018, coll. « Le sens du Droit », p. 523.

pathologie, le législateur fait « perdre son caractère humanitaire au dispositif[663] ». Il effectue « un tri entre les différentes causes de la fin de vie, certaines permettant à la personne de bénéficier d'un tel dispositif, d'autres le lui interdisant[664] ». Aussi, serait-il souhaitable de remettre au cœur de ce processus l'esprit humanitaire initialement insufflé et ne prendre en considération que l'état clinique du patient. Cette situation est amenée à connaître une évolution grâce à l'influence jurisprudentielle européenne et nationale.

L'influence des récentes jurisprudences européennes et internes. En 2019, la Cour de cassation énonçait qu'une « éventuelle atteinte à la dignité de la personne, en raison de conditions de détention, si elle est susceptible d'engager la responsabilité de la puissance publique en raison du mauvais fonctionnement du service public, ne saurait constituer un obstacle légal au placement et maintien en détention provisoire[665] », sauf si conformément à sa jurisprudence antérieure, le requérant démontre un risque pour sa santé[666]. Cette position fut récemment abandonnée[667] et n'est sans doute pas étrangère[668] à la décision de la CEDH condamnant la France pour traitements inhumains et dégradants en détention[669] en janvier 2020. Dans la mesure où cette jurisprudence a permis la création d'un nouveau recours prévu à l'article 803-8 du CPP, la question de la fin de vie des personnes détenues pourra alors être abordée sous ce nouvel angle[670].

Il ne faut pas oublier que le patient détenu aspire à être soumis aux mêmes règles que le patient en milieu libre. Aussi nous faut-il voir de quelles manières ces dernières peuvent-elles s'appliquer.

[663] CASTAING Cécile, « La fin de vie des personnes détenues », *RDSS*, 2020, p. 510.
[664] *Ibidem.*
[665] Cass. Crim., 18 septembre 2019, n° 19-83950.
[666] Cass. Crim., 29 février 2012, n° 11-88441.
[667] Cass. Crim., 8 juillet 2020, n° 20-81739.
[668] V. PONSEILLE Anne, « Les mesures de libération pour raison médicale de personnes détenues : quelle(s) évolution(s) ?, *Revue Droit & Santé*, n° 100, mars 2021, p. 190.
[669] CEDH, 30 janvier 2020, *J.M.B et autres c/France*, req. n° 9671/15.
[670] La mesure ayant été adoptée par la loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, il est, à l'heure actuelle, un peu prématuré d'évaluer les conséquences de cette nouvelle disposition dans le cadre de la fin de vie.

2) La délicate application des dispositifs de droit commun relatifs à la fin de vie

Des prérogatives par principe similaires à celles du patient libre. À l'exception des suspensions médicales de peines, aucun autre dispositif spécifique au milieu carcéral n'a été adopté[671] pour gérer la fin de vie de la personne détenue. La prison étant considérée comme « un lieu de mort, de maladie et de vieillesse[672] », une réflexion sur l'application des dispositifs de droit commun dans ce lieu singulier n'est pas superflue.

Les différents dispositifs prévus par le CSP dans le cadre de la fin de vie n'excluent pas leur application au sein de la prison. Le patient détenu dispose donc, outre le droit à une fin de vie digne, d'un apaisement de sa souffrance[673], du droit à la sédation profonde et continue[674], de l'accès aux soins palliatifs[675], du droit de rédiger ses directives anticipées[676] et du droit de désigner une personne de confiance[677] qui sera susceptible de l'assister dans ses choix[678]. Cependant, l'impératif sécuritaire peut restreindre ces prérogatives. Tel est le cas de l'assistance de la personne de confiance dont la venue reste toujours conditionnée à l'octroi d'un permis de visite. Il conviendra de limiter au strict nécessaire ces atteintes dans la mesure où le droit à la fin de vie est un prolongement du droit au respect de la personne humaine. Si rien n'interdit la prise en charge d'un patient en soins palliatifs à l'extérieur de l'établissement pénitentiaire, les contraintes liées à l'hospitalisation en UHSI rendent délicate la mise en œuvre effective de ces droits.

Pour tenter de pallier ces difficultés, un autre axe de réflexion réside dans le développement des unités mobiles de soins palliatifs[679]. Si cette unité est instaurée au sein de l'établissement de santé de référence, il est donc possible pour cette dernière d'intervenir en milieu carcéral, sous réserve que les formalités administratives relatives aux autorisations d'accès pour chacun des membres de l'équipe de soins soient réalisées. Il est également indispensable que les locaux de l'USMP soient adaptés à la dispense de tels soins. Si des cellules situées à proximité de l'unité sanitaire peuvent être réservées à

[671] CASTAING Cécile, « La fin de vie des personnes détenues », *RDSS*, p. 508.
[672] CCNE, Avis n° 94 relatif à la santé et la médecine en prison.
[673] Alinéa 2 de l'article L. 1110-5 du CSP.
[674] Article L. 1110-5-2 du CSP.
[675] Article L. 1110-9 du CSP.
[676] Alinéas 2 et 3 de l'article L. 1111-4 du CSP.
[677] Article L. 1111-11 du CSP.
[678] Cette assistance reste néanmoins soumise à l'obtention d'un permis de visite valide. V. Article L. 322-12 du Code pénitentiaire.
[679] Tel est le cas par exemple à Bordeaux avec l'hôpital Saint-André.

l'hébergement des patients détenus, cette organisation est temporaire et n'a pas vocation à durer[680]. Il en va de même pour les places en UHSI[681] en dépit d'une recommandation du Contrôleur général des lieux de privation de liberté[682].

L'influence du concept de moindre éligibilité. Malgré les aménagements législatifs et jurisprudentiels opérés, la question de la fin de vie en prison apparait comme fragile et inadaptée à la réalité des situations rencontrées. Contrairement aux SPSC où les difficultés se cristallisent essentiellement sur la question du consentement, les obstacles résident ici dans le fait de trouver un point d'équilibre entre la préservation de la dignité des personnes détenues et les attentes pénales de la société. Cette dernière peut voir dans tous ces aménagements un moyen « détourné » pour les personnes détenues de ne pas exécuter l'intégralité de leur peine. Nous retrouvons ici l'influence du concept de moindre éligibilité. Face à ce dilemme, la position du juge est délicate. Elle risque d'être encore plus complexe avec l'introduction du nouveau recours en cas d'atteinte à la dignité humaine[683]. Gageons que ce dernier sera se montrer à la hauteur de son rôle de gardien des libertés individuelles et qu'une réflexion complète, collective et pluridisciplinaire sur les pratiques professionnelles en milieu carcéral permettront de remédier aux carences observées.

[680] Article D. 370 du Code de procédure pénale. Cité par CASTAING Cécile, « La fin de vie des personnes détenues », *RDSS*, 2020, p. 509.
[681] « Le rapport fait par l'Inspection générale des affaires sociales et l'Inspection générale des services judiciaires en 2011 relevait que lorsque la personne bénéficiant d'un aménagement de peine n'a pas pu trouver un hébergement, l'UHSI a « naturellement vocation à accueillir les patients qui le souhaitent pour terminer leur vie dans des conditions médicales et carcérales adaptées à leur état de santé ». IGAS RM2011-106P et IGSJ 52-2011, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, juin 2011, p. 43 § 219 et 220. Cité par CASTAING Cécile, *op. cit.*, p. 509.
[682] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de visite UHSI de Marseille*, janvier 2009, p. 13.
[683] Article 808-8 du CPP.

Conclusion Titre I

Des murs perméables aux droits fondamentaux du patient. Bien que la prison et l'institution psychiatrique soient des lieux singuliers, leurs murs ne sont pas en mesure d'imposer des dérogations aux deux droits fondamentaux du patient que sont le respect de la dignité humaine et le droit à la protection de la santé. Leur reconnaissance, à l'égard des patients DSPSC, est solidement consacrée par l'ensemble des normes internationales et internes. En dépit des méfaits[684] commis ou des troubles psychiques dont souffre la personne, la qualité de personne humaine est intangible et « on ne peut imaginer qu'il y ait deux qualités de normes selon qu'il s'agit d'un citoyen libre ou d'un citoyen détenu[685] ».

Des patients à part entière de notre système de santé. Même si la prise en charge des patients DSPSC s'effectue dans des lieux spécifiques, ces derniers demeurent, à part entière, des usagers de notre système de santé. L'offre de soins qui leur est proposée tend à être similaire à celle proposée en milieu libre. Cependant, la forte dégradation des conditions matérielles du milieu médical ainsi que les difficultés de recrutement dans ces domaines affectent fortement cet idéal. De plus, l'impératif sécuritaire qui entoure ces lieux est souvent difficilement conciliable avec les impératifs médicaux.

Des efforts à poursuivre aux fins d'harmonisation avec le milieu libre. Si la consécration des droits fondamentaux des patients à l'égard des patients DSPSC était un préalable indispensable, de nombreux efforts sont à fournir aux fins d'harmonisation avec le milieu libre. Dans la mesure où la qualité de personne humaine ne peut souffrir d'aucune altération, les droits du patient qui en découlent doivent subir les restrictions les plus nécessaires au maintien de l'impératif sécuritaire et sanitaire dans ces lieux singuliers. Reste à savoir si les droits reconnus au patient en tant qu'usager du système de santé sont soumis à ces mêmes contraintes.

---

[684] « La culture humaniste de notre pays nous enjoint de ne jamais oublier qu'un criminel n'en reste pas moins Homme. Cela signifie pour la question pénitentiaire que la protection de sa dignité, élément majeur de l'identité Humaine, doit être au mieux préservée y compris pendant le temps carcéral de la peine. » - Extrait de la conclusion du rapport de Monsieur Paul-Roger GONTARD cité par BOCKEL Jean-Marie, « Le détenu, un citoyen : les règles pénitentiaires européennes » in PAULIAT Hélène, NÉGRON Éric, BERTHIER Laurent (dir.), *La prison : quel(s) droit(s) ?*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, p. 33.

[685] GIACOPELLI Muriel, « Le détenu citoyen », *RPDP*, 2008, n° 4, p. 811.

Titre II : La prise en compte de l'expression de la personne dans les droits des patients DSPSC

Le patient DSPSC : un usager du système de santé. Dans notre législation sanitaire, le patient est considéré comme un usager du système de santé[686]. Ce terme peut se définir comme « la personne qui est en relation avec l'Administration, sans être un agent public ni un cocontractant (…). Plus spécifiquement, l'usager est l'utilisateur effectif d'un service public, d'un ouvrage public ou d'une dépendance du domaine public[687] ». Dans sa rédaction, le CSP utilise la formule « usager du système de santé » et non simplement « usager du service public hospitalier ». En conséquence, l'ensemble des prérogatives énoncées s'appliquent à tous les établissements de santé.

Le patient DSPSC : un patient censé être titulaire des prérogatives du patient libre. Depuis la loi du 4 mars 2002, le patient, en concertation avec les professionnels du soin, est censé prendre de manière libre et éclairée, les décisions qu'il estime opportunes pour préserver sa santé. Comme les patients DSPSC font pleinement partis de notre système de santé, cette dynamique est censée se retrouver dans leur prise en charge.

Pour qu'une telle démarche soit effective, il est indispensable que l'expression de leur volonté soit prise en considération par l'autre « coauteur de la relation médicale », à savoir le médecin (Chapitre I). Néanmoins, il n'est pas le seul concerné par cette démarche. Les établissements de santé sont également tenus à cette obligation (Chapitre II).

[686] Le chapitre premier du titre premier du livre premier du CSP s'intitule « Information des usagers du système de santé et expression de leur volonté ».
[687] VAN LANG Agathe, GONDUIN Geneviève, *Dictionnaire de droit administratif*, 8ème éd., Paris, Sirey, 2021, p. 578.

Chapitre I : La prise en compte de l'expression du patient par le corps médical

Un patient profane à informer. De manière générale, l'expression permet de « rendre manifeste par toutes sortes de signes (langage écrit, oral, geste, attitude, réaction émotionnelle, etc.), de façon volontaire ou non, ce que l'on est, pense ou ressent[688] ». Dans le cadre de la relation médicale, elle prend une importance particulière, notamment depuis la loi du 4 mars 2002.

En faisant du patient l'acteur principal de sa santé, le législateur l'incite directement à exprimer ses attentes et ses choix quant aux actions possibles à mettre en œuvre pour préserver au mieux sa santé. Pourtant, ce dernier est souvent étranger du monde médical. Aussi, faire du patient l'acteur principal de sa santé, alors que sa situation personnelle est assimilable à celle d'un profane, peut lui être préjudiciable s'il ne comprend pas les enjeux sous-jacents à son état de santé. Cette situation dommageable est d'autant plus accrue que le patient DSPSC est dans une situation de vulnérabilité. En pareilles circonstances, il est nécessaire de délivrer au patient toutes les informations utiles et nécessaires à l'expression non viciée de sa volonté (Section 1).

Des secrets à protéger. Par ailleurs, la relation médicale peut difficilement s'établir sans l'instauration d'une relation de confiance entre le patient et le professionnel de santé. Dans le cadre des échanges réalisés, il n'est pas rare que des informations personnelles soient révélées pour permettre aux professionnels de santé d'affiner leur diagnostic, mais également par besoin du patient de se confier. Dans cette optique, il convient de protéger l'expression de la volonté du patient tout au long de la relation médicale (Section 2).

[688] *Trésor de la langue française* (en ligne), V. « Exprimer ».

Section 1 : Le respect de l'expression du patient à travers le droit à l'information

Un droit d'origine jurisprudentielle. Énoncé dans l'arrêt *Teyssier*[689] de 1942, le droit à l'information disposa pendant de nombreuses années d'une unique reconnaissance jurisprudentielle. Selon les juges du Quai de l'Horloge, « le devoir d'information trouve son fondement dans l'exigence de respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine[690] ». Il fallut attendre la loi KOUCHENER de 2002 pour que cette prérogative soit consacrée et reconnue à l'ensemble des patients[691] à l'article L. 1111-2 du CSP[692].

Un droit *a priori* applicable à l'égard des patients DSPSC. Le droit à l'information doit être considéré comme absolu dans la mesure où il conditionne l'exercice effectif des autres droits du patient[693], en particulier l'expression de son consentement aux soins. Pour y parvenir, le professionnel de santé est tenu de délivrer des informations loyales, claires et appropriées[694] tout au long de la prise en charge. Il doit également veiller à la bonne compréhension de ces dernières. Dans la mesure où le législateur utilise l'expression « toute personne », aucune barrière ne semble s'opposer à l'application de cette disposition à l'égard des patients DSPSC (§ 1).

Un droit *a fortiori* aménagé. La délivrance, en amont, d'une information au patient doit lui permettre de délivrer un consentement libre et éclairé. À l'égard des patients DSPSC, plusieurs interrogations se présentent à nous. Dans quelle mesure pouvons-nous parler de « consentement » dans une hypothèse de soins où il est initialement exclu ou que le corps du patient est constamment contrôlé ? Face à ces interrogations, le législateur a dû

[689] Cass., ch. req., 28 janvier 1942, *Parcelier c/Teyssier*.
[690] Cass. Civ, 1ère, 9 octobre 2001, n° 00-14.564. Une construction similaire a été adoptée par la jurisprudence européenne qui a tiré du droit au respect de l'intégrité physique du patient, une obligation pour les États membres de prendre les dispositions nécessaires pour assurer une information préalable des patients destinée « à ce qu'ils soient en mesure de donner un accord. CEDH, 2 juin 2009, *Codarcea c/Roumanie*, req. n° 31675/04.
[691] Avant la loi KOUCHNER, le devoir d'information était énoncé dans le CSP à l'ancien article L. 1122-1 dans le cadre des recherches biomédicales. Il était également énoncé dans le Code de déontologie médicale, mais apparaissait comme un devoir professionnel et non comme un droit du patient.
[692] Il est indiqué que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ».
[693] Cass. Civ.,1ère, 6 octobre 2011, n° 10-21.241 et n° 10-26.705. Cité par BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH Editions, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 403.
[694] Cass. Civ., 1ère, 27 mai 1998, n° 96-19.161.

mettre en place plusieurs dispositifs afin que la question du consentement dans les soins psychiatriques sans consentement ainsi qu'en milieu carcéral puisse être la plus effective possible (§ 2).

§ 1 : Une reconnaissance a priori du droit à l'information du patient

Une interrogation à géométrie variable. De prime abord, l'engagement d'une réflexion relative au droit à l'information à l'égard des patients DSPSC semble avoir un intérêt limité. Si une telle démarche peut se concevoir à l'égard du patient détenu (A), des réserves peuvent être émises à l'égard de celui admis en SPSC. Dans la mesure où les troubles mentaux affectent les facultés cognitives, voire motrices, il est effectivement difficile d'imaginer comment le patient pourrait comprendre les différentes informations délivrées. Pourtant, même dans ce cadre de soins particulier, le droit à l'information ne doit pas être facultatif (B).

A : Le droit à l'information à l'égard du patient détenu

Une distorsion entre théorie et pratique. L'intégration des patients détenus au système de santé[695] implique que toutes les prérogatives qui sont accordées au patient en milieu libre doivent pouvoir être exercées au sein du milieu carcéral, sous réserve des contraintes inhérentes au respect de l'impératif sécuritaire[696]. Si la question du droit à

[695] Article 46 de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009, modifiée par l'ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010. Ce rappel est également effectué dans le cadre du Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice de 2019 (p. 111).
[696] Cette idée fut affirmée par l'article 46 de la loi pénitentiaire de 2009, reprise aux articles L. 115-2 et L. 322-1 du Code pénitentiaire.

l'information du patient détenu ne semble pas poser de difficulté (1), la réalité pratique fait état d'une information limitée (2).

1) Une reconnaissance théorique du droit à l'information

Une situation sanitaire souvent méconnue. À l'exception des cas d'urgence ou de la survenance d'une pathologie aiguë, il n'est pas rare d'observer que la précarité qui touche le patient détenu avant son incarcération affecte son état de santé[697]. D'importants retards de soins sont observables et les besoins en la matière sont importants[698], en particulier lorsque la personne n'a pas connaissance des pathologies qui l'affectent. Dans ces circonstances, la reconnaissance d'un droit à l'information revêt une importance particulière. Encore faut-il que ce droit soit effectivement reconnu par le Guide méthodologique ou par la loi.

La reconnaissance du droit à l'information par le Guide méthodologique. Le Guide méthodologique de 2019 indique que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information incombe à tout professionnel de santé dans le cadre de ses compétences et dans le respect des règles professionnelles qui lui sont applicables[699] ». Cette formulation est une reprise de l'article L. 1111-2 I du CSP. Elle confirme l'idée selon laquelle le patient détenu bénéficie du même droit à l'information que tout autre patient en milieu libre. Ce point se vérifie avec la suite de l'énoncé du Guide méthodologique[700] selon lequel « le médecin doit informer (…) des différentes investigations, traitements ou actions de prévention proposées mais également de leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences et les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent. (…). Cette information est délivrée au cours d'un entretien individuel. Elle doit être claire, loyale et appropriée, pour pouvoir être bien

[697] ÉCOLE NATIONALE DE LA SANTÉ PUBLIQUE (ENSP), *La santé en prison – objet complexe d'échange entre détenus, surveillants et personnels soignants*, Module interprofessionnel de santé publique, 2001, p. 17.
[698] MÉDECINS DU MONDE, *Observatoire de l'accès aux droits et aux soins dans les programmes de médecins du monde en France* – Rapport 2017, p. 78.
[699] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, 2019, p. 113.
[700] *Ibidem.*

comprise par la personne[701] ». Si le droit à l'information du patient détenu semble être assuré dans les mêmes conditions que le patient en milieu libre, une attention particulière devra être portée à l'égard des éventuelles barrières linguistiques qui peuvent se présenter. La mise en œuvre d'outils adéquats pour les surmonter devra être instaurée.

Une information oubliée à l'égard des frais de santé. Si cet énoncé semble complet, une interrogation se pose à l'égard de l'information sur les coûts engendrés par les actes de soins[702]. Sur ce point, le Guide méthodologique reste muet. Compte tenu de la situation précaire du patient détenu, une telle information s'avère importante. Si l'absence de cette précision peut sembler surprenante, elle s'explique par le régime de protection sociale dont bénéficie du patient détenu. Dès qu'une personne est mise sous écrou, elle est rattachée au régime général d'assurance maladie et affiliée auprès du Centre national de la protection sociale des personnes écrouées (CNPE). Cette affiliation s'opère que la personne soit condamnée ou en détention provisoire, mais également si elle bénéficie d'un aménagement de peine et qu'elle n'exerce pas d'activité professionnelle régulièrement déclarée et rémunérée. Elle est réalisée directement par l'établissement pénitentiaire[703]. Ainsi, le patient détenu bénéficie de la prise en charge de ses frais de santé en cas de maladie ou de maternité sur la base des tarifs de la Sécurité sociale, avec dispense d'avance de frais[704].

Des supports d'information rarement communiqués. Pour que ces différentes informations puissent être délivrées et expliquées, un entretien est organisé entre le praticien et le patient. Le professionnel de santé prend alors appui sur les données contenues dans le dossier du patient. Sur ce point, des règles similaires avec le milieu libre sont observables[705]. L'article L. 322-5 du Code pénitentiaire précise qu'« un dossier médical électronique unique est constitué pour chaque personne détenue ». Il est soumis aux dispositions relatives aux règles de recueil des informations des patients du CSP[706]. Si dans le milieu libre, le patient se voit remettre des documents explicitant son état de santé, la promiscuité des lieux ainsi que les fouilles intégrales de cellules rendent impossible cette

[701] Bien que l'ordre des dispositions ne soit pas respecté, cet énoncé reprend *in extenso* les dispositions de l'article L. 1111-2 I du CSP.
[702] La loi a étendu le droit à l'information aux frais auxquels le patient pourrait être exposé à l'occasion d'activité de prévention, de diagnostic et de soins ainsi que sur les conditions de leur prise en charge. V. Article L. 1111-3 du CSP.
[703] OIP, section française, *Le guide du prisonnier*, Paris, La découverte, 2021, p. 360 et s.
[704] Par ailleurs, aucun dépassement d'honoraires ne peut lui être facturé. En cas de mise en place d'un traitement médicamenteux, ce dernier est fourni directement par l'établissement pénitentiaire et les soins médicaux dispensés dans un établissement hospitalier sont intégralement pris en charge, y compris le forfait hospitalier en cas d'hospitalisation. https://www.ameli.fr/essonne/assure/droits-demarches/situations-particulieres/detention
[705] Les règles relatives à la tenue des dossiers du patient sont énoncées aux articles L. 1111-7 et R. 1112-2 du CSP.
[706] Article D. 115-9 du Code pénitentiaire.

démarche. Cette problématique est accentuée avec l'influence des barrières linguistiques. De surcroît, le droit à l'information à l'égard du patient détenu semble limité.

2) Un droit à l'information limité

Un droit limité par facteurs linguistiques et environnementaux. Les barrières linguistiques et la promiscuité sont des facteurs souvent mentionnés lorsque l'on aborde les obstacles inhérents à l'effectivité des droits des patients détenus. Pour tenter d'y remédier, plusieurs solutions peuvent être instaurées, mais leur mise en œuvre n'est pas toujours aisée.

La délicate mise en œuvre du droit à l'interprétariat. Si la maitrise de la langue n'est pas suffisante pour permettre une information dans des conditions satisfaisantes, le patient détenu dispose du droit de recourir à un interprète, au même titre que tout autre patient. Cependant, la venue de ce dernier obéit à des règles strictes. En tant que personnel extérieur, il doit disposer d'un droit de visite en règle pour pouvoir exercer sa mission[707]. Si cette solution peut être satisfaisante en cas de consultation programmée, il n'en va pas de même en cas d'urgence au regard du formalisme imposé[708]. Pour pallier cette difficulté, les établissements de santé ont parfois mis au point une « stratégie interne ». Dans le cadre des intranets, il n'est pas rare de trouver une liste de professionnels volontaires susceptibles de pouvoir pour faciliter le dialogue entre le médecin et le patient. Néanmoins, la difficulté matérialisée par l'obtention d'un permis de visite persiste. Dans ces conditions, l'ultime recours réside souvent dans l'utilisation de la technologie avec les traducteurs en ligne[709]. Sur ce point, des difficultés similaires sont observables dans le milieu libre. Elles peuvent être résolues plus facilement dans la mesure où il est possible de faire appel à un proche voire à la personne de confiance. De plus, pour éviter que le

[707] Article D. 216-11 du Code pénitentiaire : « Sous réserve de l'application des dispositions du deuxième alinéa de l'article R. 234-26, le recours à un interprète n'a d'objet qu'en cas de nécessité absolue, si une personne détenue ne parle ou ne comprend la langue française et s'il ne se trouve sur place aucune personne capable d'assurer la traduction. Les visites et la correspondance des personnes de nationalité étrangère s'effectuent dans les conditions prévues par les dispositions des articles R. 341-14 et R. 345-4 ».

[708] De manière générale, le renforcement de l'interprétariat a été souligné récemment par le CGLPL dans un avis en date du 3 mai 2022 relatif à l'interprétariat et à la compréhension des personnes privées de libertés. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis relatif à l'interprétariat et à la compréhension des personnes privées de libertés*, JORF du 3 mai 2022, Texte n° 112.

[709] Au sein des établissements de santé, il n'est pas rare de voir les professionnels utiliser ce type d'outils, comme Google traduction.

détenu ne soit soumis à des brimades et/ou des situations de harcèlement voire de soumission, le recours à l'interprétariat effectué par un autre détenu n'est pas souhaitable.

L'impossible remise d'un écrit explicatif. Outre les difficultés inhérentes à la communication, d'autres résultent de l'impossibilité de transmettre un écrit. Au même titre que tout autre patient, « la communication écrite de ces informations médicales s'avère ainsi essentielle pour permettre à la personne détenue de mieux cerner la maladie dont elle est atteinte et de mieux appréhender le traitement médical qui lui est proposé[710] ».

Dans un contexte pénitentiaire où le respect du principe de l'encellulement individuel peine à produire sa pleine et entière effectivité[711], le respect de la confidentialité des informations dans un cadre de co-détention est impossible compte tenu de la promiscuité des lieux. Ainsi que l'énonçait Jean-Marie DELARUE, « on ne peut comprendre l'importance qui s'attache, pour une personne détenue, à la possession de certains écrits professionnels si l'on admet de prendre conscience que, dans une détention, chacun est à l'affût de ce qu'est autrui, dont on veut tout savoir[712] ». En outre, les « us et coutumes » du milieu carcéral ne semblent pas propices à une telle démarche car pour des motifs sécuritaires, le personnel pénitentiaire peut procéder à des fouilles de cellule[713]. Cette pratique peut conduire les surveillants à la découverte d'information à caractère médical. Dans cette hypothèse, seuls la bienveillance et le respect du droit à la confidentialité[714] constituent un rempart face à l'intrusion du personnel pénitentiaire. Nous comprenons aisément que cette solution est quelque peu hasardeuse et peu satisfaisante.

[710] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, coll. Thèses, Bordeaux, LEH, 2018, p. 229.

[711] La problématique de la surpopulation carcérale se manifeste au sein des maisons d'arrêt. Sur cette question, les dernières recommandations en urgence du CGLPL du 30 juin 2022 relatives au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan sont très probantes. Il est indiqué que « le centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan dispose d'une capacité totale de 434 places. Au 1er juin 2022, l'effectif de la population carcérale s'élevait à 864 détenus, soit un taux global d'occupation de 199 %. L'analyse par quartier montrait ce même jour un taux d'occupation de : 146 % au quartier femmes (35 détenues pour 24 places); 182 % au premier étage du bâtiment A qui abrite le quartier arrivants (64 détenus pour 35 places); 200 % au quartier *respecto* (48 détenus pour 24 places, les cellules sont systématiquement doublées); 234 % au bâtiment A (547 détenus pour 233 places); 235 % dans l'ensemble des quartiers maison d'arrêt hommes des bâtiments A et B (657 détenus pour 281 places); – seuls le quartier mineur (18 détenus pour 23 places) et la structure d'accompagnement vers la sortie (64 détenus pour 82 places) ne se trouvaient pas en situation de suroccupation. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 30 juin 2022 relatives au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan (Gironde)*, JORF du 13 juillet 2022, Texte n° 173.

[712] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 13 juin 2013 relatif à la possession des documents personnels par les personnes détenues et à l'accès de celles-ci aux documents communicables*, JORF du 11 juillet 2013. Cité par BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, coll. Thèses, Bordeaux, LEH, 2018, p. 229.

[713] Article L. 225-4 du Code pénitentiaire.

[714] L'article 42 de la loi pénitentiaire de 2009 prévoyait que « toute personne détenue a droit à la confidentialité de ses documents personnels. Ces documents peuvent être confiés au greffe de l'établissement qui les met à la disposition de la personne concernée ». Ce droit a été repris par le Code pénitentiaire aux articles L. 322-3 et L. 322-4 qui disposent respectivement que « l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans les conditions prévues par les dispositions de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique » et que « chaque personne détenue a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant, dans les conditions prévues par les dispositions des articles L. 1110-4 du code de la santé publique relatives au secret médical et R. 4127-4 du code de la santé publique relatives au secret professionnel des médecins ».

L'intervention du CGLPL. Pour tenter de remédier à cette situation, le CGLPL, dans son avis du 13 juin 2013[715], émit quelques recommandations. Selon lui, chaque détenu devait pouvoir « se munir d'accessoires lui permettant de protéger la confidentialité (…) et de disposer d'une petite armoire métallique en état, fermant avec une clé ou un cadenas mis à la disposition du détenu[716]». Si cette solution peut sembler satisfaisante, elle n'est pas adaptée aux évolutions relatives à l'information médicale. Depuis l'instauration du dossier médical partagé en 2015, remplacé par « Mon espace santé » début 2022, les informations médicales se transmettent de plus en plus par voie dématérialisée. Aussi, en restreignant l'accès des personnes détenues à Internet, le droit à l'information du patient se trouve fragilisé. Dans ce contexte, le CGLPL plaide depuis de nombreuses années[717] en faveur de l'instauration d'un accès à Internet dans les lieux privatifs de liberté, comme en atteste un avis en date du 12 décembre 2019[718].

Un droit reconnu à l'effectivité discutable. Si un droit à l'information est reconnu au patient détenu, sa mise en pratique comporte des lacunes induites principalement par l'impératif sécuritaire. Dans ce contexte, le renforcement des bonnes pratiques professionnelles apparait comme une solution adéquate pour tenter de rendre plus effective cette prérogative. Si les difficultés en la matière sont nombreuses, des problématiques sont également à soulever dans le cadre des SPSC.

B : L'instauration d'un droit à l'information dans les SPSC

Des droits singuliers à l'information. Parce que les SPSC ne sont pas initiés par le patient, le droit à l'information se trouve affecté par cette spécificité. Au regard des différents protocoles de soins, nous constatons que l'information est délivrée à l'égard des

[715] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 13 juin 2013 relatif à la possession des documents personnels par les personnes détenues et à l'accès de celles-ci aux documents communicables*.
[716] *Ibidem.*
[717] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 20 juin 2011 relatif à l'accès à l'informatique des personnes détenues*, JORF du 12 juillet 2011, Texte n° 82. V. également CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel 2014*, Paris, Dalloz, 2015, p. 107.
[718] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 12 décembre 2019 relatif à l'accès à Internet dans les lieux privatifs de liberté*, JORF du 6 février 2020, Texte n° 110.

différents acteurs qui concourent à l'organisation de cette modalité de soins (1), puis à l'égard du patient (2).

1) Une information à destination des professionnels

Un droit influencé par les acteurs de la procédure. La notion d'information du patient a toujours eu une application particulière dans les SPSC. Si dans la relation médicale traditionnelle le patient est considéré comme le créancier de l'obligation d'information[719], cette réalité est quelque peu modifiée en l'espèce. Elle peut s'expliquer par le fait que ce n'est pas le patient lui-même qui est à l'origine de la demande de soin, mais un tiers. Dans les premiers instants de la mesure, le législateur s'est contenté d'organiser l'information entre les différents acteurs qui y concourent.

Une obligation d'information à la charge du directeur d'établissement. Parmi ces derniers, le directeur de l'établissement d'accueil au sein duquel le patient est admis a une obligation renforcée.

Dans le cadre de l'admission à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, l'article L. 3212-5 du CSP dispose qu'il doit transmettre « sans délai au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, et à la commission départementale des soins psychiatriques[720] mentionnée à l'article L. 3222-5 toute décision d'admission d'une personne en soins psychiatriques en application du présent chapitre[721]. Il transmet également sans délai à cette commission une copie du certificat médical d'admission, du bulletin d'entrée et de chacun des certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéa de l'article L. 3211-2-2 ». À cela s'ajoute l'information de « la personne ayant demandé les soins de toute décision modifiant la forme de la prise en charge[722] ».

[719] CE, 28 juillet 2011, *Mme A. c/CH d'Auxerre*, n° 331126 B.
[720] La loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé a supprimé l'information à l'égard du procureur de la République. Dans la mesure où ce dernier ne joue pas de rôle prédominant dans la protection des droits du patient admis en soins psychiatriques sans consentement, la suppression de cette disposition peut être favorablement accueillie.
[721] Récemment, la Cour de cassation a rappelé 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. Civ., 1ère, 18 janvier 2023, n° 21-21.370.
[722] Article L. 3212-5 III du CSP.

Dans le cadre des SPDRE, ce dernier doit transmettre sans délai « au représentant de l'État dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques (…) 1°Le certificat médical mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 3211-2-2; 2°Le certificat médical et, le cas échéant, la proposition mentionnée aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2[723] ». Plusieurs remarques s'imposent ici.

Le JLD exclu de l'information initiale. Tout d'abord, nous pouvons être surpris par le fait qu'aucune des procédures précitées ne prévoit d'information à l'égard du JLD. En tant qu'acteur majeur du contrôle des procédures des SPSC, son information à plus bref délai aurait pu être souhaitable. Cette solution n'a pas retenu les faveurs de la jurisprudence à l'heure actuelle[724]. Elle peut se justifier par le fait que toutes les périodes de soins et d'observations initiales ne débouchent pas automatiquement sur une prolongation des soins sous le régime de la contrainte.

Des modalités d'information variables à l'égard des proches du patient. À l'égard des proches, nous observons que les modalités d'information sont variables. Au regard des textes, elles ne sont pas prévues dans le cadre des SPDRE. Pour ce qui est des hypothèses de SDT ou des SPI, une distinction doit être faite.

Dans la première hypothèse, l'information du proche sera limitée à la « modification de la forme de prise en charge » du patient. En cas de péril imminent, l'obligation d'information s'effectue *a posteriori* de la mise en œuvre de la mesure. Sauf difficultés particulières, le directeur d'établissement dispose d'un délai de 24 heures pour contacter la famille du patient[725]. À défaut, l'information peut être faite à la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou à toute autre personne justifiant de l'existence de relations avec le patient antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir[726] dans l'intérêt de celle-ci[727]. Le directeur doit apporter la preuve qu'il a

[723] Article L. 3213-1 du CSP.

[724] Selon la jurisprudence, cette information ne concerne pas la sphère de contrôle du JLD. Ce dernier n'est pas non plus compétent pour statuer sur la régularité et la bonne transmission des informations au préfet. CA Colmar, 23 mai 2016, n° 16/02398. V. également GUIGUE Sophie, « L'incompétence du JLD en matière de contrôle de transmission au préfet d'informations relatives à des soins psychiatriques pour péril imminent », *Revue Droit & Santé*, n° 73, pp. 818-819.

[725] Cette obligation d'information qui pèse sur le directeur d'établissement est appréciée de manière relativement stricte par la jurisprudence. Dans un arrêt de la Cour de cassation en date du 18 décembre 2014, la mainlevée immédiate de la mesure par un premier président du TGI a été jugée recevable en l'absence d'information du directeur d'établissement à l'égard de la famille, caractérisant ainsi un manquement à ses obligations (Cass. Civ., 1ère, 18 décembre 2014, n° 13-26.816). Si cette solution peut paraitre sévère à l'égard du directeur d'établissement, la Haute juridiction a eu récemment l'occasion d'atténuer son propos en affirmant qu'il « n'existe pas de jurisprudence constante interprétant l'article L.3212-1,II,2°, comme imposant au directeur de l'établissement d'informer la famille de la personne admise en soins psychiatriques sans consentement pour péril imminent, malgré le refus du patient qu'une telle information soit donnée (Cass. Civ., 1ère, 8 juillet 2021, n° 20-23.333).

[726] Ainsi, dans le cadre d'une procédure de divorce, aucun des époux n'a pas qualité pour agir en faveur de l'autre. Cette démarche ferait naître un conflit d'intérêts entre la mission confiée à l'époux par l'article L.3212-1 du CSP et les intérêts privés en lien avec la procédure de divorce. CA Montpellier, 31 mai 2018, n° 18/02632.

[727] Dernier alinéa de l'article L. 3212-1 du CSP.

fait son possible pour agir dans l'intérêt du patient et tracer cette information en vue d'être à même d'attester de l'accomplissement des formalités[728]. Aussi, pouvons-nous percevoir cette information comme une garantie supplémentaire des droits du patient. Néanmoins, sa mise en pratique peut se révéler complexe pour le directeur d'établissement[729].

Une information poursuivie en cas de prolongement de la mesure de soins. Dans tous les cas, l'obligation d'information à l'égard de ces acteurs se poursuit tout au long de la période de soins initiale et d'observation. Lorsque les SDT ou SPI se poursuivent sous la forme d'une hospitalisation complète, le législateur impose que les copies des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations prévus aux articles L. 3212-7 et L. 3211-11 du CSP soient adressées sans délai à la CDSP[730]. Nous noterons que depuis la loi du 26 janvier 2016, le préfet du département (ou pour Paris le préfet de police), n'est plus destinataire de cette information. En revanche, il est informé de la levée de cette dernière[731]. Ce dispositif vaut également dans l'hypothèse des SPDRE[732]. Si ces procédures doivent permettre aux acteurs intéressés par la prise en charge du patient de prendre les dispositions nécessaires pour prévenir tout risque tant à l'égard de ce dernier que de l'ordre public, il ne faut pas occulter que le droit à l'information, tel qu'il est posé par le CSP, s'adresse à « toute personne ». Aussi, bien que ces procédures demeurent, le législateur a aménagé les prérogatives du patient en soins psychiatriques sans consentement dans ce domaine.

[728] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH Éditions, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 162.
[729] Lors de l'arrivée d'un patient en SPSC, il peut être dépossédé de ses effets personnels et placé en situation d'isolement. De plus, il n'est pas forcément en mesure de délivrer les coordonnées d'une personne susceptible de pouvoir agir dans son intérêt. Comme le souligne le Professeur Éric PÉCHILLON, « pour le juge judiciaire, le directeur a une obligation de moyens l'obligeant à repenser l'organisation de ses services et à tout faire pour contacter un proche bienveillant. Afin de satisfaire à cette obligation, il est important de rencontrer très rapidement le patient et, si son état le permet, lui demander de fournir les coordonnées de la personne qu'il souhaite prévenir ». V. PÉCHILLON Éric, « Hospitalisation pour péril imminent, tout faire pour prévenir un proche », *Santé mentale*, n° 194, janvier 2015, p. 6.
[730] Article L. 3212-7 du CSP.
[731] Article L. 3212-8 alinéa 2 du CSP : « Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de la mesure de soins, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, la commission mentionnée à l'article L. 3222-5, et la personne qui a demandé les soins.
[732] Article L. 3213-3 II du CSP.

2) La reconnaissance imparfaite d'un droit à l'information à l'égard du patient

Le droit à l'information dans le cadre de la loi ÉVIN. La première loi ayant reconnu le droit à l'information à l'égard du patient en SPSC fut la loi ÉVIN de 1990. Selon l'ancien article L. 326-3 du CSP, « lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement (…), elle doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits ». La lecture *stricto sensu* de cette formulation ne laisse pas apparaitre d'informations relatives à l'état de santé du patient. Seule la situation juridique est évoquée. La loi du 5 juillet 2011 était l'occasion de clarifier ce point.

Le droit à l'information à l'issue de la loi du 5 juillet 2011. La loi du 5 juillet 2011 fut l'occasion de réformer les SPSC, en tenant compte des exigences européennes en la matière[733]. Le droit à l'information n'a pas fait exception à cet objectif. Au regard des différents textes, ce droit apparait comme renforcé. L'information débute dès la mise en œuvre de la mesure de SPSC et perdure jusqu'à la mainlevée de la mesure. Elle s'applique tant dans le cadre de l'hospitalisation complète que des soins ambulatoires et fait du patient, admis en SPSC, un « véritable sujet de droit[734] ». La loi prévoit qu'il doit être informé « dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes. L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible[735] ». Plusieurs remarques s'imposent.

Une information conditionnée. Tout d'abord, le droit à l'information du patient et l'obligation qui en découle pour les professionnels de santé ne sont pas d'application absolue. Ils sont conditionnés à l'état de santé du patient. Si ce dernier n'est pas en état de recevoir l'information, le professionnel de santé n'est pas dans l'obligation

[733] Recommandation du Conseil de l'Europe en date du 22 septembre 2014 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.
[734] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH Éditions, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 404.
[735] Article L. 3211-3 alinéa 3 du CSP.

de s'exécuter[736]. La jurisprudence a estimé que le défaut d'information du patient était justifié si ce dernier n'est pas « en mesure de recevoir les informations, eu égard à son état de santé et compte tenu des pièces médicales du dossier[737] ». Cette impossibilité doit néanmoins être justifiée « au regard du certificat médical de 24 heures[738] ». Ainsi, sauf impossibilité liée à son état de santé, le législateur place le patient dans une position lui permettant de participer aux décisions médicales et administratives qui le concerne. L'objectif est qu'il puisse « faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état[739] ».

Un droit flou à l'information médicale. La rédaction de l'article L. 3211-3 du CSP tend à rendre le patient admis en SPSC acteur de son parcours de soins. Cependant, si l'objectif est réellement de le faire participer aux décisions médicales et administratives qui le concernent, l'affirmation claire et sans ambiguïté d'un droit à l'information du patient sur son état de santé s'impose. Bien que l'expression « ainsi que des raisons qui les motivent » employée par l'article L. 3211-3 alinéa 3 a) soit suffisamment large pour englober la délivrance d'informations médicales, elle est trop abstraite pour permettre au patient de comprendre qu'il a le droit d'obtenir des éléments relatifs à son état de santé. L'ajout de cette précision apparait donc opportun. Elle consoliderait le droit à l'information du patient admis en SPSC et par extension, l'exercice de ses voies de recours. La rédaction de l'article L. 3211-3 alinéa 3 a) pourrait se voir ajouter la mention suivante : « (…) ainsi que des raisons qui les motivent. Ces éléments seront accompagnés d'une information sur l'état de santé du patient ».

Que cela soit à l'égard du patient détenu ou du patient admis en SPSC, nous observons que le législateur leur a effectivement reconnu un droit à l'information. Cependant, dans les deux cas, ce dernier apparait perfectible. La consolidation de cette prérogative est un impératif fondamental pour assurer le bon déroulé du protocole de soins ainsi que pour favoriser la construction du « colloque singulier ». Tant que les patients

[736] En l'espèce, la même logique est observable dans les soins libres où les professionnels n'hésitent pas à reporter leur information à un moment plus propice. Cette situation se caractérise notamment en cas d'urgence ou d'impossibilité d'informer le patient. Cette hypothèse est prévue à l'article L. 1111-2 alinéa 2 du CSP.
[737] CA Montpellier, ord., 17 septembre 2019, n° 19/06690.
[738] Cass. Civ., 1ère, 15 octobre 2020, n° 20-14.271.
[739] Article L. 3211-3 du CSP.

DSPSC n'auront pas un droit complet à l'information, des interrogations légitimes s'élèveront quant à leur consentement.

§ 2 : La prise en compte du consentement du patient

Un droit d'origine jurisprudentielle. Au même titre que le droit à l'information, le consentement aux soins a, dans un premier temps, été dégagé par la jurisprudence[740] avant d'être consacré sur le plan législatif par la loi du 4 mars 2002. Désormais, selon l'article L. 1111-4 du CSP, « 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 ». Si des exceptions sont prévues par la loi, ce droit revêt les traits d'une liberté fondamentale selon la jurisprudence administrative[741].

Définition du consentement. La notion de consentement traduit une « autorisation, un accord donné à un acte légal[742] ». Parce que ce dernier se doit d'être libre et éclairé, le consentement est « un acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose[743] ». Cette question soulève plusieurs interrogations, tant dans le cadre des SPSC (A) que dans le cadre des soins en prison (B).

[740] Dans l'arrêt *Teyssier*, le juge a reconnu que le respect de la personne humaine imposait au médecin, avant de pratiquer une opération, d'obtenir le consentement de son patient. Cette position a été partagée par le Conseil d'État qui « vérifie qu'aucun acte n'a été pratiqué sans le consentement du patient (CE, 9 janvier 1970, n° 73067). Par ailleurs, si le juge est habilité à ordonner des mesures personnelles, son autorité n'a qu'une influence limitée en la matière dans la mesure où il ne peut contraindre un patient à subir une opération à laquelle il ne consentirait pas (Cass. Crim., 3 juillet 1969, n° 68-93.493). Il reste néanmoins compétent pour prononcer des mesures d'injonction de soins dans le cadre d'une sentence pénale.
[741] Le droit au consentement du patient est une liberté fondamentale au sens de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative. TA Rennes, 18 juin 2012, n° 1202373.
[742] *Trésor de la langue française* (en ligne) V. consentement.
[743] *Ibidem.*

A : Vers la recherche d'un consentement d'adhésion aux soins en psychiatrie

La recherche d'un consentement *a posteriori*. « Soigner en psychiatrie c'est rendre la personne consciente et actrice de ses soins. Il est donc indispensable que dès le début de la prise en charge des patients hospitalisés sans consentement, la recherche du consentement aux soins soit effectuée[744] ». Outre le rappel de l'article R. 4127-36 du CSP[745], la formule mise en avant par le CGLPL illustre la spécificité de la notion de consentement dans cette branche du soin. En effet, si d'ordinaire le consentement doit être obtenu avant la réalisation de tout acte, une telle réflexion reviendrait à vider de sa substance l'intérêt souhaité par le législateur dans le cadre de ces procédures spécifiques. En revanche, au cours du déroulé de soins, la question mérite son intérêt (1), en particulier dans le cadre du programme de soins (2).

1) La recherche du consentement au cours du déroulé de soins

Une période d'explication nécessaire. De manière paradoxale, « la recherche du consentement aux soins doit être une des priorités de la prise en charge des patients admis en soins sans consentement même si l'un des symptômes fréquents (…) est le déni des troubles qui, plus que le refus d'une réalité perçue comme menaçante, s'accompagne d'angoisse et d'agressivité. Il assoit, le plus souvent, la demande ou la nécessité du soin sans consentement[746] ». Cette recherche passe inévitablement par une « période d'explication et d'information[747] ». Cependant, des carences sont observables en la matière

[744] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Paris, Dalloz, 2020, p. 130.
[745] Le Code de déontologie médicale rappelle que le consentement doit être recherché dans tous les cas, même si le mode légal d'admission relève des soins sans consentement.
[746] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Paris, Dalloz, 2020, p. 132.
[747] *Ibidem.*

sous couvert d'une bienfaisance dont l'excès s'apparente au paternalisme : « c'est pour leur bien[748]».

Une recherche insuffisante du consentement au cours de la période d'observation et de soins initiale. Au stade de la période d'observation et de soins initiale, le consentement du patient n'est pas ou peu recherché. Si nous reprenons l'analyse faite par Manon GIRER[749], le consentement à ces premiers soins est exprimé par le tiers à l'origine de la demande, et non par le patient. Pourtant, dans la mesure où des examens sont réalisés (imagerie médicale, prise de sang, etc.), la recherche de son consentement serait souhaitable. Pour le CGLPL, l'agressivité est un comportement généralement identifiable en la matière. En conséquence, la réalisation d'un examen contre le gré du patient, combiné à cet état de fait, risque de conduire à une atteinte à son intégrité physique et/ou psychique. En outre, les personnels médicaux et soignants se voient exposer à une situation à risque. Dans ces circonstances, la période d'échange préalable au recueil du consentement du patient, puis à l'exécution de l'acte technique souhaité apparait comme un gage de sécurité, tant pour le patient que pour les professionnels de santé. Elle constitue également la première étape de la construction de l'alliance thérapeutique.

Adhésion thérapeutique et consentement aux soins. La notion d'alliance thérapeutique ou d'adhésion thérapeutique n'est pas propre à la psychiatrie. Elle est utilisée par l'ensemble des domaines du soin[750]. Elle qualifie l'adoption « par une personne d'un comportement pourvoyeur de résultats escomptés potentiellement positifs en accord avec la prescription ou le conseil d'un professionnel de santé[751] ». En santé publique, ce concept se définit comme « l'ensemble des conditions (motivation, acceptation, information…) qui permettent l'observance en reposant sur la participation du patient. C'est le terme le plus satisfaisant en termes de promotion de la santé puisqu'il implique activement le patient dans sa prise en charge thérapeutique et implique de sa part un choix volontaire[752] ». Cette

[748] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Paris, Dalloz, 2020, p. 132.

[749] « Afin de mettre en conformité la qualification contractuelle du consentement aux soins avec le droit des obligations, il a été proposé d'adopter une sorte de dualisme du consentement, conduisant à distinguer consentement d'une part et assentiment d'autre part. Il existerait un consentement initial, situé dans la phase de formation du contrat, qui sert à faire naître la convention et qui est conforme aux exigences de l'article 1128 c. civ. Il y aurait ensuite un second consentement, qualifié d'assentiment, entendu comme la condition de l'accomplissement des soins et de l'atteinte à l'intégrité corporelle de la personne. Il y aurait donc un consentement au contrat puis un consentement à l'atteinte à l'intégrité corporelle ». GIRER Manon, « Feu le contrat médical ? », *in* PY Bruno, *20 ans de la loi du 4 mars 2002. Droits des patients – quid novi ?*, Bordeaux, LEH, coll. À la croisée des regards, 2022, pp. 162-163.

[750] V. notamment LAMOUROUX Aurore et al., « Compliance, observance et adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? », *Revue des Maladies Respiratoires*, vol. 22, février 2005, pp. 31-34.

[751] DEBOUT Christophe, « Adhésion thérapeutique », *Les concepts en sciences infirmières*, 2ème éd., Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, Hors collection, pp. 50-53.

[752] ANKRI Joël, LE DISERT Dominique, HENRARD Jean-Claude, « Comportements individuels face aux médicaments : de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature », *Santé publique*, vol. 4, avril 1995, pp. 427-441. Cité par DEBOUT Christophe, *op.,cit*.

adhésion est alors soumise à une double condition : d'une part, il faut que le patient souhaite prendre en charge sa maladie ; d'autre part, il faut une information préalable suffisamment précise et adaptée pour que ce dernier puisse comprendre les bénéfices du traitement et parvenir à y consentir de manière libre et éclairée[753]. Nous comprenons que la recherche du consentement du patient doit être envisagée en plusieurs étapes. Cette démarche se justifie par le fait que « la prise en charge des maladies mentales nécessite sans doute plus que toute autre spécialité médicale l'installation d'une relation humaine de qualité, durable et continue entre le médecin et son patient[754] ». Elle doit également se poursuivre dans le cadre des soins ambulatoires, et plus particulièrement dans le cadre de l'élaboration du programme de soins (PDS).

Consentement et PDS. Au même titre que tout protocole médical, le PDS semble vouloir se construire autour d'un dialogue entre patient et praticien. C'est ce que suggère la formule « recueille l'avis du patient lors d'un entretien ». Ce point est complété par l'article R. 3211-1 III du CSP[755]. Pour que le patient soit un acteur actif de la construction de ce programme, le psychiatre doit l'informer des protocoles envisagés. Il doit également l'informer que le psychiatre dispose de la faculté de modifier le programme de soins et au besoin, de proposer une réhospitalisation complète[756]. Cette association entre les deux protagonistes de la relation médicale ouvre une perspective quant à la possibilité de mieux prendre en considération le consentement du patient dans ce cadre de soins singulier.

[753] Il y a donc une distinction entre la volonté de soin et le consentement au soin. La volonté exprime le souhait du patient de s'engager dans un processus thérapeutique afin de guérir. Le consentement au soin exprime le choix réalisé par le patient pour y parvenir. Cette analyse se retrouve au niveau du refus de soin. En effet, un patient qui refuse un soin ne signifie pas obligatoirement qu'il refuse d'être soigné. Il refuse uniquement que l'amélioration de son état de santé s'opère par la mise en œuvre du soin préalablement proposé. Face à cet état de fait, le professionnel de santé doit, dans la mesure du possible, rechercher une nouvelle alternative thérapeutique.
[754] CASTAING Cécile, « Psychiatrie et soins ambulatoires », *RDSS*, 2016, p. 77.
[755] Article R. 3211-1 III du CSP : « L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, afin de lui permettre de faire valoir ses observations ».
[756] Article R. 3211-1 du CSP.

2) La prise en compte du consentement du patient dans l'élaboration du programme de soins

Une finalité à trois issues. En mettant un terme à la procédure unique d'hospitalisation complète, le législateur a créé une dissociation entre le principe même du soin et ses modalités pratiques[757]. Depuis la loi du 5 juillet 2011, à l'issue de la période d'observation et de soins initiale[758], trois options sont envisageables : soit la mesure de soin s'arrête, soit elle se poursuit dans les mêmes conditions ou sous la forme de soins ambulatoires consignés dans un programme de soins (PDS)[759].

Définition du PDS. Prévu à l'article R. 3211-1 du CSP, le PDS peut se définir comme une « modalité de soins au sein d'une mesure administrative imposant des soins psychiatriques à une personne atteinte de troubles mentaux[760] ». Si le législateur n'a pas pris le soin de définir le PDS ni même son contenu, cette carence fut comblée par l'HAS. En mars 2021, elle publia un guide de bonnes pratiques professionnelles[761] dans lequel elle indiqua que le PDS « est une modalité thérapeutique de soins sans consentement alternative à l'hospitalisation complète. Le PDS est un document écrit, formalisé après un entretien avec le patient et le recueil de son avis. Il est établi par le psychiatre de l'établissement de santé d'accueil. L'objectif d'un PDS est de proposer des soins et des services adaptés aux besoins spécifiques des patients sortants d'hospitalisation complète sans consentement et nécessitant une surveillance médicale régulière (et non plus constante). (…). Il est limité dans le temps et est régulièrement réévalué pour s'adapter à l'évolution de l'état clinique de la personne[762] ».

---

[757] COUTURIER Mathias, « La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle », *RDSS*, 2012, p. 97. Cité par THÉRON Sophie, « Regards critiques sur une modalité ambivalente de soins psychiatriques : les soins ambulatoires sans consentement » *in* LAUDE Anne (dir.), *Consentement et santé*, *op. cit.*, p. 205.

[758] Selon l'article L. 3211-2-2 du CSP, cette période de soins se fait sous la forme d'une hospitalisation complète et pour une durée maximale de 72 heures.

[759] Le terme « ambulatoire » employé dans la loi n'englobe pas l'ensemble des dispositions qui peuvent être inscrites dans un programme de soins. En effet, les « soins sans consentement ambulatoires » peuvent ajouter, en plus d'un suivi ambulatoire, plusieurs mesures d'accompagnement extrahospitalier.

[760] SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Le programme de soins n'est qu'une modalité de soins au sein d'une mesure administrative justiciable », *Revue Droit & Santé*, n° 93, janvier 2020, p. 141.

[761] HAS, *Programme de soins psychiatriques sans consentement – Mise en œuvre (guide)*, *Recommander les bonnes pratiques*, mars 2021. Fidèle à ses principes, il est indiqué que « ce guide d'amélioration des pratiques professionnelles propose des préconisations relatives à la mise en œuvre des PDS. Il rassemble des repères et des propositions pour que ces PDS soient exclusivement utilisés comme un outil thérapeutique dans le cadre du parcours de soins du patient. Le fil rouge est de permettre, dès que possible, le retour pour la personne à des soins librement consentis, en visant, tout le long du parcours, l'alliance thérapeutique. Les PDS n'ont pas pour objet le contrôle social » (p. 5).

[762] HAS, *op.cit.*, p. 6.

Le souhait d'une meilleure prise en compte du consentement par l'HAS. À la lecture de ce guide, nous constatons que le patient est considéré comme un véritable acteur de ce programme. Les interactions avec lui sont très fortement encouragées et la recherche de son consentement se présente comme un élément essentiel et indispensable aux bonnes pratiques professionnelles en la matière[763]. En outre, l'HAS va plus loin à l'égard de l'avis et des observations du patient puisqu'elle préconise que ces derniers soient formalisés. Cette remarque est importante. En effet, le fait que ces éléments soient formalisés, et par extension tracés, permet d'identifier, avec précision, l'évolution des réflexions du patient sur sa pathologie et tend à améliorer l'alliance thérapeutique souhaitée[764]. Par ailleurs, cette traçabilité concourt au renforcement de ses droits dans la mesure où s'il estime que la mesure d'hospitalisation complète est disproportionnée, il peut solliciter la copie de son dossier médical au sein duquel une retranscription de ces échanges doit être conservée[765].

Le PDS : un document évolutif. En faisant du PDS un document évolutif, son élaboration doit favoriser l'émergence progressive du consentement du patient. Pour parvenir à un tel objectif, « tous les moyens de recherche de l'adhésion du patient sont utilisés : temps nécessaire pour l'explication, questions/échanges avec le patient, demande de son accord, s'assurer de la compréhension du patient (reformulation, traduction si besoin…), s'efforcer de trouver un point d'entente sur le traitement médicamenteux, plan de prévention partagé (ou directives anticipées incitatives en psychiatrie), accord sur une partie des soins et marge de manœuvre laissée au patient en fonction de l'état de santé dans une recherche d'alliance[766] ».

Le PDS : outil d'adhésion ou de contrôle ? Si l'instauration d'une telle démarche semble favorable, elle fait peser sur la tête du patient une épée de Damoclès tout

[763] V. notamment le Chapitre 4.4 intitulé « Mise en œuvre du PDS ».
[764] L'alliance thérapeutique est également évoquée au chapitre 7.2 intitulé « Alliance thérapeutique ». Il y est indiqué que « l'alliance thérapeutique constitue le principe de base de la relation de soins en médecine et prend une importance toute particulière dans la prise en charge en psychiatrie ». Elle peut se définir comme « la collaboration mutuelle, le partenariat, entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés ». Il s'agira pour les professionnels concernés par cette question de « considérer le patient comme un acteur déterminant, à part entière, dans son projet de soins et de rechercher son implication ». Aussi, il convient de rappeler que « l'alliance thérapeutique se construit au fil des interactions au quotidien et permet l'élaboration avec le patient d'actions et d'objectifs de soins dans le cadre d'un projet de soins personnalisé et évolutif. Dans le cadre du PDS, elle vise l'adhésion du patient en vue d'un retour à des soins librement consentis. Cette relation s'inscrivant dans la durée, elle doit permettre d'aboutir à une décision partagée des soins, où le patient connait mieux et reconnait sa pathologie. Un programme de soins bâti sans aucune alliance thérapeutique initiale n'est généralement pas pertinent ». HAS, *Programme de soins psychiatriques sans consentement – Mise en œuvre (guide), Recommander les bonnes pratiques*, mars 2021, p. 45.
[765] Dans la mesure où ces échanges concourent à l'établissement du diagnostic et à la prise en charge du patient, les écrits qui en résultent ne peuvent être considérés comme des notes personnelles du médecin. En conséquence, ils doivent être transmis au patient lorsque ce dernier sollicite un duplicata de son dossier médical.
[766] HAS, *Programme de soins psychiatriques sans consentement – Mise en œuvre (guide), Recommander les bonnes pratiques*, mars 2021, p. 26.

au long de sa réalisation. Au même titre que l'injonction thérapeutique, le non-respect de ce protocole peut entrainer la réhospitalisation de la personne sous forme complète[767]. Par ailleurs, bien que le PDS et les soins ambulatoires se présentent comme des mesures moins liberticides que l'hospitalisation complète, les articles L. 3211-2-1 et R. 3211-1 du CSP mentionnent tous les deux un « avis ». Si l'objectif était la recherche d'une véritable alliance thérapeutique, l'emploi du terme « consentement » aurait été plus adéquat. Le PDS apparait alors comme procédure dictée par les instances européennes[768] que par une réelle volonté de renforcer les droits du patient. Dans ces circonstances, la bienveillance ainsi que les bonnes pratiques professionnelles constitueront certainement les deux seules ressources sur lesquelles le patient pourra s'appuyer pour tenter de faire valoir ses droits ainsi que la prise en compte effective de son avis.

Alors qu'aucune réforme de fond n'est prévue pour l'heure dans le cadre des SPSC, la mise en œuvre des préconisations de l'HAS offre néanmoins un cadre plus respectueux des droits du patient que ne peut le suggérer la simple lettre de la loi. Contrairement aux dispositions législatives qui usent parfois de la technique du « renvoi » ou de la simple citation d'article, l'HAS effectue des rappels réguliers afin que le guide puisse être utilisé de la manière la plus optimale possible. Une telle approche doit être encouragée et mériterait d'être reprise par le législateur tant la lisibilité de certaines dispositions semble compromise. Cette remarque tant également à s'appliquer à l'égard de la prise en considération du consentement du patient détenu.

[767] V. LOPEZ Mélanie, « La loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques : genèse d'une réforme et incertitudes », *RGDM*, n° 41, décembre 2011, pp. 137-168.

[768] Dans le cadre de sa recommandation relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, le Conseil de l'Europe préconisait la prise en compte de l'avis de la personne dans le cadre de la mise en place d'un « plan de traitement écrit ». Cité par BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH Editions, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 406. V. également THÉRON Sophie, « Regards critiques sur une modalité ambivalente de soins psychiatriques : les soins ambulatoires sans consentement », *in* LAUDE Anne (dir), *Consentement et santé*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2014, pp. 205-218.

B : La prise en compte du consentement du patient détenu

Exception faite des SPSC, de l'impossibilité et de l'urgence, aucun acte médical ne peut être réalisé sans le consentement libre et éclairé du patient. Ce principe[769] est rappelé par le CSP[770] et à l'article 16-3 du Code civil[771]. La généralité des termes employés suggère que la prise en compte du consentement du patient détenu doit s'effectuer de la même manière qu'à l'égard de tout autre patient. Cependant, à travers la lecture des différents codes ou même du Guide méthodologique, des interrogations en la matière apparaissent. Ces dernières varient selon que l'on se place lors de l'arrivée en détention (1) ou au cours de l'exécution de la peine privative de liberté (2).

1) L'inégale prise en compte du consentement à l'arrivée en prison

Un droit d'apparence similaire à celui du patient libre. Dans le Guide méthodologique, le consentement à l'égard du patient détenu est traité, dans un premier temps, en procédant à un rappel des dispositions du CSP. Une telle construction tend à nous faire penser que la recherche du consentement du patient détenu s'exerce dans les mêmes conditions que le patient libre. Cependant, lorsque nous portons plus attentivement notre regard sur les différentes règles qui régissent cette question, cette affirmation n'est pas aussi évidente. Pour comprendre ces difficultés, il convient de rappeler que le consentement aux soins s'applique à l'ensemble des gestes ou actes techniques réalisés par un professionnel

[769] Préalablement à la loi KOUCHNER, la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps, a, par sa consécration de l'inviolabilité du corps humain, précisé « qu'il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité thérapeutique pour la personne ». De plus, il a été également reconnu que « le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».
[770] Article L. 1111-4 du CSP.
[771] « Le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

de santé. Aussi, même pour un examen non invasif, la recherche ainsi que l'obtention préalable du consentement du patient sont impératives avant l'exécution dudit acte. Appliquées à la situation des personnes nouvellement arrivées en détention, trois situations sont à distinguer : l'examen prophylactique en matière de tuberculose, la consultation médicale relative à l'alcool, aux stupéfiants et au VIH et l'examen médical d'entrée.

La prophylaxie imposée de la tuberculose. La gestion de la tuberculose en détention est un vrai défi sanitaire. Son incidence est plus élevée qu'en population générale[772]. Pour tenter de gérer cette problématique, la prophylaxie de la tuberculose s'effectue au moyen d'un examen clinique « réalisé chez tous les entrants provenant de l'état de liberté[773] », par un médecin de l'USMP[774]. Au besoin, il peut ordonner un examen radiologique complémentaire[775]. Si le consentement du patient semble être respecté, il convient d'observer les formulations employées tant par le Code pénitentiaire que par le Guide méthodologique. L'article R. 322-7 du Code pénitentiaire dispose que « cet examen systématique est pratiqué sur place, sauf impossibilité matérielle ». Dans la mesure où est considéré comme systématique « ce qui est habituel, automatique », le consentement ne semble pas avoir sa place. Si d'ordinaire les atteintes aux droits des patients détenus sont justifiées par des impératifs sécuritaires, c'est ici un impératif sanitaire qui vient déroger à leur consentement. Comme la tuberculose relève des maladies vénériennes, sa lutte relève des pouvoirs de santé publique et justifie la mise en œuvre de protocole de soins obligatoires[776]. À cet égard, le Guide méthodologique semble vouloir instaurer une démarche prophylactique plus poussée. Il soulève que « la situation de certaines personnes détenues leur confère une vulnérabilité accrue à la tuberculose. Il convient absolument d'en tenir compte en termes de dépistage, notamment en envisageant systématiquement, dans

[772] http://invs.santepubliquefrance.fr//beh/2015/9-10/2015_9-10_3.html. Cité par MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, janvier 2019, p. 241. Cette spécificité s'explique d'une part, « du fait des caractéristiques de la population, qui cumule divers facteurs de risque (situation de précarité, moindre accès à la prévention et aux soins avant l'incarcération, personnes originaires de pays de forte endémie, prévalence du virus de l'immunodéficience humaine [VIH] six fois plus élevée qu'en milieu libre) et, d'autre part, des conditions de vie en détention, qui favorisent la transmission de cette bactérie par voie aérienne ». MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 241.

[773] Article R. 322-7 du Code pénitentiaire.

[774] La prise en charge des dépistages de la tuberculose est également réalisée par les centres de lutte anti-tuberculose (CLAT). Dans chaque département, un CLAT est chargé de l'organisation du dépistage, de la coordination de la démarche d'investigation, de la prise en charge des sujets contacts et de la prise en charge gratuite des cas de tuberculose maladie, lorsque c'est nécessaire. Pour l'organisation du dépistage des entrants, l'USMP et le CLAT doivent coordonner leurs interventions. Les CLAT ont également une mission d'information sur la tuberculose. Dans les établissements pénitentiaires, une information peut être organisée en collaboration avec le CLAT, dans le cadre du programme d'éducation pour la santé. En cas d'enquête autour d'un cas survenu dans l'établissement pénitentiaire, le CLAT participe à l'information des personnes, en collaboration avec l'USMP, la médecine du travail et la direction de l'établissement. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 242.

[775] Article R. 322-7 du Code pénitentiaire.

[776] L'article L. 3112-1 du CSP indique que « la vaccination par le vaccin antituberculeux BCG est obligatoire, sauf contre-indications médicales reconnues ».

ces situations, un dépistage radiologique ». Là encore, bien que l'examen radiologique ne puisse être considéré comme un examen invasif, le consentement du patient devrait être recherché. Au regard de la sémantique employée, une telle approche semble exclue.

Un bilan addictologique *quasi* imposé. À côté de ce dépistage, le détenu se voit également proposer un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac. Prévu initialement par l'article 51 de la loi pénitentiaire de 2009, ce dernier est désormais codifié à l'article L. 322-6 du Code pénitentiaire. Par définition, une proposition traduit le fait de « soumettre quelque chose à la réflexion, à l'évaluation, à l'approbation[777] » et induit la possibilité d'avoir un choix entre l'acception de cette dernière ou son refus. Si nous regardons la terminologie employée par le Guide méthodologique, ce bilan s'inscrit dans une section intitulée « Repérage systématique de toute personne entrant en détention, présentant une addiction et bénéficiant ou non d'un traitement pour sa dépendance ». Une fois encore, l'utilisation du terme « systématique » interroge sur la réelle prise en compte du consentement du patient détenu dans cette démarche de soins.

L'apparence d'un consentement recherché dans le cadre de l'examen médical d'entrée. Il nous faut enfin aborder l'examen médical d'entrée des personnes détenues venant de l'état de liberté. Réglementé par les articles R. 6112-19 du CSP et R. 115-21 du Code pénitentiaire, son objectif est de déceler toute affection contagieuse ou évolutive, de mettre en œuvre toute mesure thérapeutique appropriée, notamment à l'égard des personnes présentant des conduites addictives, d'assurer la continuité des soins pour les personnes déjà sous traitement, et d'instaurer une démarche de prévention du risque suicidaire[778]. Selon le Guide méthodologique, « ce premier examen doit avoir lieu dans les plus brefs délais, avec le consentement de la personne détenue[779] ». L'emploi de l'expression « avec le consentement de la personne » tendrait à démontrer que le consentement est respecté. Cependant, cette rédaction se heurte à celle employée par le Code pénitentiaire. En effet, l'article R. 115-21 1° indique que les médecins sont en outre chargés de « réaliser un examen médical systématique pour les personnes détenues venant de l'état de liberté ». Dans la mesure où le Guide méthodologique ne dispose d'aucune valeur législative ou réglementaire, la force obligatoire des dispositions du Code

[777] *Trésor de la langue française* (en ligne), V. Proposition.
[778] MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 159.
[779] *Ibidem.*

pénitentiaire s'impose. Une fois encore, la sémantique employée tend à remettre en question l'effectivité de la prise en considération du consentement des patients détenus.

Une harmonisation souhaitable des sources du droit. Face à ces diverses situations, l'affirmation d'une réelle prise en considération du consentement du patient détenu au moment de son entrée en prison semble compromise. Dans la mesure où il existe une discordance entre les dispositions du Guide méthodologique et celles du Code pénitentiaire, une clarification de la situation apparait opportune, tant pour les professionnels de santé que pour les patients détenus. Reste à savoir si ces atteintes sont limitées à l'entrée en détention ou se poursuivent tout au long de l'incarcération.

2) Une meilleure prise en compte du consentement du patient au cours de l'incarcération

Un renvoi aux dispositions du CSP. Selon l'article R. 322-2 du Code pénitentiaire, « hors le cas où l'état de santé de la personne détenue rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel elle n'est pas à même de consentir, celle-ci doit, conformément aux dispositions de l'article R. 4127-36 du code de la santé publique, exprimer son consentement préalablement à tout acte médical et, en cas de refus, être informée par le médecin des conséquences de ce refus[780] ». Cette rédaction a le mérite d'énoncer clairement, et de manière non équivoque, le droit pour le patient détenu d'exprimer son consentement avant tout acte médical. Cela étant, plusieurs remarques peuvent être faites quant au fondement légal usité.

Une assise légale différenciée du milieu libre. Ainsi que le suggère la numérotation de l'article (R. 322-2 du Code pénitentiaire), les réflexions sur la prise en compte du consentement du patient détenu n'ont pas été initiées par le législateur, mais par le pouvoir réglementaire. Dans la mesure où le consentement du patient libre est envisagé dans un cadre législatif et non réglementaire (article L. 1111-4 du CSP), une absence de parallélisme interroge, d'autant plus que le Code pénitentiaire dispose, au sein de sa partie

[780] Article R. 322-2 du Code pénitentiaire.

législative, de dispositions relatives à la santé des personnes détenues[781]. Par ailleurs, l'article R. 332-2 du Code pénitentiaire se réfère aux dispositions de l'article R. 4127-36 du CSP qui correspond aux dispositions du Code de déontologie médicale. Si la prise en considération du consentement du patient détenu est réellement reconnue au même titre que le patient en milieu libre, pourquoi ne pas s'être référé à l'article L. 1111-4 du CSP ?

Comme le soulignait PORTALIS dans son discours préliminaire du premier projet de Code civil en 1801, « c'est aux lois à poser, dans chaque matière, les règles fondamentales, et à déterminer les formes essentielles. Les détails d'exécution (…), toutes les choses qui sollicitent bien plus la surveillance de l'autorité qui administre que l'intervention de la puissance qui institue ou qui crée, sont du ressort des règlements ».

Une reconnaissance perfectible. Ainsi, bien qu'affirmé par diverses sources, la prise en compte du consentement du patient détenu apparait perfectible. Un renvoi aux textes législatifs de droit commun apparait plus adéquat afin d'harmoniser les règles relatives aux droits de tous les patients. Dans tous les cas, qu'il s'agisse du patient détenu ou admis en SPSC, la recherche du consentement ainsi que sa prise en considération effective conditionne la « qualité » de la relation médicale. Pour que cette dernière puisse produire pleinement ses effets, il convient d'inscrire cette dynamique tout au long du processus de soins. Cette démarche s'inscrit dans une approche plus globale qui réside dans la prise en considération de l'expression du patient au cours du soin.

Section 2 : Le respect de l'expression du patient au cours de la relation de soins

Au cours de sa prise en charge, le patient va échanger des informations avec plusieurs professionnels. Compte tenu du caractère souvent personnel de ces dernières, leur protection s'impose. C'est en somme la finalité du secret professionnel dans la relation de soins (§ 1). De plus, si à chaque étape de la procédure de soins, le consentement du patient

[781] Articles L. 322-1 à L. 322-13 du Code pénitentiaire.

devait être au mieux recherché, voire impérativement obtenu, il arrive que le patient s'oppose à l'acte médical et exprime un refus de soins (§ 2).

§ 1 : Le caractère fondamental du secret professionnel dans la relation de soins

Le secret professionnel s'est toujours présenté comme un fondement immuable de la relation de soin ainsi que comme une protection à l'égard des patients (A). Il s'impose à tous les professionnels concernés dans les conditions prévues par la loi. Il protège également tous les secrets de tous les patients, y compris les patients DSPSC (B).

A : Un droit séculaire de la relation médicale

D'une obligation déontologique à une obligation légale. Le secret désigne ce « qui ne peut être connu ou compris parce que volontairement caché à ceux qui ne sont pas initiés ou confidents[782] ». Dans le cadre de la relation médicale, le secret est particulièrement fort dans la mesure où « il n'y a pas de soins de qualité sans confidences, de confidences sans confiance, de confiance sans secret[783] ». Initialement conçu comme le respect d'une règle déontologique pour le médecin (1), le secret professionnel a fait l'objet d'un encadrement relativement strict par la loi à partir de l'époque moderne et contemporaine (2).

[782] *Trésor de la langue française* (en ligne), V. secret.
[783] MOUNEYRAT Marie-Hélène. « Éthique du secret et secret médical », *Pouvoirs*, vol. 97, n° 2, 2001, pp. 47-61.

1) Les origines du secret professionnel dans la relation de soins

Historique du secret professionnel. Issu du serment d'HIPPOCRATE[784], le respect du secret professionnel est une obligation séculaire de la relation de soins[785] . Cette idéologie fut reprise parmi les écrits des successeurs d'HIPPOCRATE. CICÉRON estima que « les médecins qui pénètrent sous le toit et dans la chambre à coucher d'autrui doivent cacher beaucoup de choses, même sous l'offense, quoiqu'il soit difficile de se taire quand on pâtit[786] ». L'utilisation de l'impératif suggère que le secret s'impose comme une obligation, un « devoir de discrétion» à l'égard du patient. Cependant, si l'on se réfère aux grands textes juridiques de l'époque tels que le *Digeste*, les *Institutes* ou encore le *Code Justinien*, la question du secret dans la relation de soins n'est pas évoquée. Un même constat peut se faire dans la littérature tant juridique que médicale du Moyen-Âge[787], et s'explique par le contexte de l'époque où la science était mise à l'écart au profit du savoir religieux[788]. Certains écrits n'ont pas hésité à opérer un parallèle entre le secret qui incombe au médecin et celui qui relève de la confession[789] en écrivant que « c'est en tant que chrétien que le médecin se doit de faire preuve de discrétion, et de ne pas révéler les secrets que ses malades lui confient[790] ».

Par la suite, le souffle humaniste de la Renaissance va progressivement réhabiliter, à titre autonome, les dispositions du serment d'HIPPOCRATE. Selon le professeur Bruno PY, ce renouveau s'explique par le fait que « l'individualisme refait surface et que l'on a davantage de respect pour la vie privée[791] ». Par ailleurs, la connexité précédemment établie avec le domaine religieux est progressivement abandonnée au profit d'une approche plus juridique. Jean VERDIER énonça que « les secrets qui sont confiés

[784] Avant les apports du serment d'HIPPOCRATE, CONFUCIUS proposa une première approche du secret dans la relation de soins dans la mesure où ce dernier « préconise à tous les honnêtes gens d'éviter le bavardage, d'être discret ». V. notamment HOERNI Bernard, BENEZECH Michel, *Le secret médical, confidentialité et discrétion en médecine*, Paris, Masson Abrégés, 1996.

[785] DELPOUS Stéphanie, BENHESSA Ghislain, BÉRÉTZ Laurence, « Aspects historiques et juridiques du secret médical », *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, n° 48, 2013, p. 197.

[786] MAES Étienne, *Secret professionnel appliqué à la pédiatrie. Cas du signalement de l'enfance en danger. Enquête prospective auprès des médecins généralistes*, Thèse de Doctorat, Médecine, Université Rennes I, 2004, p. 11.

[787] Cette observation ne vaut que pour la médecine occidentale de l'époque. En effet, dans les écrits de la médecine orientale, quelques textes font référence à ce secret comme le serment d'ASSAPH.

[788] Ce n'est qu'entre le XIII[ème] siècle et le XIV[ème] siècle que sont formées les confréries de médecins et, pour les chirurgiens, les confréries de Saint Côme et de Saint Damien.

[789] Dans une lettre adressée à une communauté religieuse, Saint Jérôme énonça que « que nulle maison ne connaisse de ton fait ce qui se passe dans une autre. Hippocrate adjure ses disciples avant de les instruire, puis il les force à répéter son propre serment. Il exige qu'ils gardent le silence (…). Combien plus nous autres, à qui a été confiée la médecine des âmes, devons-nous aimer les maisons de tous les Chrétiens, comme si elles étaient les nôtres ! ». Cité par MAES Étienne, *op. cit*., p. 12. À l'heure actuelle, ce parallèle se justifie aisément dans la mesure où le secret professionnel, tel que prévu à l'article 226-13 du Code pénal, recouvre ces deux hypothèses.

[790] *Ibidem.*

[791] PY Bruno, *Le secret professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. La justice au quotidien, 2005.

aux médecins sont des dépôts sacrés qui ne leur appartiennent point ». Pour lui, aucune dérogation n'existe. Il déduit le caractère absolu du secret du Droit naturel par la formulation suivante : « la conservation (…) du secret étant de droit naturel, personne ne peut être tenu par le commandement même supérieur à révéler ce qui lui était confié sous le secret »[792]. Si le respect du secret dans la relation de soins commence à s'inscrire dans les pratiques professionnelles, il n'est pas rare de voir également des mesures qui ordonnent aux médecins de lever ce secret lorsque sont justifiés des impératifs d'ordre public[793].

De l'époque moderne à l'ancien Code pénal. La philosophie des Lumières ainsi que la période révolutionnaire vinrent compléter ces différentes réflexions. L'adoption de la DDHC en 1789 constitua un moment capital venant consacrer plusieurs dispositions visant à protéger les intérêts privés de la personne contre la collectivité, dont notamment le droit à la liberté individuelle[794]. Parce que la lutte contre le corporatisme fut partie intégrante des actions menées à l'époque, l'enseignement de la médecine fut temporairement supprimé par le pouvoir révolutionnaire et il faudra attendre 1794, date de création des écoles de santés. À la fin de la période révolutionnaire, le Droit s'est pleinement saisi du domaine médical. L'influence juridique dans « l'art du soin » ne peut plus être ignorée et s'est traduite par l'article 378 du Code pénal consacrant le secret professionnel.

2) La consécration légale du secret professionnel

La consécration du secret professionnel dans le Code pénal de 1810. En matière de codification de normes, la période napoléonienne se montra particulièrement riche[795]. Vis-à-vis du secret professionnel, le Code pénal de 1810 disposait dans son article 378 que « les médecins, chirurgiens et autres officiers de santé, ainsi que les pharmaciens, les sages-femmes et toutes autres personnes dépositaires, par état ou

[792] VERDIER Jean, *Essai sur la jurisprudence de la médecine en France*, Alençon, 1763. Cité par MAES Étienne, *op. cit*., p. 15.
[793] À titre d'exemple, en 1668, le procureur du roi à Bordeaux commanda à tous les médecins et chirurgiens de la ville de dénoncer ceux de leurs malades appartenant à la religion réformée.
[794] Article 4 de la DDHC.
[795] Connus sous l'expression « codes napoléoniens », cette dénomination regroupe le Code civil de 1804 ; le Code de procédure civile de 1806 ; le Code de commerce de 1807 ; le Code d'instruction criminelle de 1808 et le Code pénal de 1810.

profession ou par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie, qui, hors le cas où la loi les oblige ou les autorise à se porter dénonciateurs, auront révélé ces secrets, seront punis d'un emprisonnement d'un mois à six mois et d'une amende de 500 à 15000 F ». Cette disposition ne s'applique pas uniquement à l'égard des professionnels de santé. Elle vise « toutes autres personnes dépositaires, par état ou profession ou par fonctions temporaires ou permanentes ». Ainsi, toutes les professions susceptibles de recueillir un secret sont soumises à cette disposition. Selon la jurisprudence, « en imposant à certaines personnes, sous une sanction pénale, l'obligation du secret comme un devoir de leur état, le législateur a entendu assurer la confiance qui s'impose dans l'exercice de certaines professions[796] ». Elle a par la suite affiné sa position à l'égard de certaines branches professionnelles. Ainsi dans le cadre médical, la Haute juridiction estima que « l'obligation du secret professionnel s'impose aux médecins comme un devoir de leur état. Elle est générale et absolue et il n'appartient à personne de les en affranchir[797] ».

Une plus grande étendue du secret professionnel. De nos jours, la question du secret est abordée de manière générale et impersonnelle à l'article 226-13 du Code pénal. Il dispose que « la révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire, est punie d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende ». Sur le plan rédactionnel, nous constatons qu'aucune profession n'est citée. Cela ne signifie pas que le secret professionnel s'applique automatiquement à toutes les professions. La règle en la matière est claire : il doit être expressément prévu par la loi ou le règlement.

Une confusion issue du CSP. Sur le plan plus spécifique de la santé, le CSP prévoit à l'article L. 1111-4 que « toute personne prise en charge par un professionnel de santé, un établissement ou service, un professionnel ou organisme concourant à la prévention ou aux soins (…) a droit au respect de sa vie privée et au secret des informations la concernant ». Comme le souligne le Professeur Bruno PY, « l'expression de secret médical apparait à 21 reprises alors que simultanément l'expression de secret professionnel apparait 39 fois. Sans compter trois articles qui évoquent cumulativement le secret médical ou professionnel. Enfin, deux articles préfèrent ne pas trancher et faire allusion soit au respect des secrets protégés par la loi », soit à la « protection du secret des informations.

[796] Cass. Crim., 15 décembre 1885. En l'espèce, la jurisprudence estima que « l'obligation de respect du secret médical est générale et absolue ; sont réprimées toutes les révélations hormis les cas où la loi les permet, sans qu'il soit nécessaire d'établir l'intention de nuire ».
[797] Cass. Crim., 8 mai 1947.

Autant dire que le législateur est changeant et que ses choix terminologiques semblent aléatoires. Les mots de la loi ne sont pas clairs, parce que la langue du législateur est floue et sa plume hésitante[798] ». Outre l'atteinte à la sécurité juridique que ces formulations opèrent, elles sont une source de grande confusion pour les professionnels qui cherchent des fondements juridiques solides pour sécuriser leurs pratiques[799]. Une réforme sur ce point serait donc opportune.

Malgré ces confusions sémantiques, l'utilisation d'une terminologie générale et impersonnelle tend à faire reconnaitre, à l'ensemble des patients, le droit au secret de leurs informations. Aussi, appliquées *stricto sensu*, aucune de ces dispositions ne vient remettre en cause leur application à l'égard des patients DSPSC.

B : Le secret professionnel en prison et dans les SPSC

Un droit inégalement reconnu. La protection du secret professionnel est abordée de manière différente selon que l'on se place dans l'hypothèse du soin en milieu carcéral ou des SPSC. Si le législateur a fait l'effort de reconnaitre clairement cette prérogative dans le milieu pénitentiaire (1), tel n'est pas le cas dans le cadre de l'institution psychiatrique (2).

[798] PY Bruno, « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel », *Revue Droit & Santé*, Hors série, n° 50, 2013, p. 164.
[799] Dans le cadre de la dispense de formations professionnelles consacrées aux droits du patient ou encore aux missions et responsabilités de certains professionnels, la question du secret demeure un thème central de réflexion et d'échanges. Cette question est d'autant plus mise en exergue à l'heure des nouvelles technologies et de la dématérialisation des informations.

1) La reconnaissance du secret professionnel en prison

Un droit historiquement reconnu dans le Guide méthodologique. En 1994, lors du transfert de la prise en charge des patients détenus vers le service public hospitalier, il était inévitable que les obligations en matière de secret professionnel, à l'époque uniquement déontologiques[800], se posent. À cet égard, le Guide méthodologique de septembre 2004 fit preuve d'une rédaction admirable. Dans le cadre d'un paragraphe intitulé « le secret professionnel », il énonçait que « le secret professionnel est l'un des fondements de la relation entre le médecin, le soignant et la personne malade (art L. 1110-4 du CSP). Ce secret professionnel s'impose à toutes personnes exerçant au sein des structures médicales en milieu pénitentiaire comme en milieu libre[801] ». En l'espèce, nous pouvons nous satisfaire de la terminologie employée qui est parfaitement adéquate. De plus, en faisant référence à l'article L. 1110-4 du CSP, la volonté d'inscrire les droits reconnus aux patients détenus dans la lignée de ceux reconnus aux patients libres est clairement actée. Cette démarche est renforcée lorsque le Guide méthodologique énonce que « les dispositions des articles L. 1110-1 à L. 1110-7 du CSP relatives aux droits des malades et à la qualité du système de santé s'appliquent aux personnes détenues[802] ». Compte tenu de la clarté de cet énoncé, nous ne pouvons que déplorer la mise à jour effectuée par le Guide méthodologique de 2019. Si une fiche sur le secret professionnel est toujours présente, cette dernière est plus axée sur les dispositions réglementaires du CSP[803].

Une reconnaissance officielle par la loi. Dans la mesure où le Guide méthodologique ne dispose pas de valeur contraignante, l'intervention du législateur sur ce point était très attendue. Elle arriva dans le cadre de l'adoption de la loi pénitentiaire de 2009. À ce sujet, l'article 45 disposa que « l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans le respect des troisième et quatrième alinéas de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ». Cette disposition est désormais reprise *in extenso* à l'article L. 322-3 du Code pénitentiaire. L'article L. 322-4 du même code prévoit également que « chaque personne

[800] Dans le cadre du Décret n° 47-1100 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, l'article 4 dispose que « le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogation établie par la loi ».
[801] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PROTECTION SOCIALE, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues*, septembre 2004, p. 72.
[802] *Ibidem*, p. 77.
[803] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 52 et s.

détenue a droit au respect de sa vie privée et du secret des informations la concernant, dans les conditions prévues par les dispositions des articles L. 1110-4 du code de la santé publique relatives au secret médical et R. 4127-4 du code de la santé publique relatives au secret professionnel des médecins ».

Par ces différentes formulations, le législateur entend reconnaitre au patient détenu un droit à la protection de ses informations personnelles et médicales tant lors des mesures de soins au sein de l'USMP que lors de son hospitalisation au sein d'un établissement de santé. Il conviendra d'opérer une lecture particulièrement attentive de ces dispositions. Au regard de l'énoncé proposé, il serait possible de croire que le secret ne s'applique qu'à l'égard du personnel médical, dans la mesure où c'est l'expression « secret médical » qui est usitée. *Stricto sensu*, ce dernier regroupe uniquement les professionnels pouvant justifier d'un doctorat en médecine. Cela exclurait *de facto* le personnel soignant. Une telle analyse doit être écartée en faisant fi de la maladresse rédactionnelle du législateur. Il suffit pour s'en convaincre de se référer à l'article L. 1110-4 du CSP relatif au secret professionnel et non au secret médical[804].

Une réponse législative en deçà des attentes. Bien que des dispositions législatives existent depuis 2009, « la protection du secret médical au sein des établissements pénitentiaires est le sujet le plus délicat[805] ». Cette affirmation se vérifie régulièrement dans le cadre des différents rapports d'activité et avis du CGLPL. En 2015, il énonça que « le respect du secret médical est un droit pour le patient[806]. En application de l'article R. 4127-4 du code de la santé publique, il constitue un devoir absolu pour le médecin, auquel il s'impose. Le CGLPL préconise qu'un rappel des obligations légales et déontologiques soit effectué en ce sens auprès des médecins ». Si l'intervention du CGLPL est généralement salutaire pour la protection des droits des personnes détenues, nous pouvons regretter que ce dernier se soit appuyé sur une disposition réglementaire et non légale pour fonder sa recommandation.

Une discordance récurrente entre théorie et pratique. En dépit de l'intervention législative, des rappels réguliers effectués par le CGLPL et d'une note

[804] L'article L. 1110-4 du CSP fait référence aux professionnels de santé. En conséquence, l'emploi de l'expression « secret médical » est inadéquat dans la mesure où les obligations imposées par cet article ne s'appliquent pas qu'aux médecins, mais bien à l'ensemble des professionnels et des établissements de santé qui concourent à la prévention ou aux soins.
[805] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel d'activité 2010*, Paris, Dalloz, 2011, p. 111.
[806] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé*, 16 avril 2015.

d'information publiée par le ministère de la Santé en 2018, le respect du secret professionnel en détention se heurte toujours à de nombreuses difficultés[807]. Dans son rapport d'activité pour l'année 2022, le CGLPL énonça que « la méconnaissance du statut des détenus et l'ignorance de leur diversité par les soignants, alliées à une conscience inégale des exigences du secret médical ne favorisent pas une évolution[808] vers un meilleur respect des droits[809] ». Dans ce contexte, nous comprenons que les pratiques professionnelles ne sont pas adéquates et qu'une modification de ces dernières s'avère opportune, au même titre que dans le cadre des SPSC.

2) La notion de secret professionnel dans les SPSC

Une reconnaissance absente des dispositions spécifiques du CSP. Au même titre que pour toute autre discipline, les professionnels de santé qui interviennent dans le cadre des SPSC sont soumis au secret professionnel. Cependant, au regard de la multiplicité des acteurs qui concourent à la mise en œuvre de ces soins, la question de l'existence d'un droit au secret prend une dimension particulière. Contrairement aux dispositions énoncées à l'égard des patients détenus, les dispositions spéciales du CSP ne consacrent pas avec tant de force le secret professionnel dans le cadre de cette modalité particulière de soins. Lorsque nous observons les dispositions de l'article L. 3211-3 du CSP, aucune mention n'est faite à ce sujet. Pourtant, dans la mesure où la « relation de soin est l'outil thérapeutique central[810] », l'affirmation effective de l'existence du secret professionnel serait opportune[811].

[807] En l'espèce, il a été indiqué au CGLPL « qu'une note d'information résultant des réflexions d'un groupe de travail *ad hoc* est en cours de rédaction. L'objectif est de sensibiliser et d'informer les professionnels de santé et les personnels des établissements pénitentiaires sur le respect du secret médical, la confidentialité des soins et l'utilisation des entraves dans le cadre des extractions médicales ». CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel d'activité 2021*, Paris, Dalloz, 2022, p. 73.
[808] Le CGLPL évoque également de rares cas où des améliorations ont été observées comme le fait qu'un « surveillant qui a refusé de sortir à la demande du médecin et a eu un comportement inadapté a fait l'objet d'une procédure disciplinaire ». Cependant, il estime que « ces exemples restent trop rares et rien n'est fait pour développer ces pratiques innovantes ». CGLPL, *Rapport d'activité annuel 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 31.
[809] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité annuel 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 31.
[810] PERRIN-NIQUET Annick, « Le secret professionnel dans les soins infirmiers en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, vol. n° 91, 2015, p. 653.
[811] Ainsi que l'énonçait le professeur PORTES « Pas de médecine sans confidence, pas de confidence sans confiance, pas de confiance sans secret ». PORTES Louis, *A la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson, 1954. Cité par PY Bruno, *Le secret professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. « La justice au quotidien », 2005, p. 12.

Un secret difficilement respectable. Si la loi a vocation à être uniforme, la spécificité des SPSC nous pousse à aborder la problématique du secret professionnel d'une manière moins conventionnelle. Si le patient reste maitre de la révélation des informations le concernant en vertu de la compétence de principe des personnes[812], l'observation stricte de cette règle dans la situation d'espèce peut s'avérer nuisible, tant pour le patient que pour le maintien de l'ordre public. Face à cette situation, la question se pose de savoir si le secret professionnel doit demeurer immuable ou si des atteintes peuvent lui être faites en cas de danger pour le patient voire pour autrui. Dans la mesure où le droit à la protection de la vie est la plus haute valeur protégée au sein de notre législation et que l'ordre public prime sur les libertés individuelles, la seconde hypothèse prévaut. Ainsi, lorsque le secret professionnel s'oppose à l'intérêt du patient ou au maintien de l'ordre public, ce dernier doit s'effacer[813]. De plus, la pathologie mentale subie par le patient le place dans une situation où ses troubles peuvent l'empêcher d'identifier clairement son intérêt[814].

Le secret professionnel à l'épreuve des informations utiles et nécessaires. Est-ce à dire que le secret professionnel n'existe pas dans les SPSC ? La réponse convient d'être nuancée. Parce que ces procédures puisent leur source dans l'incapacité du patient à consentir aux soins et que dans certaines circonstances, elles sont justifiées par la protection de l'ordre public, l'ensemble des acteurs qui concourent à ces procédures doivent pouvoir prendre toutes les mesures adéquates. Pour ce faire, ils doivent pouvoir transmettre librement des informations sur l'état de santé du patient, mais l'existence de ces échanges ne doit pas servir de prétexte à un partage d'informations sans limite. Les dérogations apportées au secret professionnel devront être limitées aux informations strictement utiles et nécessaires au bon déroulé des SPSC. Cela signifie que toute information lue, vue, entendue, comprise, sans rapport avec les injonctions d'informations à transmettre aux divers professionnels qui concourent à ces soins, doit demeurer secrète[815].

[812] SFERLAZZO-BOUBLI Karine, *Le droit et les soins psychiatriques non consentis*, Thèse, Université Aix-en-Provence, 2018, p. 390.
[813] *Ibidem.*
[814] *Ibidem.*
[815] En somme, nous retrouvons un schéma identique à celui proposé dans le cadre du secret partagé entre les professionnels du soin et les professionnels issus du monde social ou médico-social.

La difficulté sera de déterminer quelles sont ces informations. La liste des éléments médicaux à transmettre au juge est déterminée par l'article R. 3211-12 du CSP[816]. Son application *stricto sensu* sous-entendrait que la transmission d'une information non mentionnée dans cette liste ne serait pas obligatoire. Cependant, comme le juge peut solliciter toute autre pièce qu'il estime utile[817], cette liste ne peut être considérée comme exhaustive. De plus, il convient de rappeler qu'une décision de mainlevée ne peut être prononcée « qu'au vu des éléments du dossier[818] ». Par ailleurs, il faudra demeurer attentif au respect du secret professionnel lors de la transmission d'informations à caractère médical au préfet dans le cadre des procédures de SPDRE[819].

Un droit non absolu des patients DSPSC. Bien que le secret professionnel soit une obligation séculaire de la relation médicale, nous constatons, à l'égard des patients DSPSC, que son caractère n'est pas absolu. Pourtant, la protection des informations médicales est « capitale non seulement pour protéger la vie privée des malades, mais également pour préserver leur confiance dans le corps médical et les services de santé général[820] ». Cette absence de confiance dans la relation de soins peut entrainer des conséquences délétères. En effet, outre la mise en place de protocoles de soins attentatoires, une telle méfiance peut pousser le patient à refuser des soins.

[816] Article R. 3211-12 du CSP : « Sont communiqués au juge des libertés et de la détention 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 et, le cas échéant, une copie de la décision la plus récente ayant maintenu la mesure de soins, les nom, prénoms et adresse du tiers qui a demandé l'admission en soins ainsi qu'une copie de sa demande d'admission ; 2° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté d'admission en soins psychiatriques et, le cas échéant, une copie de l'arrêté le plus récent ayant maintenu la mesure de soins ; 3° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale ; 4° Une copie des certificats et avis médicaux prévus aux chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie de la partie législative du présent code, au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ; 5° Le cas échéant : a) L'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 ; b) L'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition. Le juge peut solliciter la communication de tous autres éléments utiles ».

[817] Cette potentialité est renforcée par le fait que le JLD ne peut ordonner une mainlevée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement « qu'au vu des éléments du dossier » selon la rédaction de l'article L. 3211-12-1 III du CSP.

[818] Article L. 3211-12-1 III du CSP. En outre, la Cour de cassation rappelle que l'intégralité des pièces de la procédure doit obligatoirement être communiquée au JLD avant l'audience. Ces dernières se composent notamment de la décision de maintien en SPSC. Aussi, les juges du Quai de l'Horloge cassent et annulent l'ordonnance du premier président d'une Cour d'appel qui, après avoir constaté qu'une décision de maintien en soins psychiatriques sans consentement sous la forme de l'hospitalisation complète n'avait été communiquée au JLD que postérieurement à l'heure à laquelle s'était tenue l'audience, estime établi le fait que celui-ci en avait connaissance au moment où il a statué, puisqu'il la vise dans sa décision. En vertu de l'article R. 3211-12 du CSP, ce document fait partie des pièces qui sont obligatoirement communiquées au juge avant l'audience afin de pouvoir y être discutées contradictoirement. Cass. Civ., 1ère, 18 janvier 2023, n° 21-23.681. VIOUJAS Vincent, « Droits des établissements publics de santé », *RDGM*, n° 87, juin 2023, p. 177.

[819] Au regard des articles L. 3213-1 à L. 3213-11, le représentant de l'État est toujours destinataire d'informations à caractère médical.

[820] CEDH, 27 août 2017, *M.S c/Suède*, req. n°74/1996/693/885.

§ 2 : La prise en compte du refus de soins

Un droit contemporain du patient. Issu de la loi du 2 février 2016[821], l'alinéa 2 de l'article L. 1111-4 du CSP dispose que « toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement ». Si cette formulation est claire, elle soulève plusieurs interrogations. Dans la mesure où cette disposition est issue d'une loi relative à la fin de vie, nous pouvons nous demander si le refus de soins s'applique uniquement à cette hypothèse ou s'il peut être invoqué tout au long de la prise en charge du patient. En outre, le spectre de la non-assistance à personne en danger[822] nous pousse à nous questionner sur la portée de cette disposition à l'égard du praticien. Il convient de savoir si « le refus de traitement est un droit que la personne peut opposer au médecin qui serait alors tenu de ne pas dispenser ou exécuter le traitement refusé lorsqu'il émane d'une volonté libre et éclairée[823] ».

La première interrogation peut être résolue rapidement dans la mesure où la rédaction de l'article ne s'inscrit dans aucune limite temporelle. Ainsi, le législateur consacre expressément le droit du patient de refuser des traitements et l'obligation pour le médecin de respecter la volonté de la personne tout au long de sa prise en charge.

Sur la seconde interrogation, « le respect d'une telle volonté ne soulève pas véritablement de difficulté lorsque le refus exprimé n'engage pas le pronostic vital de la personne. En revanche, lorsque le refus de traitement met en danger la vie de l'intéressé, il expose le médecin à un conflit de devoirs qui l'oblige à choisir : le respect de la volonté de son patient et la finalité médicale de son activité consistant à délivrer à son patient des soins consciencieux et conformes aux données acquises de la science[824] ». Dans ces conditions, le dégagement d'une solution unique apparait délicat et nécessite une appréciation *in concreto*.

Une application *a priori* possible à l'égard des patients DSPSC. Si ces interrogations posent déjà des difficultés en milieu libre, qu'advient-il de la situation

[821] Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie.
[822] Article 223-6 du Code pénal.
[823] CASTAING Cécile, « Le refus de traitement libre et éclairé, 20 ans après la loi du 4 mars 2002 », *RGDM*, mars 2022, p. 94.
[824] *Ibidem.*

particulière des patients DSPSC ? Pour répondre à cette question, il convient de rappeler que le refus de soins puise sa source dans le droit à la dignité de la personne humaine, qui ne peut faire l'objet d'aucune atteinte ni restriction, y compris dans le cadre des lieux privatifs de liberté. En conséquence, un refus de soins devrait pouvoir être respecté et pris en considération par l'équipe de soins, tant dans le cadre des SPSC (A) que du milieu pénitentiaire (B).

A : La reconnaissance limitée du refus de soins en psychiatrie

Une prise en charge *a priori* imperméable au refus de soins. Si le droit au refus de soins est clairement exposé par la loi, c'est à condition que le patient soit en état de s'exprimer et de manifester un consentement libre et éclairé. Ce pouvoir décisionnel qui caractérise l'autonomie du patient peut être limité par la loi afin de protéger la personne elle-même, autrui, et plus généralement, la société. Dans le cadre des SPSC, la position des professionnels de santé face à cette question est délicate et nourrit une très vive tension[825]. L'expression « sans consentement » tendrait à opposer au patient une « fin de non-recevoir » quant à l'expression d'un refus de soins. Dans la mesure où la pathologie mentale entraine souvent une absence de conscience de la maladie, il est difficile de concevoir comment un patient peut exprimer valablement un consentement ou un refus de soins. Cependant, ces troubles ne se manifestent pas continuellement avec la même intensité. Des périodes de lucidité peuvent être médicalement constatées. Dans ces moments, comment gérer l'éventuelle expression du refus de soins par le patient ? En l'espèce, une analyse de la situation du patient s'impose tant sur le plan psychiatrique (1) que somatique (2).

[825] CCNE, *Refus de traitement et autonomie de la personne*, Avis n° 87, 2005, p. 11.

1) Un refus de soins inopposable à l'égard des soins psychiatriques stricto sensu

Définition du trouble mental. La mise en œuvre des SPSC se fonde sur l'existence de troubles mentaux qui risquent de porter atteinte à l'intégrité des patients, à celle d'autrui ou à l'ordre public. Selon l'OMS, « un trouble mental se caractérise par une altération majeure, sur le plan clinique, de l'état cognitif, de la régulation des émotions ou du comportement d'un individu[826] ». Cette définition générale est complétée par celle proposée par le DSM-5[827] qui définit le trouble mental comme « un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition, la régulation des émotions, ou le comportement d'une personne qui reflète un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-jacents au fonctionnement mental ». Quant à la CIM[828], elle indique que les « troubles mentaux (…) sont caractérisés par des syndromes de troubles cliniques significatifs des fonctions cognitives, de la régulation émotionnelle, ou du comportement qui reflètent un dysfonctionnement des processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-jacents du fonctionnement mental et comportemental ».

Un refus de soins *quasi* inopposable dans le cadre des SPSC. Au regard de ces définitions, nous comprenons que c'est parce que le patient est atteint d'un trouble mental et qu'il ne peut consentir aux soins pour la préservation de sa santé que le législateur instaura la possibilité de recourir à des soins sans consentement. Leur légitimité se fonde sur deux piliers : la protection de la santé et celle de l'ordre public. Dans les deux cas, cette mission incombe à l'État qui doit répondre de son action. Toute la difficulté sera de trouver un juste équilibre entre les besoins sanitaires des patients et les attentes de la société.

Un choix sémantique délibéré. Le choix de l'expression « soins psychiatriques sans consentement » n'est pas anodin. Cette modalité de soins présente une finalité protectrice à la fois individuelle et collective. La prise en considération de l'ordre public rendra inopposable le refus exprimé par le patient de se soumettre à un soin

[826] https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders.
[827] Le DSM-5 date de février 2015. Il s'agit de la cinquième édition du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, et des troubles psychiatriques (en anglais *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*) de l'Association Américaine de Psychiatrie (APA, en anglais : *American Psychiatric Association*).
[828] La Classification internationale des maladies (CIM) est une classification médicale publiée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS). La dernière révision date de février 2022.

psychiatrique. L'inopposabilité est davantage accentuée par le fait que « l'évaluation de la capacité à consentir reste subjective[829] » et par le fait qu'il n'existe pas de critères consensuels en la matière. La seule exception qui peut être soulevée relève des traitements inhumains et dégradants [830].

L'inopposabilité du refus des SPSC aurait pu être d'application absolue si le législateur n'avait pas ouvert la possibilité de recourir aux soins ambulatoires. Dans ce cas, le refus de soins exprimé ou attesté par le comportement du patient doit d'être analysé. Si l'alinéa 2 de l'article L. 3211-1 du CSP dispose que « toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence », la tension dans la répartition de l'offre de soins rend impossible la mise en œuvre de cette disposition. Cette situation peut entrainer des effets délétères pour le patient car il peut vouloir consentir à des soins psychiatriques, sous réserve qu'ils soient compatibles avec ses autres activités, notamment professionnelles. Aussi, un patient qui refuserait de réaliser ses séances dans le CMP de son lieu de résidence ou qui ne pourrait honorer convenablement ses rendez-vous pour cause de contraintes professionnelles ne devrait pas se voir sanctionner par la mutation de son régime de soins vers une nouvelle prise en charge sous forme complète. Le refus de soins exprimé dans cette situation ne traduit pas l'absence de volonté de se faire soigner, mais uniquement l'impossibilité matérielle de la mettre en œuvre. Dans ces circonstances, la prise en compte du refus de soins du patient parait essentielle afin de ne pas porter atteinte à l'alliance thérapeutique créée. Elle suppose de pouvoir trouver une solution plus flexible et mieux adaptée à la vie quotidienne du patient.

[829] SFERLAZZO-BOUBLI Karine, *Le droit et les soins psychiatriques non consentis*, Thèse, Université Aix-en-Provence, 2018, p. 329.
[830] Selon la CEDH, une mesure dictée par une nécessité thérapeutique, si désagréable soit-elle à l'intéressé, ne saurait, en principe, passer pour inhumaine ou dégradante au sens de l'article 3 de la CESDH (CEDH, 10 février 2004, *Naoumenko c/Ukraine*, req. n° 42023/98). Pris *a contrario*, cela signifie que si la mesure s'apparente à un traitement inhumain ou dégradant, alors la nécessité thérapeutique ne peut être retenue et le patient peut s'y opposer.

2) Un flou juridique délétère dans le cadre des soins somatiques

Vers une différenciation du refus de soins ? La première orientation médicale des SPSC porte sur les troubles mentaux dont souffre le patient. Pourtant, il n'est pas rare qu'au cours de la prise en charge, le traitement d'une pathologie somatique s'avère nécessaire. Si nous considérons que le patient est incapable de donner valablement son consentement pour des soins psychiatriques, et réciproquement pour un refus de soins, pourquoi en serait-il autrement dans le cadre des soins somatiques ? Pour tenter de résoudre ces difficultés, les dispositions de droit commun contenues dans le CSP apportent quelques éléments de réponse, en tenant compte de l'urgence, des proches et de la situation juridique du patient.

En cas d'urgence[831], au même titre que tout patient, l'accomplissement d'un acte indispensable à la survie du patient et proportionné à son état est envisageable, en dépit de l'obligation faite au médecin de respecter la volonté du patient[832]. Cette situation n'est pas un cas isolé et se retrouve lorsque le patient a rédigé des directives anticipées, mais que ces dernières sont disproportionnées ou inadaptées à sa situation clinique[833].

Ensuite, dans un souci de respecter au mieux la volonté du patient, une solution peut être trouvée auprès de ses proches, en particulier dans le cadre de la procédure de SDT. Si leur bienveillance supposée les a conduits à initier une demande de SPSC, sans doute pouvons-nous nous appuyer sur cette même bienveillance pour que ces derniers appuient le refus de soins exprimé par le patient auprès de l'équipe médicale, en particulier si cette volonté est relayée par la personne de confiance. En effet, l'article L. 1111-6 du CSP indique qu'elle « rend compte de la volonté de la personne ». Dans la mesure où la personne de confiance est obligatoirement une personne physique majeure capable, la prise en considération de son avis peut s'avérer être une ressource fiable pour tenter de préserver au mieux la volonté du patient, et pour sécuriser les pratiques professionnelles en la matière.

Enfin, il faut tenir compte du statut juridique du patient. Depuis la loi du 23 mars 2019[834], l'article 459 du Code civil dispose que « la personne protégée prend seule

[831] Article L. 1111-4 alinéa 4 du CSP.
[832] CE, 26 octobre 2001, n°198546 A, *Mme Senanayaké*. Cet arrêt a été confirmé par la jurisprudence après l'entrée en vigueur de la loi du 4 mars 2002. V. par exemple CE, ref., 16 août 2002, *Mme Feuillatey*.
[833] C. const., 10 novembre 2022, n° 2022-1022 QPC.
[834] Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, JORF n° 0071 du 24 mars 2019, Texte n° 2.

les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet ». S'il est médicalement attesté que le refus de soins a été exprimé au cours d'une période de lucidité du patient, le respect de sa volonté devrait prévaloir dans la mesure où la bienveillance et les bonnes pratiques professionnelles sont essentielles en la matière. Cependant, dans la mesure où ces dernières sont disparates, le respect du refus de soins du patient en SPSC demeure complexe à mettre en œuvre. Cette complexité est d'ailleurs soulignée par le CCNE pour qui « les situations de refus de soin du corps (…) chez un malade atteint d'une maladie psychiatrique posent des questions extrêmement difficiles dans la mesure où l'hospitalisation sous contrainte dans ce domaine n'a pas de statut très clair. On ne peut "profiter" de l'état psychique pour imposer des traitements ou des soins [835] ».

Une prise en considération complexe, mais pas impossible. Le refus de soins somatiques exprimé par un patient en SPSC apparait donc complexe. Dans la mesure où l'article L. 3211-3 du CSP dispose que « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis », la prise en compte du refus de soins exprimé par le patient admis en SPSC est admissible, à condition que ce dernier soit en état d'exprimer sa volonté. Une décision du Tribunal administratif de Rennes[836] tend à valider ce raisonnement.

La prise en compte du refus de soins *de lege feranda*. Au regard de ces différents éléments, une intervention législative serait opportune. Sur la base des différents articles existants, il serait possible d'énoncer le principe suivant : « sauf urgence ou impossibilité d'exprimer sa volonté, le patient admis en soins psychiatriques sans consentement, dispose du droit d'exprimer un refus de soins à l'égard de tout traitement ou acte médical relevant des soins somatiques. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté du patient après l'avoir informé des conséquences de ses choix et de leur gravité. Si, par sa volonté de refuser ou d'interrompre tout traitement, la personne met sa vie en danger, elle doit réitérer sa décision dans un délai raisonnable. Elle peut faire appel à un autre membre du corps médical. L'ensemble de la procédure est inscrit dans le dossier médical du patient. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa

[835] CCNE, *Refus de traitement et autonomie de la personne*, Avis n° 87, 2005, pp. 11-12.
[836] « Considérant que le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical revêt le caractère d'une liberté fondamentale ; que le centre hospitalier spécialisé en psychiatrie (…) n'invoque, en défense, aucune disposition particulière qui, en l'espèce, l'exonérerait de l'obligation de recueillir le consentement du patient avant de procéder à une injection dans l'organisme de Mme A. (…) que la réalisation à intervalle régulier d'une injection dans son organisme en dépit de son refus serait donc manifestement illégale ». TA Rennes, 18 juin 2012, n° 1202373.

fin de vie en dispensant les soins palliatifs mentionnés à l'article L. 1110-10 du présent code ».

Compte tenu de la pathologie mentale du patient, la difficulté sera de déterminer précisément le moment à partir duquel le patient n'est plus en état d'exprimer valablement sa volonté. Une réflexion pluridisciplinaire pourrait être conduite afin d'établir un guide décisionnel pour aider les professionnels. L'objectif est de trouver le meilleur équilibre entre le respect des différents droits reconnus aux patients et la nécessité de protéger les professionnels de santé afin qu'ils ne soient pas empêchés d'exercer « leur art », sous crainte de voir leur responsabilité engagée. Si la problématique du refus de soins dans le cadre des SPSC soulève d'importantes interrogations, ces dernières semblent être plus limitées dans le cadre du milieu carcéral.

B : La prise en compte du refus de soins en prison

L'admission par principe du refus de soins en prison. Contrairement au patient admis en SPSC, le patient détenu ne souffre pas obligatoirement d'une pathologie mentale. *A priori*, ce dernier est en mesure d'exprimer un refus de soins dans les conditions de droit commun (1). Cependant, face à la contrainte du corps et de l'esprit exercée par l'institution pénitentiaire, une question spécifique doit être abordée : la grève de la faim (2).

1) La reconnaissance du refus de soins dans les conditions de droit commun

Un renvoi aux dispositions de droit commun. Parce que le législateur tend à faire du patient détenu un « patient comme les autres » grâce au principe d'équivalence des soins[837], il n'a pas prévu de dispositions spéciales en matière de refus de soins exprimé par un patient détenu. Selon l'article L. 1111-4 du CSP, lorsque le patient exprimera un refus de soin de manière libre et éclairée, le médecin sera dans l'obligation de respecter sa volonté après l'avoir informé des conséquences de ses choix et de leur gravité[838]. Ce principe a été repris à l'article R. 322-2 du Code pénitentiaire[839]. Une fois encore, nous pouvons déplorer le fait que le pouvoir réglementaire fasse référence à une disposition déontologique et non légale. Cela atténue les efforts entrepris pour tenter d'harmoniser l'ensemble des dispositions sanitaires entre le milieu libre et le milieu pénitentiaire, mais ne remet pas en cause la prise en compte du refus de soins en détention.

Un refus de soins motivé par des raisons personnelles. Si nous observons le schéma décisionnel du refus de soins, cette décision est exprimée par le patient après avoir reçu, en amont, une information relative à son état de santé, au traitement ou à l'acte médical envisagé. Si la loi n'impose pas de rechercher les motifs qui concourent à cette décision, cette démarche peut s'avérer très utile en milieu pénitentiaire.

D'ordinaire, le refus de soins est généralement exprimé lorsque les convictions personnelles du patient ne sont pas en adéquation avec le protocole proposé ou que ce dernier a peur des effets secondaires que l'intervention pourraient produire. Dans le cadre de la détention, un autre facteur doit être pris en compte : la perte des « avantages acquis » sur le lieu de détention. Pour comprendre ce point, il convient de rappeler que les soins en milieu pénitentiaire peuvent être réalisés à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement d'origine.

[837] Principe consacré par la loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale.
[838] En l'espèce, lorsque le patient détenu sera admis au sein d'une UHSA ou d'une UMD dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, les précédents développements dans le cadre du refus de soins en psychiatrie s'appliqueront. Ainsi, le patient détenu ne pourra pas s'opposer à l'administration d'une mesure de soins psychiatriques, mais pourra faire valoir, si son état le permet, exprimer un refus de soins dans le cadre d'une mesure de soins somatiques.
[839] Article R. 322-2 du Code pénitentiaire : « Hors le cas où l'état de santé de la personne détenue rend nécessaire un acte de diagnostic ou de soins auquel elle n'est pas à même de consentir, celle-ci doit, conformément aux dispositions de l'article R. 4127-36 du code de la santé publique, exprimer son consentement préalablement à tout acte médical et, en cas de refus, être informée par le médecin des conséquences de ce refus ».

Si la première hypothèse ne pose pas de difficulté, le transfert dans une autre structure peut être une source d'angoisse et de refus de soins pour le patient détenu. Qu'il s'agisse d'une extraction au sein d'un établissement de santé ou d'un transfert au sein d'un autre établissement pénitentiaire qui dispose d'un service de soins mieux adapté, la rupture avec leur milieu d'origine incite parfois les patients détenus à refuser des soins. Outre les conditions délétères dans lesquelles les extractions sont réalisées[840], le droit à la vie privée et familiale peut influencer la décision du patient[841]. Il en va de même pour tous les droits et « avantages » accordés comme le droit de fumer ou d'aller en promenade ; droits qui sont très souvent délaissés lors des hospitalisations dans les établissements de santé. Dans ces conditions, le refus de soins n'est pas toujours synonyme d'un refus de se soigner. La volonté de se soigner peut être présente, mais le refus du patient porte uniquement sur le protocole proposé[842]. Aussi, sauf urgence ou hypothèse d'un protocole de soins unique, la recherche d'une alternative devra être activement recherchée. Dans l'optique de concilier soins et respect de la vie privée et familiale, la mise en place de soins en téléconsultation apparait comme une solution adéquate[843]. Le patient détenu peut donc parfaitement refuser un soin au risque d'aggraver sa maladie ou d'aggraver sa situation juridique dans le cadre spécial du refus d'injonction de soins. Néanmoins, il convient de garder à l'esprit que la « gestion du corps » du patient détenu demeure le seul domaine où sa liberté s'exerce pleinement. Face à ce constat, la question de la grève de la faim mérite une attention particulière.

[840] Ces conditions sont souvent mises en avant par les patients détenus pour refuser les soins.
[841] La CEDH a eu l'occasion de conclure à la violation des dispositions de l'article 8 de la CESDH relatif au droit à la vie privée et familiale lorsque l'éloignement entre la personne détenue et ses proches rendait toute visite impossible. CEDH, 23 octobre 2014, *Vintman c/Ukraine*, req. n° 28403/05.
[842] Nous retrouvons ici une distinction déjà évoquée entre la volonté de se faire soigner (ouverture de la prise en charge du patient) et le consentement (assentiment) aux soins proposés. Sur la distinction entre consentement et assentiment dans la relation de soin V. GIRER Manon, « Feu le contrat médical ? », *in* PY Bruno, *20 ans de la loi du 4 mars 2002. Droits des patients – quid novi ?*, Bordeaux, LEH, coll. À la croisée des regards, 2022, pp. 159-176.
[843] Plusieurs expériences ont déjà été menées sur le terrain à ce sujet. V. le retour d'expérience de la mise en place d'un réseau de télémédecine au sein de l'UCSA du centre pénitentiaire de Lannemezan : DGOS, Guide méthodologique pour l'élaboration du programme régional de télémédecine, décembre 2011, pp. 61-67. Cité par BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, coll. Thèses, Bordeaux, LEH, 2018, p. 183. Par ailleurs, dans le cadre du projet de loi de finances pour 2020, la Chancellerie avait annoncé le développement de la télémédecine en accordant une enveloppe budgétaire à ce projet à hauteur de 3 milliards d'euros. https://abonnes.hospimedia.fr/articles/20191031-politique-de-sante-le-developpement-de-la-telemedecine.

2) Le refus de soin dans le cadre particulier de la grève de la faim

Définition de la grève de la faim. Le jeûne de protestation, aussi nommé « grève de la faim », est une problématique fréquemment rencontrée dans le milieu pénitentiaire[844]. Selon l'association médicale mondiale (AMM), la grève de la faim se définit comme « un acte volontaire de refus d'alimentation, par une personne ayant sa capacité de discernement, durant plus de soixante-douze heures, afin de protester ou formuler une demande[845] ». Dans ces circonstances, « le jeûne de protestation doit être compris comme – souvent l'ultime – acte de protestation d'une personne qui ne se sent plus en mesure d'être entendue autrement. Le gréviste de la faim ne veut pas mourir ; il veut, avant tout, que sa revendication aboutisse. Il sait qu'une issue fatale est possible si la situation se dégrade au point de devenir un conflit insoluble[846] ».

Sur le plan terminologique, la grève de la faim se distingue du jeûne, qui s'inscrit principalement dans le cadre d'une pratique religieuse. Il peut également s'agir d'une pratique « d'automédication » en cas de troubles digestifs. Dans tous les cas, le jeûne, qui peut se traduire par une absence d'alimentation et/ou d'hydratation, a vocation à être temporaire et limité dans le temps. La grève de la faim[847], au contraire, traduit un comportement continu.

L'autonomie du patient face à la grève de la faim. Qu'il s'agisse du personnel médical ou du personnel de surveillance, la grève de la faim d'un détenu est toujours traitée avec une attention particulière dans la mesure où elle peut conduire à un trouble menaçant l'impératif sécuritaire (révoltes, médiatisation, décès d'un détenu). Le Guide méthodologique de 2019 indique que la prise en charge médicale de la personne en grève de la faim et/ou de la soif relève des dispositions de l'article L. 1111-4 du CSP. Son suivi médical est organisé en fonction de l'évaluation clinique[848] du patient. Si la gestion de la situation semble simple, elle est source de nombreuses interrogations, en particulier sur le plan de l'autonomie. Dans le soin, cette notion recouvre plusieurs réalités et

[844] Selon l'avis du CCNE de 2006 sur la santé en prison (Avis n° 94), le nombre de grévistes de la faim est estimé à 1500.
[845] Déclaration de Malte de l'AMM sur les grévistes de la faim révisée en 2017.
[846] GÉTAZ Laurent, WOLFF Hans, « Le jeûne de protestation », *in* WOLFF Hans, NIVEAU Gérard, *Santé en prison*, Genève, RMS éditions, 2019, p. 749.
[847] Elle peut prendre plusieurs formes : uniquement alimentaire ou combinée d'une grève de la soif. *Stricto sensu* elle est considérée comme telle à partir du 7ème jour. Ce délai est ramené à 48 heures lorsqu'elle est accompagnée d'une grève de la soif.
[848] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 167.

s'exprime de manière différente selon l'angle d'approche que l'on adopte. Bien qu'il soit délicat de réunir toutes les théories sur le sujet, il est possible d'amorcer une réflexion en ce sens, en prenant appui sur les réflexions de KANT et de MILL.

Pour KANT, chaque individu a en lui les germes de l'autonomie. Il s'agit donc de les développer et de les faire mûrir au cours de notre existence. Il considère l'autonomie comme l'obéissance à la loi qu'on s'auto-prescrit et que cette dernière doit être active et non passive. Dans la mesure où la grève de la faim matérialise un moyen de manifester activement son opposition face à une décision, cette action n'est pas réellement « libre » puisqu'elle est motivée par des motifs de protestation[849]. Nous retrouvons ici une situation d'hétéronomie. Pour KANT, ces comportements sont contraires à la loi morale universelle qui veut que tout individu doit prendre soin de son corps et ne pas y porter atteinte de quelque manière que ce soit. La grève de la faim entre dans cette catégorie puisqu'elle porte atteinte à l'intégrité physique du patient qui se prive lui-même d'alimentation et/ou d'eau. De plus, cette attitude n'est pas motivée par un choix de vie personnel. Elle sert de moyen pour obtenir une revendication. Cette approche diffère de celle que nous pourrions opérer sous le prisme de la philosophie de MILL.

Dans son ouvrage *De la liberté*, MILL pose comme principe que « chacun est le gardien naturel de sa propre santé aussi bien physique que mentale et spirituelle. L'humanité gagnera davantage à laisser chaque homme vivre comme bon lui semble qu'à le contraindre à vivre comme bon semble aux autres[850] ». Pour lui, chaque individu est à même de décider ce qui est bien ou non pour lui, à condition que les tiers ne subissent pas de préjudice. Appliqué à la présente situation, le patient en grève de la faim prend une décision autonome car malgré les informations délivrées par le médecin, le patient détenu va estimer que sa capacité physique est bonne pour entamer cette démarche et que son attitude ne cause aucun trouble à autrui. Ce dernier point est sans doute à relativiser. Cependant, compte tenu des effets délétères et rapidement observables de ce processus, l'obligation de respecter le choix du patient va se confronter au devoir d'assistance à la personne en péril. Nous observerons que le CSP utilise le terme de « danger » alors que le Code pénal se réfère à la notion de « péril ». Si d'apparence ces termes peuvent être tenus pour synonymes, une distinction doit s'opérer, en particulier au regard des conséquences

[849] Pour rappel, les moyens de communication étant souvent limités en prison et en institution psychiatrique, l'expression corporelle est souvent utilisée. Cette dernière peut prendre différentes formes, plus ou moins violentes, comme c'est le cas des mutilations. De plus, dans le cadre de la privation de liberté, le corps est très souvent considéré comme le dernier lieu de liberté dont dispose la personne enfermée.

[850] MILL John Stuart, *De la liberté*, Chapitre II : De la liberté de pensée et de discussion, Éd. Gallimard, Paris, 1990, pp. 64-79.

juridiques qu'elle opère pour le praticien[851]. Selon le Professeur Bruno PY, « si le danger suppose un risque, celui-ci peut être éventuel et d'intensité non définie. Le péril est forcément un risque majeur, actuel et imminent[852] ». En conséquence, l'existence même de la personne est menacée. De plus, si chacun est libre de s'exposer à un danger, toute personne se doit, face à un péril encouru par autrui, de lui porter assistance[853].

Un refus de soins limité à la mise en péril., Si le patient détenu est réellement considéré comme un patient de droit commun, l'intervention médicale en cas de grève de la faim devrait être appréhendée en plusieurs temps. « Lorsque la mort rôde, le malade est en danger et l'absence de consentement du patient, si elle contrarie le pouvoir de soigner, représente un obstacle éthique et juridique. Lorsque la mort attaque, le malade est en péril et le médecin doit agir, fut-ce sans ou contre le consentement du malade[854] ». Si cet énoncé semble clair, son application est particulièrement difficile, notamment dans un lieu aussi singulier où les conditions de vie sont susceptibles d'aggraver rapidement l'état de santé de chaque personne détenue. Aussi, « en matière de grève de la faim, le détenu seul peut faire l'objet d'une alimentation forcée avant même d'être en situation de péril[855] », en dépit des anciennes dispositions du CPP[856] ainsi que celles du Code pénitentiaire[857].

Une amélioration souhaitable des pratiques professionnelles. Si l'expression du patient est par principe reconnue et protégée au sein de la relation médicale, l'articulation des dispositions législatives fait naître de multiples difficultés et contribue à la création d'atteintes effectives à l'égard des patients DSPSC. Pour tenter de préserver cette expression, mais également de la consolider, il convient d'observer que les professionnels de santé ne sont pas les seuls soumis au respect de la volonté du patient. Sur des problématiques différentes, les établissements de santé sont également concernés par ces réflexions.

[851] Article 223-6 du Code pénal.
[852] PY Bruno, « Urgence médicale, état de nécessité et personne en péril », *AJ pénal*, 2012, p. 384.
[853] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, coll. Thèses, Bordeaux, LEH, 2018, p. 221.
[854] PY Bruno, « Urgence médicale, état de nécessité et personne en péril », *AJ pénal*, 2012, p. 384.
[855] *Ibidem.*
[856] Selon l'ancien article D. 364 du CPP, « Si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicale ».
[857] Article R. 322-4 du Code pénitentiaire : « Si une personne détenue se livre à une grève de la faim prolongée, elle ne peut être traitée sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicale. Il en est rendu compte aux autorités à prévenir en cas d'incident dans les conditions prévues par les dispositions de l'article D. 214-26 ».

Chapitre II : La prise en compte de l'expression du patient par l'établissement de santé

Une expression individuelle ou participative. Lorsque nous évoquons la prise en compte par les établissements de santé de l'expression du patient ou de l'usager, ce sont traditionnellement leurs « droits collectifs » qui sont mis en avant. Nous y retrouvons notamment la possibilité de saisir la commission des usagers[858]. Cette conception est très réductrice. En effet, des dispositions relatives à leur expression peuvent s'exercer de manière autonome et unilatérale (Section 1). D'autres impliquent un échange, *a minima*, entre le patient et l'établissement de santé au sein duquel il est pris en charge (Section 2).

Section 1 : Les droits-libertés en faveur de l'expression du patient

La bicéphalie de l'expression du patient. L'usager du système de santé possède deux visages : celui représentant la qualité spéciale de « patient » et celui relatif à la qualité générale de « personne humaine ». La prise en considération de l'expression du patient par les établissements de santé tient compte de ces deux qualités car certaines prérogatives prennent leur source dans la qualité générale de « personne humaine » (§ 1), tandis que d'autres semblent rattachées à la qualité spéciale de « patient » ou « d'usager » (§ 2).

[858] Selon l'article R. 1112-79 du CSP, cette commission est « instituée dans chaque établissement de santé public ou privé ainsi que dans les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé ». Ses missions sont définies à l'article R. 1112-80 du même code.

§ 1 : La reconnaissance de droits relatifs à l'expression du patient en tant que personne humaine

Des droits issus de la liberté d'expression. Si la restriction de la liberté d'aller et de venir des patients DSPSC se justifie au regard d'impératifs sécuritaires et/ou sanitaires, il n'en va pas de même à l'égard des autres libertés fondamentales reconnues à toute personne humaine. Malgré la contrainte exercée par les murs et les barreaux des lieux de vie des patients de notre étude, le législateur a maintenu à leur égard leur liberté d'expression. Selon l'article 19 de la DUDH, « tout individu a droit à la liberté d'opinion et d'expression (…) ». Dans notre législation interne, ces libertés sont reconnues par la DDHC aux articles 10 et 11. Ils énoncent respectivement que « nul ne doit être inquiété pour ses opinions, même religieuses, pourvu que leur manifestation ne trouble pas l'ordre public établi par la loi » et que « la libre communication des pensées et des opinions est un des droits les plus précieux de l'homme : tout citoyen peut donc parler, écrire, imprimer librement, sauf à répondre à l'abus de cette liberté dans les cas déterminés par la Loi ». Bien que la lettre de ces articles ne soit pas strictement reprise dans la législation sanitaire, son esprit guide la reconnaissance des droits relatifs à l'expression des patients DSPSC. Sont inclus dans cette expression générale le droit à la correspondance (A) ainsi que le droit à l'expression personnelle (B).

A : La reconnaissance du droit à la correspondance

L'exclusion des correspondances électroniques. Le droit à la correspondance et à son secret ont été élevés par le Conseil constitutionnel au rang des normes à valeur constitutionnelle dans une décision du 4 mars 2004[859]. De manière générale, une correspondance traduit une relation, une communication entre des personnes qui peut se

[859] C. const., 2 mars 2004, n° 2004-492 DC.

réaliser par écrit, par téléphone ou tout autre moyen de communication. Dans le cadre des SPSC et de la prison, la correspondance par voie électronique est limitée, compte tenu des restrictions voire des refus d'accès opposés aux patients, en dépit des recommandations du CGLPL[860]. Reste les autres modalités de communication telles que les visites et les correspondances épistolaires.

Un droit inégalement appliqué entre les patients DSPSC. Dans la mesure où ce droit semble pouvoir s'appliquer dans les lieux privatifs de liberté, il est possible de s'interroger sur la qualité des personnes qui peuvent échanger avec les patients DSPSC. À l'exception de la commission départementale des soins psychiatriques, il existe une parfaite similitude entre l'identité des personnes pouvant communiquer avec les patients DSPSC. Nous pouvons distinguer les « correspondants privés », à savoir les proches du patient et les « correspondants professionnels », tels que les avocats ou encore le CGLPL. Si le droit à la correspondance est en principe absolu, des restrictions peuvent être observées. En la matière, une différence de traitement apparait entre le patient en SPSC (1) et le patient détenu (2).

1) La reconnaissance d'un droit quasi absolu à la correspondance en SPSC

Cadre juridique. Le droit à la correspondance dans les SPSC est envisagé par les normes internes et européennes.

Selon l'article L. 3211-3 5° du CSP, les patients admis en SPSC ont le droit « d'émettre ou de recevoir du courrier ». Le législateur utilise le terme « courrier » et non de correspondance. Cette rédaction induit inévitablement une approche plus restrictive que celle abordée dans le cadre de l'article 8 de la CESDH[861]. Cependant, le Conseil d'État a repris la notion de « correspondance » pour consacrer son caractère de liberté fondamentale[862]. De plus, ces échanges bénéficient de la protection accordée par la norme pénale sur ce point. L'article 226-15 du Code pénal énonce que « le fait, commis de

[860] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis relatif à l'accès à Internet dans les lieux privatifs de liberté*, 12 décembre 2019.
[861] Article 8 de la CESDH : « Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance ».
[862] CE, 9 avril 2004, n° 252535.

mauvaise foi, d'ouvrir, de supprimer, de retarder ou de détourner des correspondances arrivées ou non à destination et adressées à des tiers, ou d'en prendre frauduleusement connaissance, est puni d'un an d'emprisonnement et de 45 000 € d'amende ». La jurisprudence se montre particulièrement sévère et réprime tous les agissements malveillants de nature à priver de leurs correspondances ceux qui en sont les destinataires véritables[863]. Au niveau européen, outre les apports de la CEDH[864], nous pouvons citer deux recommandations du Conseil de l'Europe. Dans le cadre de sa recommandation R(83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires de 1983, il est indiqué que « les droits du patient de communiquer avec toute autorité appropriée et d'envoyer toute lettre sans que celle-ci ait été ouverte ne peuvent être soumis à des restrictions[865] ». Cette formulation tend à nous faire penser à la consécration du droit et du secret absolu des correspondances, mais une nuance s'impose. Le Conseil de l'Europe fait référence à « toute autorité appropriée » et non « toute personne ». Aussi, l'influence de cette recommandation semble limitée[866]. Une observation similaire peut être faite à l'égard de la Recommandation (2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux[867].

Des formulations à reprendre dans le CSP. Malgré cet écueil, les précisions apportées par le Conseil de l'Europe mériteraient d'être reprises au sein de notre législation. À titre d'exemple, si notre CSP reconnait un droit d'« émettre ou de recevoir du courrier », il ne précise pas dans quelles conditions ces échanges doivent être réalisés. À l'égard des lettres, le Conseil de l'Europe est plus rigoureux dans la protection qu'il accorde à la correspondance car il précise « sans que celle-ci ait été ouverte ». Cette mention supplémentaire gagnerait à être intégrée aux dispositions du CSP afin que le droit à la correspondance ainsi qu'à son secret soient pleinement reconnus et respectés. Il conviendra

[863] Cass. Crim., 26 octobre 1967, n° 92-25.566.
[864] CEDH, 24 septembre 1992, *Herczegfalvy c/Autriche*, req. n° 10533/83, § 91.
[865] Conseil de l'Europe, *R(83)2 sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et placées comme patients involontaires*, 22 février 1983, article 6.
[866] De plus, dans le même article, la Recommandation de 1983 reconnait que des restrictions peuvent être opérées si ces dernières sont motivées et liées « à son état de santé et l'efficacité du traitement ».
[867] Conseil de l'Europe, *Recommandation (2004)10 relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux*, 22 septembre 2004, article 23 : « Le droit d'une personne atteinte d'un trouble mental faisant l'objet d'un placement involontaire : i. de communiquer avec son avocat, son représentant ou toute autre autorité appropriée ne devrait pas être restreint. Son droit de communiquer avec la personne de confiance qu'elle a désignée ou avec d'autres personnes ne devrait pas être limité de façon disproportionnée ; ii. de recevoir des visites ne devrait pas être limité de façon déraisonnable, tout en tenant compte de la nécessité de protéger les personnes vulnérables ou les mineurs placés ou en visite dans un établissement psychiatrique ».

de faire preuve de la plus grande diligence possible pour apprécier une atteinte au droit de correspondance en la matière.

Des restrictions contrôlées par le juge. L'appréciation de la proportionnalité d'une atteinte au droit à la correspondance est opérée par le juge. Dans un arrêt de 2007, le Conseil d'État se prononça sur ce point[868], à l'égard d'un patient admis au CHS de Cadillac. Dans les faits, les professionnels de santé décidèrent unilatéralement qu'il ne pourrait émettre des courriers qu'à la condition qu'ils soient adressés à leurs destinataires par l'intermédiaire d'un avocat. Après une procédure administrative de droit commun, la requête arriva devant les juges du Palais Royal qui réaffirmèrent le principe de la liberté de correspondance à l'égard des patients admis en soins psychiatriques sans consentement, en s'appuyant sur les dispositions du CSP, mais également sur la jurisprudence de la CEDH[869]. Le Tribunal administratif de Rennes s'est également prononcé sur cette question dans un jugement en date du 5 octobre 2017[870]. Le droit à la correspondance du patient y a été apprécié sous l'angle des proches et des échanges qu'ils sont susceptibles d'entretenir avec ce dernier. Dans les faits, une personne avait adressé plusieurs envois postaux à une amie hospitalisée en psychiatrie. Malheureusement, ces courriers ne sont jamais parvenus à leur destinataire. Après plusieurs requêtes, restées sans effet, adressées au directeur de l'établissement lui demandant de faire cesser cette pratique et de lui verser des dommages et intérêts pour préjudices matériels (frais postaux) et moraux (atteinte à son droit fondamental de correspondance), le juge administratif fut saisi. Ce dernier conclut à la violation du droit à la correspondance. Il énonça que des restrictions peuvent être apportées dans certaines conditions. Ainsi, le psychiatre ne peut s'opposer à une remise de courrier que pour des motifs médicaux correspondant à l'état clinique du destinataire. De son côté, le directeur (ou son représentant) peut le faire pour des raisons de sécurité. Dans les deux cas, le refus, strictement limité dans le temps, doit être motivé et signifié à l'envoyeur et au destinataire[871].

Un droit à la correspondance affirmé. Au regard de l'ensemble de ces éléments, le droit à la correspondance du patient admis en SPSC est affirmé. Il s'avère que plusieurs dispositions sont mises en place afin que ce dernier soit pleinement effectif. Les

[868] CE, 6 avril 2007, req. n° 280494.
[869] L'applicabilité de la CESDH à l'égard des droits des patients admis en soins psychiatriques sans consentement a été consacrée par l'arrêt *Herczegfalvy c/Autriche* en date du 24 septembre 1992.
[870] TA Rennes, 5 octobre 2017, n° 1604957.
[871] PÉCHILLON Éric, « En psychiatrie, peut-on refuser à un patient de recevoir du courrier ? », *Santé Mentale*, Le droit en pratique, n° 222, novembre 2017, p. 6.

restrictions doivent impérativement être motivées et limitées dans le temps. Cette situation tranche radicalement avec la situation susceptible d'être rencontrée en milieu carcéral.

2) Un droit à la correspondance limité en prison

Une reconnaissance trompeuse. Les juges européens ont eu l'occasion de rappeler l'applicabilité l'article 8 de la CESDH à l'égard de la personne détenue dans le cadre de l'arrêt *Szuluk c/ Royaume-Uni*[872]. Malgré cette précision, le droit à la correspondance en prison souffre de nombreuses atteintes[873]. Il suffit pour s'en convaincre de se référer au nouveau Code pénitentiaire.

Selon son article L. 345-1, « les personnes prévenues peuvent correspondre par écrit avec toute personne de leur choix, sous réserve des interdictions de correspondance ou retenues décidées par le magistrat chargé du dossier de la procédure, dans les conditions prévues par les dispositions de l'article 145-4-2 du code de procédure pénale ». L'article L. 345-2 du même Code offre également cette possibilité aux personnes détenues condamnées qui peuvent correspondre par écrit avec toute personne de leur choix. Si de prime abord aucune difficulté ne semble se présenter, une analyse plus détaillée de la structure du Code pénitentiaire s'impose.

Une protection variable selon le type de correspondance. Les articles précités relèvent du Chapitre V relatif aux « Correspondances » qui comporte plusieurs sections. La première concerne les « Correspondances écrites ». Elle est complétée par plusieurs sous-sections, dont les sous-sections 1 et 2 respectivement consacrées aux « Correspondances écrites des personnes prévenues » et aux « Correspondances écrites des personnes condamnées ». La sous-section 3 est relative au « Contrôle et retenue des correspondances ». Une interrogation peut être formulée à l'égard de la construction de

[872] CEDH, 2 juin 2009, *Szuluk c/Royaume-Uni*, n° 36936/05. Il s'agit en l'espèce d'un échange de correspondance entre un détenu et un médecin extérieur à l'établissement. Dans ces circonstances, et au regard des recommandations du CPT en la matière, le juge européen a rappelé que « le secret médical doit être respecté en prison dans les mêmes conditions qu'en milieu libre ».

[873] La Commission nationale consultative des droits de l'homme (CNCDH) a eu l'occasion d'énoncer en 2007 que « la lecture des correspondances conduit à une autocensure de la part des détenus et de leurs proches dans leurs échanges » ainsi qu'à un « appauvrissement des rapports affectifs et en définitive à un isolement sentimental de la personne détenue ». V. CNCDH, *Les droits de l'homme dans la prison - Volume 1*, Paris, La documentation française, 2007, p. 50. Ce point est également régulièrement rappelé par le CGLPL.

cette sous-section qui distingue un paragraphe relatif aux « dispositions communes » et un autre consacré aux « correspondances spécialement protégées[874] ». Une telle construction laisse entendre que la protection des correspondances n'est pas assurée de la même manière, selon le régime applicable.

Reste à déterminer ce que recouvre la terminologie « correspondances spécialement protégées ».

Selon l'article L. 345-4 du Code pénitentiaire, « ne peuvent être ni contrôlées ni retenues les correspondances échangées entre les personnes détenues et :1° Leur défenseur ; 2° Les autorités administratives et judiciaires françaises et internationales, dont la liste est fixée par les dispositions de l'article D. 345-10; 3° Les aumôniers agréés auprès de l'établissement pénitentiaire ». Nous remarquerons qu'à l'exception des médecins inspecteurs de santé publique, la protection des correspondances entre un patient détenu et un professionnel de santé n'est pas strictement assurée et relève des correspondances « ordinaires ». Une telle situation semble contraire à la jurisprudence européenne[875].

Un contrôle différencié selon le régime de détention. À l'égard des restrictions qui peuvent être opérées, une distinction doit être faite entre les personnes prévenues et les personnes condamnées.

Dans la première hypothèse, il ressort des articles R. 345-1[876] et R. 345-2[877] du Code pénitentiaire que des restrictions à la correspondance peuvent être ordonnées de manière générale ou de manière spéciale à l'égard d'un ou plusieurs destinataires et que ces restrictions doivent être notifiées à la personne. Il est indiqué que « les correspondances écrites par les personnes prévenues ou adressées à celles-ci sont, sauf décision contraire du magistrat, communiquées à ce dernier ». Plusieurs observations peuvent être faites. Tout d'abord, les restrictions opérées sur les correspondances des personnes prévenues ne sont pas systématiques. Dans le même esprit que l'article L. 3211-3 du CSP à l'égard des patients admis en SPSC, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à la situation de la personne prévenue et notamment

[874] Ces différentes dénominations seront également employées dans la partie réglementaire du Code pénitentiaire qui comporte également des dispositions en la matière.
[875] CEDH, 2 juin 2009, *Szuluk c/Royaume-Uni*, n° 36936/05.
[876] Article R. 345-1 du Code pénitentiaire : « Pour les personnes prévenues, le magistrat chargé du dossier de la procédure peut s'opposer à leur droit de correspondre par écrit soit de façon générale, soit à l'égard d'un ou plusieurs destinataires expressément mentionnés dans sa décision. Les correspondances écrites par les personnes prévenues ou adressées à celles-ci sont, sauf décision contraire du magistrat, communiquées à ce dernier ».
[877] Article R. 345-2 du Code pénitentiaire : « La décision refusant à une personne prévenue l'exercice du droit de correspondance lui est notifiée par tout moyen ».

au risque sécuritaire qu'elle peut présenter. Dans ces circonstances, la mise en œuvre d'une appréciation *in concreto* bienveillante s'impose. Comme la durée de la détention provisoire peut être longue et se maintenir pendant plusieurs années, une réévaluation régulière de la situation devra être opérée afin que l'exigence de proportionnalité entre les atteintes faites aux droits des personnes prévenues et l'exigence de l'impératif sécuritaire soient respectées.

À l'égard des personnes condamnées, l'article R. 345-3 du Code pénitentiaire indique que, « les personnes détenues peuvent correspondre par écrit en application de l'article L. 345-2 avec toute personne de leur choix tous les jours et sans limitation ». L'emploi du terme « limitation » n'est pas synonyme de « restriction ». Cela signifie uniquement que la personne condamnée peut entretenir autant de correspondances qu'elle le souhaite et dans des quantités non déterminées. Cependant, à l'exception des correspondances spécialement protégées, les correspondances « ordinaires » pourront être contrôlées.

L'exigence d'une correspondance formalisée. En plus de ces contrôles, le droit à la correspondance des personnes détenues, et *de facto* du patient détenu, est soumis au respect d'un certain formalisme. Selon les l'article R. 345-4 du Code pénitentiaire, « la correspondance des personnes détenues, reçue ou expédiée, doit être écrite en clair et ne comporter aucun signe ou caractère conventionnel compréhensible des seuls correspondants. Celle écrite dans une autre langue que le français peut être traduite avant remise ou expédition ». Si cette mention est une nouvelle fois dictée par l'impératif sécuritaire, son caractère liberticide est particulièrement fort, tant du point de vue du droit à la correspondance que du droit au respect de la vie privée. Face aux problématiques posées par l'illettrisme et l'analphabétisme, l'application *stricto sensu* de cette disposition reviendrait à interdire de manière quasi absolue le droit de correspondance en prison à l'égard des certaines personnes détenues. Là également, une appréciation bienveillante s'impose.

Un droit soumis à l'impératif sécuritaire et/ou sanitaire. Au final, le droit à la correspondance des patients DSPSC est reconnu, mais peut être restreint pour des raisons inhérentes à l'état de santé du patient ou par souci sécuritaire. Dans la mesure où cette expression prend une forme matérielle, son contrôle est plus facilement réalisable que

lorsque cette dernière s'effectue de manière « dématérialisée », c'est-à-dire par le biais de la pensée.

B : La reconnaissance d'un droit à l'expression personnelle du patient

Une expression au service de la religion et de la citoyenneté. La privation de la liberté d'aller et de venir exercée à l'égard des patients DSPSC ne doit pas leur faire perdre les autres droits et libertés reconnus à toute autre personne. Même si la maladie peut affecter leurs capacités cognitives, certaines convictions demeurent enracinées et intrinsèques à chacun. Parce que le soutien moral et religieux peut être considéré comme une réelle source de réconfort, la pratique d'activités « philosophiques ou religieuses[878] » devrait pouvoir s'appliquer à l'égard des patients DSPSC (1). Par ailleurs, dans la mesure où l'enfermement subi ne leur fait pas perdre la qualité de citoyen, le législateur est intervenu pour réglementer l'exercice du droit de vote (2).

1) Le droit à l'expression des opinions philosophiques et religieuses du patient

Cadre juridique général de la liberté religieuse. Bien que la France soit un état laïc[879], la liberté de culte y est reconnue. La loi du 9 décembre 1905[880] affirme dans son article premier que « la République assure la liberté de conscience. Elle garantit le libre exercice des cultes sous les seules restrictions édictées ci-après dans l'intérêt de l'ordre public ». Cette liberté de croyance est également affirmée à l'article 10 de la DDHC. Elle

[878] Article R. 1112-46 du CSP : « Les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix ».
[879] Article 1 de la Constitution de 1958 : « La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion. Elle respecte toutes les croyances ».
[880] Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Églises et de l'État, JORF du 11 décembre 1905.

est même consacrée par l'article 9 de la CESDH selon lequel « toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion (…). La liberté de manifester sa religion ou ses convictions ne peut faire l'objet d'autres restrictions que celles qui, prévues par la loi, constituent des mesures nécessaires, dans une société démocratique, à la sécurité publique, à la protection de l'ordre, de la santé ou de la morale publiques, ou à la protection des droits et libertés d'autrui[881] ».

Une timide reconnaissance par la norme sanitaire. Malgré une importante assise juridique, cette liberté n'est pas reconnue avec autant de force à l'égard des patients. L'article 8 de la Charte du patient hospitalisé de 1995[882] énonce que « la personne hospitalisée est traitée avec égards. Ses croyances sont respectées ». Nous pouvons observer que c'est le terme de « croyances » qui est usité, et non le terme de religion. L'emploi de cette sémantique peut être favorablement accueilli dans la mesure où elle englobe une dimension spirituelle plus importante. Cette Charte ne disposant pas de valeur contraignante, elle est complétée par l'article R. 1112-46 du CSP. Il précise que « les hospitalisés doivent être mis en mesure de participer à l'exercice de leur culte. Ils reçoivent, sur demande de leur part adressée à l'administration de l'établissement, la visite du ministre du culte de leur choix ». Dans la mesure où ces dispositions ont un caractère général, elles doivent s'appliquer aux patients DSPSC. Néanmoins, pour renforcer les prérogatives qui leur sont accordées, le législateur a souhaité préciser certains points.

L'exercice du culte en SPSC. À l'égard des patients admis en SPSC, le CSP affirme qu'« en tout état de cause [le patient] dispose du droit : 8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix [883]». Si nous pouvons nous satisfaire de cette reconnaissance, il convient de se montrer attentif et vigilant. En effet, le patient admis en SPSC est vulnérable, du fait de l'influence de ses troubles mentaux. Une attention particulière devra être portée sur ce sujet au cours de sa prise en charge afin d'éviter tout « endoctrinement ». Dans ce contexte, la réalisation des entretiens infirmiers peut constituer une excellente occasion pour aborder ce point.

[881] Cependant, la jurisprudence retient en pratique une conception plus étroite. Le « sentiment d'appartenance » à un groupe minoritaire ne relève pas de l'article 9 (CEDH, 10 juillet 1998, *Sidiropoulos et autres c/Grèce*, req. n° 26695/95). Pour bénéficier de la protection accordée par l'article 9, les convictions personnelles doivent atteindre un certain degré de force, de sérieux, de cohérence et d'importance et pouvoir être considérées comme compatibles avec le respect de la dignité humaine (CEDH, 25 février 1982, *Campbell et Cosans c/Royaume-Uni*, req. n° 7511/76; 7743/76).
[882] Circulaire GDS/DH/95 n° 22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant la Charte du patient hospitalisé.
[883] Article L. 3211-3 8° du CSP.

L'exercice du culte en prison. La reconnaissance de la liberté de culte est plus explicite à l'égard des patients détenus. L'article L. 351-1 du Code pénitentiaire énonce que « les personnes détenues ont droit à la liberté d'opinion, de conscience et de religion. Elles peuvent exercer le culte de leur choix, selon les conditions adaptées à l'organisation des lieux, sans autres limites que celles imposées par la sécurité et le bon ordre de l'établissement pénitentiaire ». L'exercice de ce dernier peut se faire à titre individuel dans sa cellule ou collectivement[884] dans une salle prévue à cet effet[885]. Dans tous les cas, « [elles] peuvent s'entretenir, à leur demande, aussi souvent que nécessaire, avec les aumôniers de leur confession. Aucune mesure ni sanction ne peut entraver cette faculté[886] ».

La délicate conciliation de la liberté de culte et des principes du service public. Si la reconnaissance du droit à la liberté de culte est actée par le législateur, à l'égard des patients DSPSC, il nous faut souligner que leur prise en charge s'effectue majoritairement au sein d'établissements publics. Cela signifie que les obligations qui gouvernent les services publics, en particulier le respect du principe de laïcité, s'imposent. Sur le plan pratico-pratique, les professionnels veilleront, dans la mesure du possible et sans que cela constitue une rupture du service public, à ce que des soins ne soient pas prodigués aux horaires éventuels d'exercice du culte. Une attention sera apportée au régime alimentaire du patient afin de tenir compte de ses croyances éventuelles, en fonction des capacités de l'établissement.

De manière générale, la religion est souvent un domaine dans lequel les patients se réfugient pour faire face à la maladie. Dans la recherche constante d'une relation thérapeutique de qualité et de confiance, le respect, dans les limites imposées par la loi de ces différentes libertés, doit être encouragé, au même titre que l'expression citoyenne du patient. Si cette dernière comporte peu d'intérêt dans le cadre de la relation médicale, elle contribue activement à la réinsertion du patient dans la société.

[884] Cette possibilité est néanmoins restreinte lorsque la personne détenue est placée à l'isolement ou en quartier disciplinaire. L'article R. 213-20 alinéa 3 du Code pénitentiaire dispose que « les personnes détenues ne participent pas aux offices célébrés en détention, sauf autorisation individuelle accordée par le chef de l'établissement pénitentiaire. En accord avec les représentants des différents cultes, des offices particuliers peuvent être mis en place ».
[885] Article R. 351-1 du Code pénitentiaire.
[886] Article R. 352-8 alinéa 1 du Code pénitentiaire.

2) La reconnaissance du droit de vote

Un droit absent de la loi du 4 mars 2002. Si la loi du 4 mars 2002 n'a pas ouvertement reconnu le droit de vote à l'égard du patient, c'est parce que ce dernier est par principe libre et qu'il exerce cette prérogative dans le cadre de son devoir citoyen[887]. Dans la mesure où les patients DSPSC sont privés de liberté, le législateur a dû intervenir afin que l'exercice de ce droit puisse être assuré malgré la contrainte physique exercée.

La reconnaissance du droit en vote à l'égard des patients en SPSC. À l'égard des patients admis en SPSC, la loi du 5 juillet 2011 rappelle que le patient « dispose, en tout état de cause, du droit […] d'exercer son droit de vote[888] ». L'expression de cette volonté ne peut être remise en question par la direction de l'établissement. Seule l'autorité judiciaire est habilitée à refuser à une personne sa qualité d'électeur[889]. Sur ce point, avant la loi du 23 mars 2019[890], le juge devait statuer sur le maintien ou la suppression du droit de vote de la personne protégée[891]. L'abrogation de cette disposition implique que désormais, les personnes sous tutelle sont appelées à être électeurs. Elles demeurent inéligibles et ne sont pas recevables à former un recours[892]. Sur le plan pratique, une distinction doit être faite entre les patients pris en charge dans le cadre des soins ambulatoires et ceux qui relèvent d'une hospitalisation à temps complet.

La première hypothèse ne soulève guère de difficulté. Le patient pouvant se déplacer hors les murs de l'institution psychiatrique, l'exercice de son devoir citoyen peut s'effectuer facilement. Seule une attention sur les éventuels rendez-vous de suivi devra être opérée afin que l'éventuelle absence du patient ne soit pas considérée comme une rupture du PDS.

À l'inverse, dans le cadre d'une hospitalisation complète, l'exercice du droit de vote peut s'avérer plus complexe à mettre en œuvre. Le patient peut recourir à une procuration[893] ou solliciter une autorisation de sortie de courte durée[894]. Une vigilance accrue sur la

[887] Article L2 du Code électoral : « Sont électeurs les Françaises et Français, âgés de dix-huit ans accomplis, jouissant de leurs droits civils et politiques et n'étant dans aucun cas d'incapacité prévu par la loi ».
[888] Article L. 3211-3 7° du CSP.
[889] Articles 131-26 et 131-29 du Code pénal.
[890] Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.
[891] Ancien article L5 du Code électoral.
[892] C. const., 5 décembre 1989, Sénat, *Charente et Corrèze*, n° 89-1137.
[893] En la matière, le vote par procuration s'exerce dans les mêmes conditions de droit commun prévues aux articles L71 à L78 du Code électoral.
[894] Article L. 3211-11-1 du CSP.

procédure à mettre en œuvre, et en particulier sur les délais devra s'opérer. Selon l'article L. 3211-11-1 du CSP « l'autorisation de sortie de courte durée est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil, après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement ». Lorsque la mesure relève des SPDRE, « le directeur de l'établissement d'accueil transmet au représentant de l'État dans le département les éléments d'information relatifs à la demande d'autorisation, comportant notamment l'avis favorable du psychiatre (…), au plus tard quarante-huit heures avant la date prévue pour la sortie. Sauf opposition écrite et motivée du représentant de l'État dans le département, notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue, la sortie peut avoir lieu ». Dans le cadre des SDT, le législateur conditionne l'autorisation de sortie à un avis favorable préalable du psychiatre. Compte tenu des carences observables en la matière, l'anticipation d'une telle demande doit être encouragée. À cet égard, un rappel de cette prérogative mériterait d'être encouragé. Elle permettrait au patient, en cas de refus de sa sortie, de mettre en place une procuration. La même observation peut être faite à l'égard des SPDRE avec une insistance supplémentaire dans la mesure où aucune mesure ne peut être sollicitée moins de 48 heures avant la date de sortie prévue, soit au plus tard le jeudi précédent l'élection[895].

La mise en œuvre du droit de vote en prison. Vis-à-vis des patients détenus, la reconnaissance du droit de vote ne fait pas l'objet d'une consécration explicite au sein d'un article. Cependant, le fait que le Code pénitentiaire consacre un titre (Titre VI) à l'« exercice du droit de vote » tend à légitimer cette reconnaissance. L'ajout de cette disposition dans le Code pénitentiaire ôterait toute interrogation à ce sujet. Sur ce point, le Guide méthodologique est plus clair dans la mesure où il énonce qu'en tout état de cause, « la personne détenue dispose du droit d'exercer son droit de vote [896]».

Si cet énoncé constitue un premier pas dans la consécration effective d'une telle prérogative, encore faut-il ensuite pouvoir l'exercer. En 2020, le CGLPL souligna que la mise en œuvre du droit de vote dans le milieu carcéral pouvait s'avérer complexe. Sur cette question, il avait engagé dès 2017, des échanges avec le ministre de la Justice et le Premier ministre sur les dispositifs adéquats à instaurer. Entre 2018 et 2019, le pouvoir exécutif

[895] PÉCHILLON Éric, RENARD Stéphanie, « Le droit de vote des personnes hospitalisées en psychiatrie », *Santé Mentale*, Le droit en question, n° 216, mars 2017, p. 12.
[896] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 120.

indiqua que les réflexions en la matière se concentraient sur le vote par correspondance[897], compte tenu des difficultés inhérentes à l'instauration de bureaux de vote dans les établissements pénitentiaires[898]. Il annonça que des dispositions en ce sens figureraient dans la loi de programmation 2018-2022, afin que cette modalité de vote soit effective pour les élections européennes de 2019. Cependant, le CGLPL réceptionna plusieurs témoignages de personnes détenues qui n'avaient pu obtenir, contrairement aux années précédentes, une autorisation de sortie pour voter aux élections européennes, au motif qu'elles pouvaient désormais voter depuis l'établissement[899].

Pour éviter le renouvellement de cet écueil, le chef de l'établissement pénitentiaire doit désormais organiser avant chaque scrutin, avec l'autorité administrative compétente, une procédure destinée à assurer l'exercice du droit de vote des personnes détenues. Cette dernière porte sur l'information du déroulé d'une élection[900] ainsi que sur les modalités nécessaires à accomplir pour s'inscrire sur les listes électorales[901]. Le droit de vote en milieu pénitentiaire peut s'exercer soit par correspondance, soit en se rendant directement à son bureau de vote. Dans cette hypothèse, une autorisation de sortie doit être demandée et accordée[902]. Au même titre que pour les SPSC, le patient détenu devra anticiper sa démarche afin de recevoir, dans les délais impartis, ladite autorisation.

Une expression de la personne humaine majoritairement respectée. Au regard de ces développements, la majorité des droits relatifs à l'expression du patient en tant que personne humaine semblent acquis et respectés au sein de l'institution psychiatrique et carcérale. La seule exception réside dans le droit à la correspondance où les atteintes peuvent être nombreuses. Désormais, la question se pose de savoir si cette dynamique est préservée à l'égard des droits relatifs à l'expression du patient en tant qu'usager du système de santé.

[897] Le dispositif annoncé prévoyait l'acheminement des bulletins de vote vers un bureau central du ministère de la Justice, en charge du dépouillement. Le Premier ministre soulignait que ce nouveau dispositif, non seulement, éviterait aux intéressés d'avoir à solliciter une permission de sortie ou de voter par procuration, mais leur permettrait surtout d'exercer eux-mêmes, depuis la détention, leur droit et devoir de citoyen. L'information des personnes détenues était annoncée sans attendre le vote de la loi de programmation. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2020*, Paris, Dalloz, 2021, p. 130.
[898] *Ibidem.*
[899] *Ibidem.*
[900] Article R. 361-1 du Code pénitentiaire.
[901] Article R. 361-2 du Code pénitentiaire.
[902] Article D. 363-1 du Code pénitentiaire.

§ 2 : La reconnaissance de droits relatifs à l'expression du patient en tant qu'usager du système de santé

Une participation récente de l'usager. L'idée de faire participer les usagers au fonctionnement du système de santé est apparue dans le cadre de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991. Son article 8 prévoyait, dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée, un représentant des familles de personnes accueillies en long séjour qui pouvait assister aux réunions du conseil d'administration avec une voix consultative. Cette idée se retrouve dans l'ordonnance du 24 avril 1996[903] avec la création d'une commission de conciliation. Elle s'est également étendue au domaine social et médico-social puisque la loi du 2 janvier 2002[904] instaura le Conseil de la vie sociale (CVS)[905]. Ce n'est qu'avec la loi du 4 mars 2002 que cette participation a été actée au sein des établissements de santé. Un chapitre, inscrit dans un Titre II relatif à la « démocratie sanitaire » est entièrement consacré à cette question[906].

La démocratie sanitaire[907] est une démarche qui vise à associer, dans un esprit de dialogue, de concertation et de réflexion partagée, l'ensemble des acteurs et des usagers du système de santé dans l'élaboration et la mise en œuvre de la politique de santé[908]. Dans cette perspective, plusieurs entités ou concepts qui concourent à cette dynamique comme

[903] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n° 98 du 25 avril 1996. L'article 42 indiquait que des représentants des usagers étaient présents au sein du Conseil d'administration de chaque établissement public de santé. Par ailleurs, l'article 1 prévoyait la création d'une commission de conciliation, chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice, au sein de chaque établissement de santé est également inscrite dans ce texte.
[904] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, Texte n° 2.
[905] Instauré par l'article 10 de la loi du 2 janvier 2002, le CVS est prévu à l'article L. 311-6 du CASF qui dispose notamment qu'« afin d'associer les personnes bénéficiaires des prestations au fonctionnement de l'établissement ou du service, il est institué soit un conseil de la vie sociale, soit d'autres formes de participation. Les catégories d'établissements ou de services qui doivent mettre en œuvre obligatoirement le conseil de la vie sociale sont précisées par décret ».
[906] Il s'agit du Chapitre III du Titre II de la loi du 4 mars 2002.
[907] Sur cette question en particulier V. CASTAING Cécile (dir.), *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?*, Centre d'Etude et de Recherche sur le Droit Administratif et la Réforme de l'État (CERDARE), Bordeaux, LEH, 2014 ; LEFEUVRE Karine, ROLAND Ollivier, GROSS Olivia, *La démocratie en santé en question(s)*, Rennes Presses de l'EHESP, 2018 ; BIOSSE-DUPLAN Alexandre, *Démocratie sanitaire : Les usagers dans le système de santé*, Paris, Dunod, 2017.
[908] ARS Ile de France, Schéma de promotion de la démocratie en santé 2013-2017, décembre 2013, p. 5.

la commission des usagers[909] et les groupes d'entraide mutuelle[910] se sont créés. Dans la mesure où les patients DSPSC font partie de notre système de santé, il serait légitime de retrouver l'ensemble de ces dispositifs dans le cadre de leur prise en charge. Sur ce point, une très grande inégalité est observable entre les mesures prises dans le cadre des SPSC (A) et celles instituées en milieu pénitentiaire (B).

A : La participation de l'usager en SPSC

L'idée d'une participation à double niveau. Comme le soulignait Jean-Luc ROELANDT en 2002[911], la participation des usagers au dispositif de santé mentale doit être envisagée sous tous ses aspects. Elle doit d'une part prendre en compte la demande sociale de participation et de prise en main par chacun de sa propre santé. D'autre part, elle doit tenir compte d'un cadre juridique relatif aux SPSC parfois flou. Dans ce contexte, nous pouvons envisager la question de la participation de l'usager en « santé mentale contrainte » au sein de l'établissement de santé (1) puis dans un cadre plus élargi (2).

[909] Initialement connue sous l'appellation « commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge » (CRUQPC), la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé a modifié son nom en « commission des usagers » (CDU). Elle veille à faire respecter les droits des usagers et à faciliter leurs démarches.

[910] Les groupes d'entraide mutuelle (GEM) sont des structures de prévention et de compensation de la restriction de participation à la vie en société. Ils ont été prévus aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 du CASF, tels qu'ils résultent de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ils s'apparentent à des dispositifs d'entraide mutuelle entre pairs, en constituant avant tout un collectif de personnes concernées par des problématiques de santé ou des situations de handicap similaires et souhaitant se soutenir mutuellement dans les difficultés éventuellement rencontrées, notamment en termes d'insertion sociale, professionnelle et citoyenne. CALVEZ Catherine, *Démocratie sanitaire et participation de l'usager – Dossier documentaire,* EHESP, 2021, p. 4.

[911] ROELANDT Jean-Luc, *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité,* Rapport remis au ministre délégué à la santé, 12 avril 2002.

1) La participation du patient en SPSC au sein de l'établissement de santé

Une infantilisation délétère. En SPSC, le patient hospitalisé doit être soigné pour retrouver un mode de vie aussi normal que possible. Dans cette perspective, les établissements de santé doivent être des lieux de soins, mais aussi de resocialisation. Cette double finalité suppose de préserver l'autonomie des patients ou d'aider à son apprentissage. Pourtant, le CGLPL constate que, trop souvent, « l'enfermement entraine une infantilisation et une déresponsabilisation des patients[912] ». Ces pratiques sont délétères tant d'un point de vue personnel que pour leur droit d'expression. En effet, qu'il relève du droit commun ou des SPSC, la participation de l'usager à un établissement de santé doit notamment concourir à une amélioration de la prise en charge. Pour que le dialogue entre l'usager et l'établissement de santé puisse aboutir à l'instauration de démarches concrètes, la capacité à pouvoir exprimer un raisonnement clair constitue un préalable impératif.

Une participation corrélée à l'état de santé du patient. Sur ce point, nous pouvons nous interroger sur la capacité du patient à pouvoir s'exprimer de manière autonome et compréhensible. Par définition, une admission en SPSC tendrait à anéantir cette possibilité. Cependant, une telle affirmation ne doit pas être absolue. Par l'effet des différents traitements et thérapies proposés, le patient peut progressivement retrouver une certaine autonomie ainsi que la faculté de pouvoir s'exprimer de manière claire et intelligible. De ce fait, bien que la participation directe du patient puisse être confrontée à des difficultés, ces dernières ne sont pas définitives dans la mesure où elles sont corrélées à son état de santé. Cette idée s'inscrit dans les dispositions de l'article L. 3211-3 du CSP[913]. Dans ces circonstances, nous comprenons que la démarche participative du patient ne puisse pas être mise en œuvre au début de l'instauration du soin. Elle doit se construire dans un cadre spatio-temporel plus important.

Un temps de réhabilitation nécessaire. Ce temps doit également être mis à profit pour instaurer un cadre de confiance. En effet, comment restituer à un individu, historiquement stigmatisé, le pouvoir de fixer les modalités de son existence et de coopérer

[912] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2015*, Paris, Dalloz, 2016. p. 3.
[913] Article L. 3211-3 du CSP : « Les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée ».

à la délibération concernant le devenir des institutions qui « s'en occupent »[914] ? La réponse à cette question ne peut être trouvée sur un terrain exclusivement juridique. Pour Nicolas CHAMBON, « au-delà de sa pathologie, de sa situation au regard d'un trouble "en" santé mentale, il est un citoyen. On est ici dans une logique intégrative ou inclusive. Il s'agit alors de réduire les écarts avec les autres participants et donc de donner les compétences qui manquent à l'usager ou d'adapter le cadre du dispositif pour éviter de mettre en exergue les inaptitudes. En effet, ce qu'il y a de spécifique en santé mentale, c'est la présupposition de l'incapacité à pouvoir participer aux instances politiques[915] ».

Une participation à développer. Dans la mesure où aucun texte de loi ne s'oppose fermement à la participation directe du patient en SPSC, cette possibilité devrait être admise et encouragée[916]. La création d'une commission des usagers (CDU) au sein de ces établissements peut donc s'envisager. Si la prise en charge s'effectue au sein d'un établissement de santé dit « MCO[917] », la CDU instaurée pour l'ensemble des spécialités médicales prises en charge par l'établissement peut donc accueillir un patient représentant[918] ceux admis en SPSC. Cette proposition, bien que délicate à mettre en œuvre, peut être rattachée à l'article L. 1110-1 du CSP selon lequel « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne ». En effet, aucune précision n'est donnée quant à la nature exacte des « moyens » qui concourent à cet objectif. En accordant au patient en soins psychiatriques sans consentement la possibilité d'exercer cette participation de manière directe et individuelle est soutenue l'idée que « participer à un projet et être acteur de sa conduite peut être bénéfique pour la personne concernée ». Ce bénéfice peut être d'ordre thérapeutique ayant attrait à un « mieux-être » ou d'ordre social comme la rupture avec l'isolement[919]. Dans les deux cas, cette dynamique concourt à l'amélioration de l'état de santé du patient, ce qui est précisément la finalité de notre système de santé. De plus, la démarche participative du patient ne se limite pas à la CDU. Il peut être invité à participer à d'autres instances, au champ d'action plus large.

[914] LAVAL Christian, « La participation des usagers en santé mentale », *Rhizome*, n° 58, novembre 2015, p. 2.
[915] CHAMBON Nicolas, « La participation des usagers en santé mentale : qu'est-ce qu'on (en) attend ? », *Rhizome*, n° 58, novembre 2015, p. 5.
[916] DEFRAIN Florence, « Favoriser la participation des usagers à leur processus de rétablissement », *Pratiques en santé mentale*, vol. 62, n° 2, 2016, pp. 23-27.
[917] Médecine, Chirurgie, Obstétrique. Terme utilisé pour désigner les activités aiguës de courte durée réalisées dans les établissements de santé, en hospitalisation (avec ou sans hébergement) ou en consultations externes.
[918] La composition de la CDU est prévue par l'article R. 1112-81 du CSP qui prévoit la désignation de « deux représentants des usagers et leurs suppléants ».
[919] CHAMBON Nicolas, « La participation des usagers en santé mentale : qu'est-ce qu'on (en) attend ? », *Rhizome*, n° 58, novembre 2015, p. 6.

2) La participation du patient en SPSC au sein d'un territoire de démocratie sanitaire

Proposition de définition du « territoire de démocratie sanitaire ». La notion de « territoire de démocratie sanitaire » n'est pas définie par le CSP. Ce dernier peut s'entendre comme une zone géographiquement déterminée au sein de laquelle les politiques de santé publique sont appliquées de manière adaptée aux besoins sanitaires, sociaux et médico-sociaux de la population présente en son sein et à laquelle la répartition des moyens humains, techniques et médicaux est proportionnée. Ainsi, une région et un département peuvent recevoir cette qualification dans la mesure où ils exécutent, chacun à leur niveau, un projet territorial de santé (PTS). Dans ces territoires, plusieurs institutions œuvrent en faveur des politiques de santé. Si nous nous attachons exclusivement à la question des SPSC, deux entités méritent d'être citées : la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) et le conseil local de santé mentale.

Une participation indirecte des patients à la CDSP. Initialement connues sous la dénomination de « commissions départementales des hospitalisations psychiatriques », la loi du 5 juillet 2011 a opéré une modification sémantique et a institué les commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP). Selon l'article L. 3222-5 du CSP, elles sont chargées de veiller au respect des libertés individuelles et de la dignité de la personne. À cet égard, elles sont informées de toute décision d'admission en SPSC[920], de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins. Elles reçoivent les réclamations des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques[921]. Par ailleurs, elles adressent, chaque année, leur rapport d'activité, au JLD compétent dans son ressort, au représentant de l'État dans le département ou, à Paris, au préfet de police, au directeur général de l'ARS, au procureur de la République et au CGLPL. C'est dans le cadre de cette dernière mission que l'expression de la volonté de l'usager en psychiatrie prend le plus son sens. En effet, l'article L. 3223-2 du CSP indique que la CDSP se compose : (…) « 3° De deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux ». Dans le cadre de leur intervention

[920] Il résulte des articles L. 3223-1, L. 3212-9 et L. 3216-1, alinéa 2, du CSP que le défaut d'information de la CDSP des décisions d'admission peut porter atteinte aux droits de la personne concernée et justifier une mainlevée de la mesure de SPSC dont celle-ci fait l'objet. V. Cass. Civ., 1ère, 23 janvier 2023, n° 21-21.370.
[921] Article L. 3223-1 1° et 2° du CSP.

respective[922], ces représentants pourront faire valoir leurs observations effectuées au sein des établissements de santé présents sur le territoire. Ils pourront également faire part des courriers ou dénonciations reçus[923]. Leur prise en considération pourra alimenter les réflexions générales de la CDSP, mais également celles des instances destinataires du rapport d'activité.

Contrairement à la CDU, la participation des usagers en la matière n'est qu'indirecte, dans la mesure où ce ne sont pas les patients eux-mêmes qui assistent aux différentes réunions de la CDSP. Si cette organisation apparait complexe à mettre en œuvre pour des raisons sécuritaires, le recours à la visioconférence pourrait permettre de pallier cet état de fait. Une réforme de la composition de la CDSP pourrait alors intégrer directement les patients au sein de cette instance. Pour l'heure, un tel projet ne semble pas être envisagé. Si la CDSP se situe sur un plan départemental, une autre instance concourt également à l'expression de la volonté de l'usager : le conseil local en santé mentale (CLSM).

La possibilité d'une expression locale. Mis en avant par la loi du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé[924], les CLSM sont des espaces de concertation et de coordination entre les élus, la psychiatrie, les représentants des usagers, les aidants et l'ensemble des professionnels du territoire. Ils ont pour objectif de définir et mettre en œuvre des politiques locales et des actions permettant l'amélioration de la santé mentale des populations concernées[925]. Un CLSM permet une approche locale et participative concernant la prévention et le parcours de soins. Il associe les acteurs sanitaires et sociaux et toute personne intéressée du territoire pour définir des objectifs stratégiques et

[922] Les CDSP exercent leurs fonctions à l'occasion de réunions qui doivent être au moins trimestrielles et lors de visites des établissements du département accueillant en hospitalisation complète des patients en soins sans consentement.
[923] Les visites d'établissements accueillant des patients en SPSC comportent plusieurs aspects. D'une part, les patients qui le souhaitent peuvent s'entretenir avec la CDSP, qui se présente comme une autorité indépendante de l'établissement. Lors de ces entretiens, les patients peuvent faire état de leurs interrogations sur leur prise en charge ou sur leur situation juridique, mais aussi de plaintes sur des atteintes à leurs droits ou à leur dignité ainsi que sur leurs conditions d'hospitalisation (art. L. 3223-1 du CSP). D'autre part, la CDSP visite les services, en étant attentive à tout ce qui peut porter atteinte au respect des droits et de la dignité des patients. Elle s'entretient également avec le personnel médical et paramédical. MONNIER Alain, *Les CDSP : un pilier méconnu de la démocratie sanitaire. Résultats d'une enquête DGS-Unafam*, p. 4.
[924] Avant cette date, plusieurs tentatives avaient été mises en place et s'apparentaient à la mission des CLSM. La circulaire DGS/2030 du 12 décembre 1972 relative à la lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies recommandait la création « d'organismes consultatifs qui pourraient être dénommés « conseil de santé mentale de secteur ». Par la suite, le plan santé mentale 2005-2008 cita les CLSM à l'échelle des secteurs sanitaires pour favoriser l'articulation entre les champs du sanitaire, social, et médicosocial.
[925] Centre national de ressources et d'appui aux conseils locaux en santé mentale. http://ressources-clsm.org/les-conseils-locaux-de-sante-mentale/

opérationnels. Dans cette optique, il est pleinement associé au projet territorial de santé mentale en vertu des dispositions de l'article L. 3221-2 II[926] et IV[927] du CSP.

Une structure aux capacités insuffisamment exploitées. Si une approche locale (communale ou intercommunale) tend à pouvoir apprécier plus concrètement les problématiques rencontrées par les usagers en la matière, le CLSM n'a pas de caractère obligatoire et repose uniquement sur une volonté « locale ». En fixant dans ses objectifs opérationnels le fait de « faciliter la participation des usagers et de leurs aidants[928] », le CLSM se présente comme un acteur de premier ordre pour faciliter l'expression des patients en SPSC. Par sa proximité, il permet de mettre en évidence les problématiques spécifiques rencontrées par les usagers au sein de leur structure d'accueil. Dans la mesure où l'instauration d'une telle structure n'est pas imposée par la loi, l'expression des usagers en la matière est soumise à une importante disparité. Néanmoins, les outils existent. Seule une volonté commune doit permettre aux professionnels et aux établissements de santé de s'en saisir. Cette situation tranche radicalement avec celle observable dans le milieu carcéral.

B : La participation de l'usager détenu

Une question utopique. De prime abord, la question de la participation de l'usager détenu[929] au sein d'un établissement de santé peut surprendre. Dans la mesure où ce dernier est enfermé dans un lieu isolé de la société, sa participation et/ou sa représentation dans des instances qui relèvent du système de santé paraissent ne présenter que très peu d'intérêt. Cette remarque aurait sans doute été pertinente avant la loi du

[926] « Le projet territorial est défini sur la base d'un diagnostic territorial partagé en santé mentale établi par les acteurs de santé du territoire. Le projet territorial associe notamment les représentants des usagers, les professionnels et les établissements de santé, les établissements et les services sociaux et médico-sociaux, les organismes locaux d'assurance maladie et les services et les établissements publics de l'État concernés, les collectivités territoriales, ainsi que les conseils locaux de santé, les conseils locaux de santé mentale ou toute autre commission créée par les collectivités territoriales pour traiter des sujets de santé mentale, dès lors qu'ils comprennent en leur sein les représentants des usagers et les professionnels de santé, sociaux et médico-sociaux ».

[927] Le diagnostic territorial partagé et le projet territorial de santé mentale sont arrêtés par le directeur général de l'agence régionale de santé après avis des conseils locaux de santé ou des conseils locaux de santé mentale et du conseil territorial de santé mentionné à l'article L. 1434-10 du CSP. Le diagnostic et le projet territorial de santé mentale peuvent être révisés ou complétés à tout moment.

[928] ARS Île-de-France, Cahier des charges Conseils locaux de santé mentale 2018-2022, p. 3.

[929] Sur la question de la reconnaissance de la qualité d'usager à la personne détenue V. CHAPLOTTE Claire, *La personne détenue, un usager protéiforme*, GOURDOU Jean (dir.), Mémoire de Master II Droit de l'exécution des peines et Droits de l'Homme, 2018.

18 janvier 1994. Depuis cette date, le patient détenu est pleinement intégré au système de santé et devrait pouvoir exercer toutes les prérogatives reconnues aux usagers libres. Bien qu'aucun texte n'interdise la participation d'un patient détenu à l'établissement de santé, ce droit est quasiment impossible à mettre en œuvre (1). Cependant il peut être aménagé au moyen de solutions alternatives (2).

1) Le quasi impossible exercice du droit à la participation à l'établissement de santé

L'exigence d'une expression en réunion. La participation de l'usager au sein d'un établissement de santé s'effectue par le biais de la commission des usagers ou de toute autre association habilitée à cet effet, dans les conditions énoncées à l'article L. 1114-1 du CSP. Par définition, une association est un groupement de personnes réunies dans un but déterminé, pour la défense d'un intérêt commun[930]. Pour que l'action de cette dernière soit effective, il faut que ses membres aient la possibilité de se réunir librement. Par ailleurs, la finalité pour laquelle l'association a été créée ne doit pas être entravée ; celle-ci doit pouvoir exercer librement son activité, dans le cadre de la loi. Appliquée au monde carcéral, plusieurs difficultés se présentent à nous.

Une réglementation très stricte de l'expression collective. Outre les problématiques logistiques inhérentes à l'accès en détention, la réunion en détention est soumise à un cadre particulièrement strict[931]. Dans un rapport sur « le droit d'expression collective des personnes détenues », remis en janvier 2010 à la Direction de l'Administration pénitentiaire, Cécile BRUNET-LUDET énonça qu'« historiquement en France, la notion de droit d'expression collective des personnes détenues est controversée, contestée, parfois taboue[932]». Selon l'article R. 232-4 du Code pénitentiaire 7°, constitue une faute disciplinaire du premier degré le fait, pour une personne détenue « de participer ou de tenter de participer à toute action collective de nature à compromettre la sécurité des

[930] *Trésor de la langue française* (en ligne), V° Association.
[931] *Stricto sensu*, la loi ne n'interdit pas aux personnes détenues le droit de constituer une association. Néanmoins, elle ne leur en garantit pas non plus le droit. Dans sa jurisprudence, le Conseil d'État indique que « si les personnes détenues dans des établissements pénitentiaires ne sont pas, de ce seul fait, privées du droit d'exercer cette liberté fondamentale, les contraintes inhérentes à la détention justifient qu'elles ne puissent se prévaloir de la liberté de se réunir ». CE, 27 mai 2005, n° 280866.
[932] BRUNET-LUDET Cécile, *Le droit d'expression collective des personnes détenues*, Rapport remis à la DAP, Paris, février 2010, p. 5.

établissements ou à en perturber l'ordre ». S'il semble délicat d'établir un lien entre une « association d'usagers-détenus » et la compromission de la sécurité de l'établissement pénitentiaire, il nous faut comprendre la notion de « collectif » selon le point de vue de l'Administration pénitentiaire. Pour elle, « le collectif est subversif par nature[933] ». En outre, depuis la loi du 23 mars 2019[934], toute personne sanctionnée pour avoir participé ou tenté de participer à une action collective est désormais exclue du bénéfice de la libération sous contrainte[935]. La loi du 22 décembre 2021[936] accentue les difficultés pour faire reconnaitre des droits collectifs aux patients détenus en accordant une réduction de peine exceptionnelle pouvant aller jusqu'au tiers de la peine aux condamnés ayant « permis (…) d'éviter ou de mettre fin à toute action individuelle ou collective de nature à perturber gravement le maintien du bon ordre et la sécurité de l'établissement[937] ». Dans ces circonstances, la participation du patient détenu à une quelconque structure d'expression collective apparait impossible.

Une utilisation singulière des permissions de sortie. Bien que la législation puisse paraitre rigoureuse, elle a vocation à s'appliquer uniquement entre les murs de l'institution carcérale. Rien n'interdit au patient détenu de faire valoir son expression directement auprès des instances de l'établissement de santé rattaché à la prison. Dans ces circonstances, une utilisation singulière des autorisations de sorties pourrait se mettre en œuvre. Selon l'article D. 143-4 du CPP, « des permissions de sortir d'une durée n'excédant pas la journée peuvent être accordées dans les cas suivants aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines privatives de liberté d'une durée totale n'excédant pas cinq ans ainsi qu'aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines privatives de liberté d'une durée totale supérieure à cinq ans lorsque ces dernières ont exécuté la moitié de leur peine : (…) 3° Présentation à une structure de soins[938] ». Dans la mesure où l'objectif inhérent à la « présentation à une structure de soins » n'est pas mentionné par la loi, ce motif peut éventuellement être envisagé pour permettre au patient détenu de se rendre à la réunion de la CDU. Cependant, au regard de la prévisibilité des réunions, l'utilisation d'une permission de sortie à cet effet semble peu probable pour des raisons sécuritaires.

[933] BRUNET-LUDET Cécile, *Le droit d'expression collective des personnes détenues*, Rapport remis à la DAP, Paris, février 2010, p. 5.
[934] Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, JORF n° 0071 du 24 mars 2019, Texte n° 2.
[935] Pourtant, cette libération anticipée est censée s'exercer de plein droit.
[936] Loi n° 2021-1729 du 22 décembre 2021 pour la confiance dans l'institution judiciaire, JORF n° 0298 du 23 décembre 2021, Texte n° 2.
[937] Article 721-4 du CPP.
[938] Ce dispositif est également envisagé dans le cadre du Guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous main de justice de 2019. V. notamment la fiche n° 2 « Permissions de sortir » dans le livre 5, p. 383.

Dans ces circonstances, une solution interne à l'établissement carcéral mériterait d'être trouvée. En ce sens, le Guide méthodologique propose une alternative.

2) Une alternative issue du Guide méthodologique

Une solution spéciale issue du Guide méthodologique. L'expression accordée au patient libre au sein d'un établissement de santé est une prérogative quasi impossible à mettre en œuvre à l'égard du patient détenu. Est-ce à dire que l'expression de sa volonté ainsi que sa participation dans le cadre d'instances sanitaires sont réduites à néant ? La réponse se doit d'être négative dans la mesure où elle trouve une exception dans les dispositions du Guide méthodologique de 2019. Dans son livre 6 relatif à l'organisation de l'éducation et de la promotion de la santé en milieu pénitentiaire, un comité de pilotage est évoqué. Il a pour mission d'élaborer, ou de valider, le programme annuel ou de préférence pluriannuel d'actions de promotion de la santé. Il s'inscrit dans les projets régionaux de santé (PRS) élaborés par les ARS, dont les schémas régionaux et les plans régionaux d'accès à la prévention et aux soins (PRAPS) font partie. Il prend en compte les plans et programmes nationaux de santé publique (dont certains mentionnent explicitement le milieu pénitentiaire). Pour cela, il définit des priorités au regard des besoins et des demandes des personnes détenues dans l'établissement et des politiques de santé régionales et nationales ; valide les propositions d'actions et le choix des intervenants ; échange l'information sur les actions menées et/ou financées ; suit la mise en œuvre et la cohérence des actions ; analyse les évaluations des actions mises en œuvre et propose des adaptations ou des changements nécessaires, le cas échéant. Il se réunit au minimum une fois par an.

Une création *ex materia* opportune. Pour que le comité de pilotage puisse s'apparenter à une instance de « démocratie sanitaire », encore faut-il que le patient détenu puisse y participer. Sur ce point, la rédaction proposée par le Guide méthodologique se montre décevante. Dans le cadre de sa composition est prévue la possibilité d'admettre

« une personne détenue représentant les usagers de l'établissement[939], ». La réelle prise en compte de la participation du patient à la démocratie sanitaire mériterait que cette désignation soit rendue obligatoire. Par ailleurs, compte tenu des besoins sanitaires spéciaux des patients détenus, elle serait légitime dans la mesure où une stratégie de promotion de la santé sollicite l'avis, les compétences et les questionnements des personnes appartenant à une population donnée[940]. Une telle démarche s'inscrit dans le cadre du référentiel d'intervention de l'INPES relatif à la promotion de la santé en milieu pénitentiaire,[941] mais également dans le cadre de l'article 50 des RPE qui dispose que « sous réserve des impératifs de bon ordre, de sûreté et de sécurité, les détenus doivent être autorisés à discuter de questions relatives à leurs conditions générales de détention et doivent être encouragés à communiquer avec les autorités pénitentiaires à ce sujet ».

Des droits-créances insuffisamment pris en compte. Au regard de ces observations, nous constatons que les droits-libertés en faveur de l'expression du patient DSPSC sont reconnus de manière partielle et que leur modalité d'exercice sont parfois extrêmement lacunaires au sein des établissements de santé. Reste à savoir si l'autre droit-créance en faveur de l'expression du patient au sein de l'établissement de santé, matérialisé par le droit d'accès au dossier médical connait les mêmes difficultés.

[939] « Le comité de pilotage est présidé par le directeur d'établissement de santé ou son représentant. Le médecin coordonnateur de l'USMP et/ou le cadre de santé coordonnent le comité de pilotage. Sa composition doit être la plus représentative possible des intervenants dans l'établissement. Les membres suivants peuvent y participer : médecin responsable du dispositif de soins somatiques de l'USMP et cadre de santé ; médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques de l'USMP et cadre de santé ; personnels soignants de l'USMP (dispositif des soins somatiques et dispositif des soins psychiatriques) ; directeur du/des établissement(s) de santé en charge de l'unité sanitaire ; personnels des services pénitentiaires ; chef de l'établissement pénitentiaire ; personnels du SPIP ; représentants de la PJJ dans les établissements accueillant des mineurs ; autres partenaires jugés utiles en fonction des situations locales (personnels de l'Éducation nationale, CSAPA IREPS/CODES, CLAT, associations, etc.) ; une personne détenue représentant les usagers de l'établissement. L'agence régionale de santé (ARS), la direction interrégionale des services pénitentiaires (DISP) et la direction interrégionale de la PJJ (DIRPJJ) peuvent être invités si besoin ». MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge des personnes placées sous main de justice*, p. 393.

[940] CHEMLAL Khadoudja, ECHARD-BEZAULT Pascale, DEUTSCH Paule, (dir.), « Fiche technique 4. Participation des personnes détenues », *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire - Référentiel d'intervention*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2014, p. 63.

[941] *Ibidem.*

Section 2 : L'accès au dossier médical comme droit-créance en faveur de l'expression du patient

Une reconnaissance contemporaine. La référence dans notre corpus juridique interne à un dossier médical est apparue avec loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, portant réforme hospitalière. Si son article 28[942] imposait de communiquer le dossier aux malades, aucune disposition ne mentionnait la tenue obligatoire d'un tel dossier. Sans cadrage formaliste, la tenue du dossier médical fut donc laissée à la libre appréciation des professionnels ainsi que des établissements de santé, tant sur le fond que sur la forme. Ce point fut corrigé par l'adoption[943] de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière[944]. Par la suite, le droit d'accès au « dossier médical[945] » du patient a été consacré par la loi du 4 mars 2002. Il est codifié à l'article L. 1111-7 du CSP[946]. Dans la mesure où les patients DSPSC sont pleinement intégrés à notre système de santé, nous devrions retrouver à leur égard une identité protocolaire au niveau des règles relatives à l'élaboration du dossier du patient (§ 1) ainsi qu'à son accès (§ 2).

[942] Article 28 de la loi du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière : « Les établissements d'hospitalisation publics sont tenus de communiquer le dossier des malades, hospitalisés ou reçus en consultation externe dans ces établissements, au médecin appelé à dispenser des soins à ces malades ».

[943] Préalablement à l'adoption de la loi du 31 juillet 1991, le législateur avait préconisé, dans le cadre d'une circulaire du 11 août 1978 l'adoption d'un dossier médical comprenant uniquement « les documents jugés significatifs par le médecin hospitalier ». En l'espèce, nous remarquerons que le terme de « dossier médical » était alors adéquat dans la mesure où seul le médecin avait qualité pour y accéder et « alimenter » ce dernier.

[944] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n° 179 du 2 août 1991.

[945] Par souci de rigueur, l'utilisation *stricto sensu* de l'expression « dossier médical » ne semble pas correcte. En effet, le médecin n'est plus le seul professionnel habilité à remplir ce dossier. D'autres peuvent y concourir. De plus, dans le cadre du dossier partagé issu de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 ainsi que de son décret d'application, le patient a la faculté d'enregistrer des informations à caractère médical et/ou personnel, sans demande d'accord préalable d'un médecin. Dans la pratique, de plus en plus d'établissements de santé adoptent un dossier unique du patient. Si l'appellation « dossier médical partagé » (DMP) avait vocation à traduire le partage qui pouvait être réalisé entre les professionnels, celle de « Dossier partagé du patient » (DPP) mériterait d'être mise en avant afin de souligner l'interaction possible et encouragée du patient en la matière et ce « dossier pluridisciplinaire ». Par ailleurs, la notion de DMP a été remplacée par « Mon espace santé ».

[946] Des dispositions réglementaires régissent aussi cette question dans le CSP. V. notamment les articles R. 1111-1 et s.

§ 1 : L'élaboration du dossier du patient dans les conditions du droit commun

Le dossier du patient : un outil obligatoire et essentiel de la prise en charge du patient. Outre la facilitation des échanges entre les différents professionnels de santé, le dossier du patient, communément nommé « dossier médical »[947], renforce le droit à l'information dont l'usager du système de santé est titulaire. Il lui permet de mieux comprendre sa pathologie et peut permettre d'établir des diagnostics ultérieurs à partir de la consultation des éléments qu'il contient[948]. Il permet également au patient de défendre ses droits[949], dans le cadre d'une action amiable ou contentieuse[950]. Pour permettre de concourir effectivement à l'ensemble de ces finalités, une harmonisation doit être opérée au niveau du contenu du dossier du patient. Dans le cadre du dossier des patients DSPSC, nous constatons que ce dernier est, comme en milieu libre, pluridisciplinaire (A) et que des interrogations sont également observables à l'égard du « statut » des notes personnelles (B).

A : Un contenu pluridisciplinaire

Définitions. Selon l'article R. 1111-2 du CSP, « un dossier médical est constitué pour chaque patient hospitalisé dans un établissement de santé public ou privé ». Encore faut-il savoir ce que le Code entend par « établissement de santé public ou privé » et « patient hospitalisé ». La première recherche de définition ne pose aucune difficulté

[947] Une observation équivalente a déjà pu être observée dans les précédents développements entre les notions de « secret professionnel » et « secret médical ».
[948] Le dossier médical « assure une traçabilité de toutes les données médicales et des actes prodigués au patient ». CLÉMENT Cyril, *Le dossier du patient*, 2ème éd., Bordeaux, LEH, coll. Essentiel, 2019, p. 12.
[949] Dans la mesure où la preuve en matière médicale peut être faite par tout moyen, le dossier du patient pourra être valablement utilisé par le professionnel de santé pour se défendre dans le cadre d'un litige amiable ou au contentieux.
[950] En dépit de l'adage « *actori incumbit probatio* », il faut souligner qu'en matière médicale, la charge de la preuve est inversée et pèse sur les professionnels de santé. Plusieurs exemples issus de la jurisprudence sont venus consacrer ce point, en particulier dans le cadre du droit à l'information V. notamment Cass. Civ., 1ère, 25 février 1997, n° 94-19.685 ; CE, sect., 5 janvier 2000, n° 181899.

puisqu'elle est énoncée à l'article L. 6111-1 du CSP. Des difficultés peuvent en revanche apparaitre dans le cadre de la définition de la « personne hospitalisée ». *Stricto sensu*, la personne hospitalisée est celle qui fait l'objet d'une hospitalisation. Sont alors exclus les patients qui viennent en consultation ou alors ceux qui sont admis aux urgences. *Lato sensu*, elle désigne tout patient pris en charge par un établissement de santé. Cette définition est celle retenue par la norme réglementaire[951].

En l'espèce, le contenu du dossier médical des patients DSPSC obéit à l'ensemble de ces dispositions réglementaires. Son contenu est donc identique à celui de tout autre patient en milieu libre (1). Cependant, le dossier du patient détenu comporte en plus des éléments spécifiques (2).

1) Un contenu conforme aux dispositions de droit commun

Une classification tripartite. Au regard des dispositions de l'article R. 1112-2 du CSP, nous constatons que le dossier du patient doit comporter un très grand nombre d'éléments qui constituent le « *minima* » attendu. D'autres documents peuvent être ajoutés[952]. Pour faciliter l'organisation de ces informations, le CSP opère une classification tripartite entre « les informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier », « les informations formalisées établies à la fin du séjour » et enfin « les informations recueillies auprès des tiers ».

Si l'énoncé de cette classification peut sembler futile, sa connaissance pour les professionnels de santé est très utile, en particulier lorsque le patient demande la communication de son dossier. Comme l'indique l'article R. 1111-2 du CSP, seules les informations contenues dans les deux premières « classifications » sont communicables.

[951] Selon la charte de la personne hospitalisée, annexée à la circulaire n° 2006-90 du 2 mars 2006, « l'expression « personne hospitalisée » utilisée dans cette charte désigne l'ensemble des personnes prises en charge par un établissement de santé, que ces personnes soient admises en hospitalisation (au sein de l'établissement ou dans le cadre de l'hospitalisation à domicile), accueillies en consultation externe ou dans le cadre des urgences. Circulaire DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.

[952] Tel est le cas par exemple du patient qui rajouterait des informations issues des dossiers médicaux de ses proches dans le cadre d'une maladie génétique.

Les informations recueillies auprès des tiers ne peuvent être transmises. Appliquée à la situation du patient admis en SPSC, nous comprenons aisément en quoi cette précision est importante. En effet, dans un souci sécuritaire, et en particulier dans le cadre de la procédure de SDT, la protection de l'identité du tiers à l'initiative de la demande s'impose. En outre, il ne faut pas oublier que la prise en charge de ces patients obéit à un formalisme procédural important. Il est donc capital pour les professionnels de santé de pouvoir accéder rapidement aux informations recherchées afin d'éviter tout vice de procédure. Dans cette perspective, une subdivision complémentaire pourrait être envisagée à l'égard des « informations formalisées recueillies lors des consultations externes dispensées dans l'établissement, lors de l'accueil au service des urgences ou au moment de l'admission et au cours du séjour hospitalier ». Cette partie regroupant dix-sept documents, les informations contenues pourraient être réparties entre les « observations médicales d'entrée » et les « informations relatives à la prise en charge du soin et à sa bonne exécution[953] ».

Les observations médicales d'entrée des patients DSPSC. Pour les patients DSPSC, seront inclus dans le cadre des « observations médicales d'entrée », l'intégralité des certificats médicaux (circonstanciés ou non) ou avis médicaux établis préalablement à la demande d'admission en SPSC ; les certificats médicaux dressés au cours de la période d'observation et de soins initiale ; les résultats du bilan de santé proposé lors de l'entrée en détention. À l'égard des observations médicales d'entrée, l'ANAES[954] (actuelle HAS) recommande que ces dernières soient « structurées et de préférence préimprimées[955] ». Par ailleurs, dans la mesure où le patient est associé à l'élaboration de sa prise en charge[956], il est souhaitable que le professionnel de santé puisse insérer dans le dossier les documents

[953] Relèveraient des observations médicales d'entrée : la lettre du médecin qui est à l'origine de la consultation ou de l'admission ; les motifs de l'hospitalisation ; la recherche d'antécédents et de facteurs de risques ; les conclusions de l'évaluation clinique initiale ; le type de prise en charge prévue et des prescriptions effectuées à l'entrée ; la nature des soins dispensés et des prescriptions établies lors de la consultation externe ou du passage aux urgences ; les directives anticipées (Article R. 1112-2 1° a) à f) et q) du CSP). g). Les informations relatives à la prise en charge en cours d'hospitalisation : état clinique, soins reçus, examens para-cliniques, notamment d'imagerie ; les informations sur la démarche médicale; le dossier d'anesthésie ; le compte rendu opératoire ou d'accouchement ; le consentement écrit du patient ; les actes transfusionnels, les éléments relatifs à la prescription médicale, à son exécution et aux examens complémentaires ; le dossier de soins infirmiers ; les informations relatives aux soins dispensés par les autres professionnels de santé et les correspondances échangées entre professionnels de santé relèveraient quant à elles des informations relatives à la prise en charge du soin et à sa bonne exécution.

[954] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation de la santé. Créée en 1996 et remplacée par l'HAS en août 2004.

[955] « Les observations médicales d'entrée méritent d'être structurées et de préférence préimprimées pour retrouver notamment les informations suivantes : la date et l'heure d'admission dans l'établissement ; le mode d'entrée et le motif d'hospitalisation du patient ; – le nom de l'observateur, sa fonction, sa signature ; la date et l'heure de l'observation ; les antécédents du patient et la thérapeutique en cours ; l'anamnèse ; le compte rendu de l'examen des différents organes ; la conclusion posant le problème médical, les hypothèses diagnostiques et thérapeutiques soulevées, la stratégie de prise en charge et les examens complémentaires envisagés. L'observation médicale d'entrée prise par un étudiant doit être validée par un senior, après avoir été corrigée si nécessaire ». ANAES, *Évaluations des pratiques professionnelles dans les établissements de santé - dossier du patient : réglementation et recommandations*, juin 2003, p. 15.

[956] Article L. 1111-4 alinéa 1 du CSP : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ».

faisant ressortir l'information médicale délivrée au patient[957]. Dans le cadre de notre étude, pourront alors être intégrés les échanges entre le patient et le psychiatre dans le cadre d'un PDS. Il en va de même pour le patient détenu à l'égard des différents échanges pouvant avoir lieu en ce qui concerne le bilan de santé initial.

L'exigence d'une tenue régulière. En ce qui concerne les « informations relatives à la prise en charge du soin et à sa bonne exécution », ces dernières vont davantage exprimer la dimension unique et personnelle du dossier. Dans la mesure où la prise en charge de chaque patient à vocation à être individuelle et adaptée, la composition du dossier sur ce point sera corrélée à l'importance de sa prise en charge. Comme tout patient, la bonne prise en charge des patients DSPSC repose sur une tenue minutieuse, complète et à jour du dossier. En application du principe de non-discrimination, cette tenue doit être faite avec la même diligence que pour tout autre patient. En conséquence, la situation juridico-administrative et médicale des patients DSPSC ne doit pas influer sur le bon accomplissement de cette tâche.

2) Le cas particulier de l'isolement

Vers une meilleure traçabilité de l'isolement. Bien que les règles qui entourent la constitution du dossier du patient détenu soient identiques à celles instaurées en milieu libre, la particularité de leur situation clinique et/ou judiciaire explique que des documents supplémentaires puissent être rajoutés. En effet, même dans le cadre du soin, l'impératif sécuritaire demeure et certaines décisions peuvent avoir une incidence en détention. Tel est le cas de l'isolement.

L'isolement[958] est une procédure qui peut être mise en œuvre à l'initiative de l'autorité administrative compétente (chef d'établissement), d'une autorité judiciaire ou directement du patient. Dans tous les cas, elle doit faire l'objet d'un avis de la part du médecin de l'USMP[959]. Bien que ce cela ne soit pas mentionné par le Code pénitentiaire,

[957] CLÉMENT Cyril, *Le dossier du patient*, 2ème éd., Bordeaux, LEH, coll. Essentiel, 2019, p. 26.
[958] Les dispositions relatives aux conditions de mise en place de l'isolement sont prévues par le Code pénitentiaire aux articles R. 213-5 à R. 212-35 du Code pénitentiaire.
[959] Article R. 213-21 du Code pénitentiaire.

l'ajout de cet avis au dossier médical du patient apparait comme une nécessité dans la mesure où il peut donner des premières indications sur l'état de santé de ce dernier, tant sur le plan physique que psychologique. La lacune rédactionnelle du Code pénitentiaire sur ce point est comblée par le Guide méthodologique. Ce dernier indique que « tous les avis concernant les personnes détenues placées au quartier disciplinaire sont portés au dossier médical ».

Une traçabilité utile à l'organisation des soins. La traçabilité de l'isolement dans le dossier du patient détenu poursuit plusieurs finalités. À l'égard du patient, cette démarche peut lui permettre d'appuyer ses revendications dans le cadre d'un recours s'il estime que ces placements sont injustifiés. Sur le plan organisationnel, cette traçabilité peut permettre d'anticiper l'organisation des visites médicales. En effet, selon l'article R. 213-19 du Code pénitentiaire, « la liste des personnes détenues placées à l'isolement est communiquée quotidiennement à l'équipe de l'unité sanitaire de l'établissement. Le médecin examine sur place chaque personne détenue au moins deux fois par semaine et aussi souvent qu'il l'estime nécessaire. Ce médecin, chaque fois qu'il l'estime utile au regard de l'état de santé de la personne détenue, émet un avis sur l'opportunité de mettre fin à l'isolement et le transmet au chef de l'établissement pénitentiaire ».

Ainsi, exception faite de ce cas, le contenu du dossier des patients de notre étude est identique à celui prévu en milieu libre. Cette symétrie ne peut être que saluée bien que cette dernière ne soit pas étrangère à l'instauration d'une évaluation de la qualité des soins et à la mise en place du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Si l'énoncé du contenu du dossier médical apparait clair, un élément demeure soumis à plusieurs interrogations : les notes personnelles des médecins.

B : Les interrogations relatives à la prise en compte des notes personnelles du médecin

Une source précieuse d'information. Par principe, est considéré comme personnel tout ce qui « est propre à une personne, qui lui appartient en particulier[960] ». Dans la mesure où le dossier du patient a vocation à être copartagé entre ce dernier et les professionnels de santé, tout élément personnel émanant des médecins ou des soignants ne devrait pas y trouver sa place. Cependant, ces informations peuvent constituer une source d'information précieuse, tant pour le praticien que pour le patient[961]. Aussi, compte tenu de ces objectifs, leur intégration ne fait aucun doute (1). Cependant, des interrogations demeurent à l'égard des dispositions du décret du 7 mai 2012 (2).

1) L'intégration des notes personnelles du médecin au dossier du patient

L'initiale exigence d'un critère fonctionnel et matériel. Au regard des dispositions initiales de la loi du 4 mars 2002[962] et du décret du 29 avril 2002[963], la communication des notes personnelles du médecin et leur intégration obligatoire du dossier du patient s'appréciaient au regard d'un critère matériel, mais aussi fonctionnel. Seules les informations qui avaient été formalisées et qui avaient contribué à l'élaboration, au suivi du diagnostic et du traitement ou à une action de prévention étaient communicables au patient. Ce point avait d'ailleurs été souligné par la jurisprudence[964]. En conséquence, toute

[960] *Trésor de la langue française* (en ligne), V° Personnel.
[961] Les résultats d'une expérience menée depuis trois ans aux États-Unis démontrent que l'intégration des notes des médecins dans le dossier médical électronique des patients entraine une meilleure compréhension de la maladie et un meilleur respect des prescriptions. Walker (J.), Darer (J. D.), Elmore (J. G.), Delbanco (T.), "The Road toward Fully Transparent Medical Records", *The new England Journal of Medicine*, janvier 2014. Cité par SAISON Johanne, BOUGHRIER Nora, « Les notes personnelles des médecins : un point d'incertitude dans la détermination du contenu transmissible du dossier », *RGDM*, n° 53, p .43.
[962] Loi du 4 mars 2002 relative aux malades et à la qualité du système de santé.
[963] Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique, JORF n° 101 du 30 avril 2002, Texte n° 8.
[964] CAA Paris, 30 septembre 2004, n°03PA01769.

information qui ne répondait pas à ces deux critères n'avait pas à être intégrée au dossier du patient et ne devait pas être communiquée.

La suppression du critère fonctionnel. La loi du 31 janvier 2007[965] a élargi cette conception et a supprimé le critère fonctionnel. Cet apport a été acté par l'article L. 1111-7 du CSP selon lequel notamment « toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé (…) qui sont formalisées (…) ». Ainsi, seul le critère matériel demeure. La finalité de l'écrit n'est plus à prendre en considération. Cette évolution législative avait été anticipée par la Commission d'accès aux documents administratifs (CADA), qui estima que les documents manuscrits qui sont inclus dans un dossier hospitalier sont des documents communicables de plein droit[966]. Cette démarche s'inscrit dans un souci de transparence à l'égard des patients. Elle oblige néanmoins les professionnels à faire preuve de la plus grande diligence lors de la formalisation de leurs observations.

Un cadre juridique qui alimente toujours les interrogations. Au regard des règles qui encourent la constitution et la communication du dossier des patients DSPSC, aucune disposition ne vient faire obstacle à l'application de ce cadre juridique. Cette situation est d'ailleurs bien heureuse dans la mesure où elle peut permettre au patient d'asseoir ses éventuelles prétentions dans le cadre d'un recours amiable ou contentieux. Si l'intégration des notes personnelles des professionnels de santé est compréhensible, une confusion demeure à la suite de l'adoption du décret du 7 mai 2012.

2) La confusion induite par le décret du 7 mai 2012

Une confusion légitime à l'égard des notes personnelles. L'adoption du décret du 7 mai 2012[967] a créé une certaine confusion dans les éléments transmissibles au patient. L'article R. 4127-25 I du CSP, issu de ce décret, indique qu'« indépendamment du dossier médical prévu par la loi, le médecin tient pour chaque patient une fiche d'observation qui lui est personnelle ; cette fiche est confidentielle et comporte les éléments actualisés,

[965] Loi n° 2007-131 du 31 janvier 2007 relative à l'accès au crédit des personnes présentant un risque aggravé de santé, JORF n° 27 du 1er février 2007, Texte n° 5.
[966] CADA, 15 avril 2004, n° 20041645.
[967] Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du Code de déontologie médicale, JORF n° 0108 du 8 mai 2012, Texte n° 97.

nécessaires aux décisions diagnostiques et thérapeutiques. Les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers ». À la lecture de cette disposition, nous pouvons être surpris du fait qu'il soit fait mention des notes personnelles, dans la mesure où leur caractère transmissible a été affirmé par la loi de 2007[968]. Ce flou juridique mériterait d'être rapidement clarifié afin que le professionnel de santé puisse connaitre l'étendue de ses obligations et réciproquement, que le patient sache quelles sont les informations qu'il est en droit d'exiger[969].

Les apports de la CADA dans le cadre d'une prise en charge intrahospitalière. Face à ces interrogations, la CADA a été amenée à se prononcer à plusieurs reprises sur la légitimité de certaines demandes exigées par les patients, en particulier dans le cadre SPSC. Dans un avis de 2019[970], elle estima que « l'article R.4127-45 (…) a pour objet de définir les devoirs du médecin, en matière de conservation des informations médicales, dans les cas où le dossier médical n'est pas régi par des textes particuliers. Si le deuxième alinéa de cet article dispose que "les notes personnelles du médecin ne sont ni transmissibles ni accessibles au patient et aux tiers" (…), les notes confidentielles prises lors de consultations, ne sauraient conduire à qualifier de notes personnelles des notes du médecin qui, détenues et conservées par un établissement de santé, ont nécessairement perdu leur caractère personnel et sont par suite soumises au droit d'accès en vertu des dispositions combinées de l'article L1111-7 du code de la santé publique et de l'article L311-6 du code des relations entre le public et l'administration ». Aussi, elle estima que la requête du patient était fondée, faisant visiblement fi de la distinction opérée par l'article R. 4127-45 du CSP.

Les apports de la CADA dans le cadre d'une prise en charge en libéral. Quelques mois plus tard, la CADA fut saisie de nouveaux faits, dans le cadre d'une demande de communication du dossier tenu par une psychologue, et notamment de ses notes personnelles[971]. S'appuyant sur le même argumentaire qu'indiqué précédemment, la CADA énonça que « les notes prises par une psychologue lors des consultations dont a

[968] Dans un avis du 19 mars 2015 (avis n° 20150229), la CADA estima que les notes personnelles perdaient leur caractère personnel dès lors qu'elles étaient détenues et consultées par l'établissement de santé dans le dossier patient.
[969] SAISON Johanne, BOUGHRIER Nora, « Les notes personnelles des médecins : un point d'incertitude dans la détermination du contenu transmissible du dossier », *RGDM*, n° 53, p. 46.
[970] CADA, 10 janvier 2019, Avis n° 20183655. En l'espèce, le contentieux opposait un CHS et un patient. Ce dernier estimait que sa demande n'avait pas été pleinement satisfaite dans la mesure où la transmission du dossier était incomplète. Selon les observations du patient, il manquait : le dossier infirmier ; le dossier patient établi par les différents psychologues et tout spécialement par Madame X ; les observations écrites des médecins ayant assuré sa prise en charge, notamment le psychiatre référent, le docteur X ; l'ensemble des courriels échangés entre tous les interlocuteurs du CHS concernant son état de santé.
[971] En l'espèce, ce dossier était à part du dossier médical des praticiens hospitaliers, et il n'y avait aucun échange entre cette psychologue et les autres professionnels de santé de l'établissement.

bénéficié un patient dans le cadre d'une psychothérapie conservées par l'établissement sont communicables à l'intéressé, quand bien même ce patient ne serait pas hospitalisé et qu'aucun échange n'aurait eu lieu entre cette psychologue et les autres professionnels de santé de l'établissement[972] ». Elle rappela à cette occasion que « cette position vaut également lorsque l'établissement détient le dossier médical d'un patient suivi à titre privé par un médecin intervenant à titre libéral au sein de son établissement[973] ».

Une confusion toujours d'actualité. À l'heure actuelle, des interrogations se manifestent encore chez les professionnels de santé à l'égard des notes personnelles. Dans sa décision du 9 décembre 2021, la chambre disciplinaire nationale de l'Ordre des médecins indiqua que « les notes manuscrites prises lors des consultations constituent des réflexions intermédiaires dans l'élaboration du dossier médical du patient et de la prise de décision du praticien ». Elles ne sont régies ni par la loi du 6 janvier 1978, puisqu'elles ne figurent pas au rang des traitements de données concernées par ces dispositions ; ni par l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Ces notes ne sont par ailleurs pas communicables au patient, en vertu des termes mêmes de l'article R. 4127-45 du code de la santé publique ». Aussi, tant dans un souci de clarification de l'étendue exacte des droits des patients, que de la protection des pratiques professionnelles, la modification de l'article R. 4127-45 du CSP s'impose. Ainsi, malgré cette interrogation, qui demeure commune à tous les patients, la construction des dossiers des patients DSPSC est clairement posée. Reste à voir si les procédures relatives à son accès sont également communes.

§ 2 : L'accès au dossier médical dans les conditions du droit commun

L'application des dispositions de droit commun. Selon l'article L. 1111-7 du CSP, « toute personne a accès aux informations concernant sa santé ». Le caractère général de cette formulation indique que le cadre juridique qui entoure l'accès au dossier du patient

[972] CADA, 19 novembre 2020, Conseil n° 20203064.
[973] CADA, Avis n° 20192108 du 30 janvier 2020.

DSPSC est similaire à celui imposé en milieu libre. Parce que le dossier du patient contient des informations sensibles soumises au respect du secret professionnel, la loi encadre son accès (A). Cependant, il n'est pas rare que des difficultés se présentent (B).

A : Une accessibilité encadrée au dossier du patient

Une procédure aux sources hybrides. Afin de préserver le secret qui entoure les informations contenues dans le dossier du patient, la loi a précisément déterminé les personnes habilitées à consulter ce dossier (1). La demande doit être adressée selon un protocole précis, dont les contours ont été établis par la loi et la pratique professionnelle (2).

1) Les personnes habilitées à accéder au dossier du patient

Un accès réservé en priorité au patient. Comme l'indique l'article L. 1111-7 du CSP précédemment évoqué, la première personne habilitée à accéder au dossier du patient est le patient lui-même. Cette affirmation est reprise par l'article R. 1111-7 du même code, puis de manière plus spécifique, dans le cadre du Guide méthodologique[974] et dans certaines chartes du patient en psychiatrie[975]. Ces dispositions ne sont pas surprenantes et s'inscrivent dans l'esprit de la loi du 4 mars 2002 qui tend à faire du patient un véritable acteur de sa santé. S'il est logique que le patient bénéficie d'un accès direct à son dossier, il n'est pas le seul titulaire de cette prérogative. Au regard des textes, plusieurs tiers sont concernés par cette procédure.

[974] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 69.
[975] V° par exemple la Charte de l'usager en santé mentale du Centre Hospitalier Georges Daumezon.

Un accès autorisé pour les tiers qui assistent ou représentent le patient. Si les murs de l'institution carcérale et psychiatrique coupent les patients DSPSC du milieu libre, certaines mesures trouvent à s'appliquer dans ces lieux singuliers. Tel est le cas des mesures de protection juridiques. En la matière, les articles L. 1111-7 et R. 1111-1 du CSP évoquent une « mesure de protection juridique avec représentation relative à la personne » ou une « mesure de protection juridique avec assistance à la personne ». Cette terminologie n'est pas celle employée par le Code civil qui régit les règles applicables aux majeurs protégés. Une explication sémantique s'impose notamment pour les professionnels de santé.

Issues de l'article 12 de la Convention relative aux droits des personnes handicapées, les mesures de protection juridique avec représentation relative à la personne font référence, dans notre Code civil, à la tutelle[976] et à l'habilitation familiale[977]. Prononcées dans le cas où la personne serait inapte à exprimer sa volonté, elles ont pour but de protéger l'autonomie en matière personnelle, familiale et médicale et, en cas d'inaptitude avérée, de pallier cette impossibilité[978]. À côté, avec un niveau de protection plus atténué, les « mesures de protection juridique avec assistance à la personne » désigne le régime des curatelles[979].

Appliqués aux règles élaborées pour l'accès au dossier du patient, nous constatons que ces régimes entrainent des conséquences différentes. Pour ce qui est des mesures « de représentation », la personne habilitée peut, dans les mêmes conditions que le patient, accéder au dossier[980]. Cela signifie que la personne qui représente le patient ne se substitue pas à lui pour accéder au dossier, mais dispose d'un droit de même nature. Ce point a été récemment souligné par la CADA qui rappela que le tuteur avait accès au dossier médical de la personne sous tutelle[981]. Pour ce qui est des mesures « d'assistance », la personne chargée de la mesure peut accéder au dossier uniquement avec le consentement exprès de la personne protégée[982]. Cette situation s'explique par la plus grande autonomie laissée au majeur protégé dans la curatelle.

Un oubli délétère de la représentation contractuelle. Au regard des dispositions des articles L. 1111-7 et R. 1111-1 du CSP, seuls les cas de représentation issus d'une

[976] Articles 440 et suivants du Code civil.
[977] Articles 494-1 et suivants du Code civil.
[978] RAOUL-CORMEIL Gilles, « « La protection juridique avec représentation relative à la personne » ou le renvoi trop discret à l'article 459, alinéa 2, du Code civil : Hommage à Jacques Massip (1925-2023), *Gaz. Pal*, 2024, Hors série n° 1, p. 26.
[979] Il existe trois types de curatelle : curatelle simple, curatelle renforcée, curatelle aménagée.
[980] Ce point a été confirmé par la CADA dans un avis du 30 mars 2020 (n° 20194212).
[981] CADA, avis du 31 mai 2020, n° 20194212.
[982] Article L. 1111-7 alinéa 2 du CSP.

mesure de protection juridique sont envisagés par ces dispositions. Le législateur ne semble pas prendre en compte l'étendue possible de la technique contractuelle en matière médicale, dans le cadre notamment du mandat ou du mandat de protection future[983]. Compte tenu des relations sociales et familiales parfois rompues entre le milieu libre et les patients DSPSC, l'oubli de cette hypothèse par le législateur peut être qualifié de délétère. Pour pallier cette maladresse, l'arrêté du 5 mars 2004[984] a acté cette possibilité en reconnaissant que « les informations de santé peuvent être communiquées à une personne mandatée par le patient, par ses représentants légaux (s'il s'agit d'un mineur ou d'un majeur sous tutelle) ou par ses ayants droit en cas de décès, dès lors que la personne dispose d'un mandat exprès et peut justifier de son identité ». Cette possibilité a également été reconnue par le Conseil d'État[985]. Compte tenu de la privation de liberté exercée sur les patients DSPSC, il n'est pas utopique de penser que ces derniers mandatent un tiers pour aller recueillir les informations contenues dans leur dossier médical. Cette hypothèse prend davantage de sens lorsqu'on la met en perspective avec les difficultés linguistiques auxquelles les patients de notre étude sont confrontés[986] et la procédure écrite à respecter.

2) La procédure d'accès au dossier médical

Un formalisme *ex nihilo* crée par la pratique professionnelle. La reconnaissance d'un accès direct au dossier médical n'est pas synonyme d'une « entrée en possession » immédiate des données détenues par un établissement ou un professionnel de santé. L'article R. 1111-1 du CSP précise que « la demande est adressée au professionnel de santé et, dans le cas d'un établissement de santé, au responsable de cet établissement ou à la personne qu'il a désignée à cet effet et dont le nom est porté à la connaissance du public par tous moyens appropriés ». En l'espèce, aucun autre formalisme n'est exigé par loi. Cependant, par souci de traçabilité, la pratique professionnelle a pris l'habitude d'exiger

[983] COMBRET Jacques, CASEY Jérôme, « Le mandat de protection future », *RJPF*, 2007, n° 7, pp. 8-11.
[984] Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès JORF n° 65 du 17 mars 2004, Texte n° 16.
[985] CE, 26 septembre 2005, « Conseil national de l'Ordre médecins », n° 270234.
[986] En l'espèce, la CADA a reconnu valable la demande d'accès au dossier médical d'un patient formulée par l'avocat de ce dernier. Dans cette hypothèse, le conseil n'a pas à justifier du mandat qu'il est légalement réputé avoir reçu de son client dès lors qu'il déclare agir pour son compte. CADA, Avis du 19 juin 2008, n° 20081938.

une demande écrite. Sur ce point, la loi comme la pratique professionnelle n'impose pas un formalisme précis. La demande pourra donc être faite sur papier libre ou par l'intermédiaire du document institutionnel instauré dans chaque établissement de santé. Cette procédure est d'ailleurs à privilégier dans la mesure où elle « guide » le patient dans sa demande et évite que cette dernière ne soit considérée comme imprécise[987]. Elle lui indique également la procédure à suivre, en particulier le service en charge de réceptionner cette demande[988].

Une identité vérifiée. La réception de la demande par l'établissement de santé n'est pas synonyme de communication. Selon l'alinéa 3 de l'article R. 1111-1 du CSP, avant toute communication, l'établissement doit s'assurer du demandeur. Cette exigence explique que dans les formulaires institutionnels, il soit demandé au patient de fournir, en plus de sa demande, une copie d'un document d'identité valide. Cette exigence est également requise lorsqu'un ayant-droit souhaite accéder au dossier médical du *decujus*[989]. Dans cette hypothèse, outre la photocopie d'un document d'identité du défunt et de sa propre identité, il devra communiquer une photocopie du livret de famille ou un certificat de notoriété afin d'attester le lien qui unit le patient défunt au demandeur. De plus, dans la mesure où ces informations sont couvertes par le secret professionnel, l'établissement de santé devra s'assurer, avant toute transmission, que le patient ne s'est pas formellement opposé à une telle démarche de son vivant, en application des dispositions de l'article L. 1110-4 du CSP. Dans ces circonstances, il n'est pas fait obstacle à la délivrance d'un certificat médical de décès[990].

Une célérité exigée. Afin de faire droit à la demande du patient ou des tiers le plus rapidement possible, le législateur instaura également des délais de transmission. Selon l'article L. 1111-7 du CSP, ce délai est compris entre 48 heures et 8 jours pour les dossiers qui datent de moins de 5 ans. Pour les dossiers de plus de 5 ans ou lorsqu'ils ont été saisis par la CDSP, ce délai est porté à 2 mois. Dans tous les cas, il court à compter de la date de réception de la demande. Dans ces circonstances, nous comprenons mieux le formalisme imposé par les établissements de santé qui concourt à la protection des droits des patients. Si ce temps peut paraitre long pour les requérants, il est indispensable pour les

[987] Article R. 1111-3 du CSP.
[988] Sur ce point, les pratiques sont très hétérogènes selon les établissements de santé. Au regard des protocoles observés dans les différents établissements de santé, les services couramment désignés pour réceptionner ces demandes sont : la direction, les affaires juridiques, la qualité, la CDU ou encore les archives. Cette diversité des pratiques ne remet pas en cause leur validité puisque dans tous les cas, il s'agit d'entités qui appartiennent à l'établissement de santé.
[989] Dans cette hypothèse, la demande de l'ayant droit doit être justifiée. Selon l'article L. 1110-4 du CSP, trois motifs sont recevables : connaitre les causes de la mort, défendre la mémoire du défunt, faire valoir des droits. Seules les informations nécessaires à la satisfaction de la demande de l'ayant droit seront transmises, sous réserve que le patient ne s'y soit pas opposé de son vivant.
[990] Article R. 1111-7 du CSP.

professionnels afin que ces derniers puissent recueillir l'intégralité des informations demandées et vérifier les informations communiquées. Rappelons que sont exclues les « informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tiers[991] ». Dans le cadre des SDT, une attention particulière devra être portée au fait qu'aucun document communiqué ne mentionne l'identité de la personne à l'origine de demande de placement[992].

Au regard de ces différentes informations, nous constatons que la procédure pour demander l'accès au dossier du patient demeure simple et accessible. Que ce soit par le biais de la technique législative, judiciaire ou contractuelle, les procédures sont suffisamment variées pour répondre aux demandes de chaque patient. Cependant, si les demandes n'entrainent pas de difficultés, le retour d'information peut entrainer des conflits.

B : Des difficultés d'accès récurrentes

Un retour d'information complexe à obtenir. Une fois la demande de dossier adressée, elle doit faire l'objet d'un retour de la part de l'établissement ou du professionnel de santé. En pratique, les modalités de la remise peuvent être soumises à des difficultés pratiques et matérielles, en particulier dans la situation des patients DSPSC (1). Par ailleurs, il arrive qu'il ne soit pas fait droit à la demande formulée. En pareille circonstance, l'exercice de différentes voies de recours s'impose dans les conditions de droit commun (2).

[991] Article L. 1111-7 du CSP.
[992] CADA, 17 février 2005, Avis n° 20050872. En l'espèce, elle considère que l'identité du tiers demandeur constitue une « information relative à un tiers », qui, à ce titre, n'est pas communicable au patient qui en ferait la demande.

1) Les difficultés inhérentes à l'entrée en possession du dossier médical

Le principe d'un accès sur place ou par envoi. Selon l'article R. 1111-2 alinéa 1 du CSP, « à son choix, le demandeur obtient du professionnel de santé ou de l'établissement de santé communication des informations demandées, soit par consultation sur place, avec, le cas échéant, remise de copies de documents, soit par l'envoi de copies des documents ». Avec les évolutions technologiques, la consultation des informations demandées par voies électroniques est également envisageable[993]. Si la diversification des méthodes de communication est opportune, nous pouvons regretter certaines imprécisions. En effet, en cas de demande de transmission par voie postale, aucune disposition ne vient encadrer le montant des frais de reprographie et d'envoi[994]. Dans la pratique professionnelle, nous constatons que le coût des copies est variable[995] et que les tarifs pratiqués au sein des différents établissements de santé diffèrent[996]. Comme le contenu du dossier d'un patient peut être particulièrement dense, le coût de cette demande ne doit pas constituer un frein à l'exercice du droit d'accès au dossier médical. Cependant, à l'égard des patients DSPSC, ces procédures ne semblent pas adaptées.

La consultation sur place : une possibilité adéquate pour les patients en SPSC. La consultation sur place du dossier du patient offre l'avantage de pouvoir demander au médecin des explications directes sur les différentes pièces présentées. Encore faut-il pouvoir se déplacer à l'établissement de santé. Pour les patients admis en SPSC, les difficultés sont limitées. En effet, sauf hypothèse de contention ou d'isolement, ils peuvent sortir de leur chambre et se déplacer. Dans le cadre d'une hospitalisation complète, le patient peut être amené à la consultation du dossier au même titre que tout autre soin. Il en va de même dans le cadre des soins en ambulatoire où ce rendez-vous peut être programmé.

---

[993] Article R. 1111-2 alinéa 2 du CSP. Sur ce point, la mise en place d'une messagerie sécurisée sur « Mon espace santé » devrait permettre de faciliter ces échanges. Cependant, dans le cadre des soins en milieu pénitentiaire et des SPSC, de nombreuses difficultés entourent ce point. Cette thématique sera abordée dans la Partie II de ce travail.

[994] Avant la loi n° 2021-1017 du 2 aout 2021 relative à la bioéthique, le dernier alinéa de l'article L. 1111-7 du CSP disposait que « lorsque le demandeur souhaite la délivrance des copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent pas excéder le coût de la reproduction et, le cas échant, de l'envoi de document ». Cette disposition ayant été abrogée, seul demeure la disposition suivante : « la consultation sur place des informations est gratuite ». Il y a donc un vide juridique quant aux frais éventuellement supportés par le patient en cas de demande de copies par courrier. Aussi, du fait de la suppression d'une partie du dernier alinéa de l'ancien article L. 1111-7 du CSP, certains établissements ne facturent plus aucune demande. Tel est le cas par exemple du CHU de Montpellier.

[995] Le coût d'une copie d'ordonnance, qui par définition est un document papier, est moins élevé que la copie des documents d'imagerie médicale qui sont réalisés sur des supports spéciaux.

[996] À titre d'exemple, les tarifications pratiquées en la matière au CHU de Bordeaux pour l'année 2024 sont consultables à l'adresse suivante : https://www.chu-bordeaux.fr/CHU-de-Bordeaux/Publications-l%C3%A9gales/Guide-de-la-tarification/

La consultation sur place : une démarche plus complexe pour les patients détenus. Pour les patients détenus, la mise en œuvre de cette démarche semble plus complexe. Deux situations sont à distinguer : la consultation du dossier médical tenu par l'USMP[997] et la consultation du dossier médical tenu par l'établissement de santé. Dans la première hypothèse, la demande du patient peut être satisfaite dans les conditions de droit commun[998] en programmant un rendez-vous. Dans le second cas, seule une autorisation de sortie permettrait au patient détenu d'honorer le rendez-vous fixé. Bien qu'elle ne soit pas impossible, les chances de son obtention, en pareilles circonstances, sont plutôt faibles. Une communication indirecte doit être privilégiée. L'article L. 1111-7 du CSP offre la possibilité au patient d'accéder à ces informations « par l'intermédiaire d'un médecin qu'il désigne ». De ce fait, par le biais du secret médical partagé[999], la transmission d'informations devrait pouvoir s'effectuer[1000].

La communication par correspondance : une possibilité potentiellement soumise au contrôle. Par rapport à l'hypothèse d'une communication par correspondance, les difficultés en la matière sont les mêmes que celles évoquées dans le cadre du droit à la correspondance. À l'égard de la communication par voie postale, si elle n'est pas impossible, elle peut faire l'objet d'un contrôle. Qu'il s'agisse du directeur de l'établissement de santé ou de l'établissement pénitentiaire, chacun peut prendre la décision de ne pas transmettre ledit courrier s'il estime que les informations transmises risquent d'entrainer un trouble.

Si dans la majorité des cas la transmission des informations se réalise sans difficulté, des défaillances peuvent parfois être observées et justifier l'ouverture d'un contentieux.

[997] Article D. 115-9 du Code pénitentiaire.
[998] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 69.
[999] L'article L. 1110-4 du CSP précise les conditions d'échange et de partage des informations relatives à une personne dans le cadre de sa prise en charge. Les professionnels de santé peuvent échanger avec d'autres professionnels identifiés des informations relatives à la personne prise en charge, à condition que ceux-ci y participent et que les informations concernées soient strictement nécessaires à la coordination, à la continuité des soins et au suivi du patient. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 72.
[1000] Par ailleurs, des réflexions sont actuellement menées sur plusieurs établissements de santé pour tenter de créer un « intranet » commun entre l'établissement de santé référent et l'USMP de l'établissement pénitentiaire afin que la communication des informations se fasse de manière plus rapide et fluide. Outre un meilleur suivi médical, un tel protocole aurait le mérite de pouvoir faciliter l'accès du patient détenu à son dossier dans la mesure où cette dernière pourrait se faire au sein des locaux de l'USMP.

2) L'exercice des voies de recours

Un délai de transmission nécessaire. Le délai de transmission prévu par l'alinéa 2 de l'article L. 1111-7 du CSP[1001] peut être perçu comme une limite aux droits des patients. Cependant, dans la mesure où certaines informations ne peuvent être communiquées et que sur le plan logistique, il n'est pas obligé que la conservation des dossiers se fasse sur site, la fixation d'un délai apparait nécessaire. De plus, en imposant aux établissements de santé et aux professionnels de s'exécuter dans un temps limité, est renforcée l'idée selon laquelle le droit relatif à la consultation du dossier médical est un droit-créance. Malheureusement, dans la pratique, ces délais ne sont pas toujours respectés.

L'ouverture de la procédure amiable. Dans cette hypothèse, une procédure peut être intentée par le patient. Dans un délai de 2 mois[1002] suivant le refus de transmission de la part de l'établissement, le patient peut s'adresser à la CADA dans le cadre d'une prise en charge par un établissement public de santé ou à la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL) si sa prise en charge relève du privé. Notons que dans le cadre d'une prise en charge par un établissement public de santé, cette démarche préalable est impérative avant toute action devant le juge administratif[1003]. Les deux commissions disposent alors d'un délai d'un mois pour faire connaître leur avis. Comme il s'agit d'un avis, il ne dispose pas d'un caractère contraignant. De ce fait, si en dépit d'un avis favorable, la transmission des documents demandés ne s'est pas réalisée dans un délai de 2 mois après l'avis de la commission, le patient ou son représentant est habilité à engager une action contentieuse.

L'ouverture de l'action contentieuse. La conduite d'une action contentieuse est particulièrement délicate car elle matérialise la rupture de l'alliance thérapeutique créée entre le patient et le professionnel de santé. Si le patient est pris en charge par un établissement public de santé, son action sera exercée devant le Tribunal administratif. S'il s'agit d'un établissement privé de santé, le Tribunal judiciaire sera compétent. Les deux

[1001] En somme, le patient « peut accéder à ces informations (…) au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des soins psychiatriques est saisie ».
[1002] Article R. 343-1 du Code des relations entre le public et l'administration.
[1003] Article L. 342-1 du Code des relations entre le public et l'administration.

contentieux obéiront aux règles procédurales classiques inhérentes à l'ordre administratif et judiciaire.

Une information défaillante sur les voies de recours. Si la procédure énoncée est claire, encore faut-il que cette dernière soit connue des patients DSPSC. À cet égard, le CGLPL recommande que les modalités d'accès au dossier du patient ainsi que les éventuels recours pouvant être intentés si besoin soient systématiquement inclus dans le livret d'accueil de l'établissement[1004]. Cependant, le CGLPL a constaté plusieurs carences dans la remise, pourtant obligatoire, de ce document[1005]. Cette atteinte se caractérise tant à l'égard des patients détenus admis à l'extérieur de l'établissement carcéral[1006], que des patients admis en SPSC[1007]. Par ailleurs, la mise à jour du Guide du détenu arrivant[1008] en mai 2023[1009] ne mentionne pas non plus ce point. Une fois encore, si ce dernier n'est pas pleinement informé de ses droits, la protection des intérêts du patient reposera sur la bienveillance des professionnels de santé qui le prennent en charge, de ses proches et/ou de son conseil. Il est entendu qu'une telle situation ne peut être qualifiée de satisfaisante et justifie pleinement le renfort des garanties accordées aux patients DSPSC.

[1004] En l'espèce, est fait référence ici au livret d'accueil remis au patient hospitalisé. CGLPL, *Rapport d'activité 2011*, Paris, Dalloz, 2012, p. 209.
[1005] CGLPL, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 31.
[1006] *Ibidem.*
[1007] Dans le cadre des recommandations en urgence formulées à l'encontre du centre de santé mentale Jean-Baptiste Pussin à Lens, le CGLPL souligne qu'aucun livret d'accueil n'est remis. CGLPL, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 53. Des remarques similaires ont également été soulignées à l'égard de l'EPSM de La-Roche-sur-Yon. GLPL, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 62.
[1008] Au même titre qu'un livret d'accueil, ce guide contient les principales règles de vie de l'établissement pénitentiaire et énumère les droits et les obligations de la personne détenue. Il comporte 4 grandes parties : l'incarcération, le quotidien, les règles de vie et la vie en établissement pénitentiaire. Ce guide est disponible en français, arabe, chinois, allemand, anglais, italien, espagnol, portugais, roumain et russe. https://www.justice.gouv.fr/je-suis-detention-guide-du-detenu-arrivant
[1009] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Je suis en détention. Guide du détenu arrivant*, 8ème éd., mai 2023.

Conclusion Titre II

Des atteintes plus nombreuses à l'égard de l'expression du patient. Bien que la quasi-totalité des droits inhérents à l'expression des patients soit reconnue à l'égard des patients DSPSC, leur effectivité est loin d'être pleinement actée. Les spécificités induites par les impératifs sécuritaires et sanitaires qui entourent ces lieux singuliers mettent à mal ces différentes prérogatives. Si des efforts ont pu être observés, ces derniers sont encore trop insuffisants pour pouvoir affirmer pleinement l'effectivité de l'expression du patient retenu dans ces lieux. Pourtant, c'est dans cette expression que les fondamentaux de la relation médicale se construisent. En effet, l'information du patient et le consentement de ce dernier sont les piliers fondamentaux sur lesquels toute prise en charge se fonde. Une défaillance en la matière risque de compromettre le déroulé des soins, mais aussi la confiance du patient envers les professionnels de santé. Si le rappel régulier ainsi que la mise en œuvre de bonnes pratiques professionnelles peuvent tendre à atténuer ces difficultés, ces solutions sont néanmoins disparates. Elles reposent sur une adhésion des professionnels à un discours qui n'a pas de force contraignante, contrairement à la loi. Compte tenu de la vulnérabilité des patients DSPSC, un accroissement des inégalités de traitement n'est pas une solution opportune. En conséquence, il appartient au législateur ainsi qu'aux différents acteurs du soin de trouver ensemble les solutions les plus adéquates et adaptées à la situation des patients DSPSC afin de renforcer les différents droits qui leur sont reconnus.

Conclusion Partie I

Des patients à part entière. Au regard des acteurs ainsi que des établissements qui assurent la prise en charge des patients DSPSC, leur intégration pleine et entière à notre système de santé est pleinement effective. Elle ne se limite pas au simple aspect médical. Elle s'applique également vis-à-vis de la société. En effet, en dépit des murs et des barreaux qui entourent leur lieu de vie respectif, ces patients demeureront toujours des personnes humaines à part entière, qui aspirent à réintégrer la société. En conséquence, la reconnaissance du droit le plus fondamental de l'Homme, à savoir la protection de sa personne humaine, ainsi que la reconnaissance du droit le plus fondamental du patient, à savoir la protection de sa santé, constituaient des préalables indispensables. Cette reconnaissance, bien que construite sur plusieurs siècles, demeure cependant encore fragile.

L'influence délétère de la crise du monde sanitaire. Malgré les nombreux efforts initiés pour proposer une offre de soins équivalente à celle proposée en milieu libre, nous avons pu observer que les contraintes, essentiellement sécuritaires, mettaient à mal cette volonté. Ces difficultés sont accentuées par les difficultés humaines et matérielles connues en milieu libre. Cette regrettable situation ne doit pas servir de fait justificatif pour ignorer la situation, souvent précaire, voire inhumaine, dans laquelle les patients DSPSC se trouvent. Au même titre que pour les problématiques sanitaires en milieu libre, des solutions doivent être instaurées afin que les efforts initiés pour transposer les dispositions de droit commun aux patients DPSC ne soient pas vains. Cette dynamique s'inscrit dans l'idéal de la démocratie sanitaire qui est de protéger les populations les plus vulnérables et de tendre à une égalité en matière de santé[1010].

La nécessité d'une nouvelle approche pluridisciplinaire. Pour tenter de résoudre ces difficultés, une prise de conscience de la part des différentes autorités nationales s'impose. Elle doit permettre de rendre effectifs les droits consacrés à l'égard des patients DSPSC. Si des restrictions de ces derniers se conçoivent aisément, la prise en compte de l'impératif sécuritaire ne doit pas servir de garde-fou constant pour justifier les

[1010] DEMAILLY Lise, « Variations de la "démocratie sanitaire" et politique publique de santé mentale en France », *SociologieS*, 18 juin 2014, (en ligne). https://doi.org/10.4000/sociologies.4653

différentes atteintes opérées. La recherche du meilleur équilibre entre les impératifs sécuritaires et sanitaires d'un côté et le respect des droits des patients DSPSC de l'autre ne peut être envisagée sans une concertation pluridisciplinaire réussissant tous les acteurs concernés par cette question. Si les patients ainsi que les professionnels de santé sont en première ligne pour la conduite de cette concertation, les gouvernances des établissements de santé et pénitentiaires, ainsi que les autorités publiques sont également concernées. Cependant, face à la crainte qu'inspirent les personnes détenues ou admises en SPSC, il n'est pas certain que ces interrogations soient une priorité pour les autorités nationales. Dans ce contexte, l'intervention de plusieurs acteurs pour tenter de protéger les différents droits énoncés s'impose.

Partie II : L'effectivité des droits des patients DSPSC

L'influence du mal-être général du système de santé sur les droits des patients. Selon l'OMS, la notion de système de santé désigne « l'ensemble des organisations, des institutions, des ressources et des personnes dont l'objectif principal est d'améliorer la santé[1011] ». Appliquée à notre système, cela regroupe quatre catégories d'acteurs : les offreurs de soins[1012], les producteurs de biens et services en santé[1013], les institutions publiques[1014] et les financeurs[1015]. Leur action a pour seule finalité de pouvoir assurer le droit à la protection de la santé à l'égard de l'ensemble des bénéficiaires du système de santé. Cette idée est exprimée à l'article L. 1110-1 du CSP. Cependant, la réduction des moyens humains et financiers semble caractériser l'essentiel des politiques sanitaires menées au cours des dernières années[1016]. Pourtant, la demande de soins exprimée par la population est de plus en plus importante. Un exemple très révélateur est apparu dans le cadre des soins psychiatriques à la suite de la crise sanitaire de 2020[1017]. Cette inadéquation entre les ressources dont disposent les établissements de santé et les attentes sanitaires exprimées créée un climat délétère qui se traduit notamment par des

[1011] https://www.who.int/europe/news-room/fact-sheets/item/health-and-social-care-systems

[1012] Selon le ministère de la Santé, la notion d'offreurs de soins regroupe : « des professions médicales et pharmaceutiques (médecins, pharmaciens, chirurgiens-dentistes, sages-femmes), des auxiliaires médicaux (infirmières, masseurs-kinésithérapeutes, orthophonistes, etc.) aux statuts et aux modes d'exercices divers : libéraux, salariés ou mixtes ; des établissements de santé couvrant des champs d'intervention différents (hospitalier, médico-social), avec des statuts qui peuvent être publics ou privés, lucratifs ou non lucratifs ; des réseaux de santé pluridisciplinaires regroupant des médecins, des infirmières et d'autres professionnels (travailleurs sociaux, personnel administratif, etc.) constitués pour favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge ; des structures de prévention : services de santé au travail, médecine scolaire, services de protection maternelle et infantile, structures de dépistage, etc ». https://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais.

[1013] Il s'agit en l'espèce de l'ensemble des acteurs qui relève de l'industrie pharmaceutique.

[1014] Ces dernières peuvent avoir plusieurs missions. Elles peuvent organiser « le système tant au niveau national (ministère en charge de la santé) que régional (agences régionales de santé – ARS) ou départemental (conseils départementaux dans le domaine de l'action sanitaire et sociale) » ; conseiller ou aider « à l'organisation (Haut Conseil de la santé publique, Santé publique France, Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux, etc.) » ; contrôler et orienter certaines de nos institutions comme le Parlement. https://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais.

[1015] Ces derniers ont différents statuts. Il y a : « les assurances maladies obligatoires, constituées du Régime général d'assurance maladie, de la Mutualité sociale agricole (MSA) et de certains régimes spéciaux ; des assurances maladies complémentaires (mutuelles, assurances privées, institutions de prévoyance) et les ménages. https://www.vie-publique.fr/fiches/37853-definition-et-acteurs-du-systeme-de-sante-francais.

[1016] À la suite de la crise sanitaire de 2020, nous avons pu constater l'instauration de plusieurs politiques de santé réfutant quelque peu cette approche et tendant à augmenter les ressources humaines et financières au sein des établissements de santé. Malgré ces apports, les tensions demeurent et la « crise de l'hôpital » semble loin d'être réglée. Sur cette question, V. notamment JOMIER Bernard, DEROCHE Catherine, *Rapport sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France*, Rapport remis au Sénat le 29 mars 2022, n° 587.

[1017] En 2016, un français sur cinq souffrait de « troubles mentaux ». Cette même année, 342 000 patients ont été pris en charge sous la forme d'une hospitalisation complète. 80 000 d'entre elles relevaient du régime des soins psychiatriques sans consentement. V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Dalloz, Paris, 2020, p. 1.

atteintes récurrentes aux différents droits du patient. Sur ce point, les patients DSPSC ne font pas exception. Leur vulnérabilité les expose même à un risque d'atteinte plus accru que les patients en milieu libre (Titre I).

Face à cet état de fait, devons-nous considérer que les droits du patient, énoncés et reconnus sur le plan législatif il y a 20 ans, sont « en fin de vie » ? La réponse se doit d'être négative. Avec l'influence de la jurisprudence, de plus en plus de mécanismes sont instaurés par le législateur pour donner aux patients la possibilité de défendre leurs droits, y compris pour les patients DSPSC (Titre II).

Titre I : L'effectivité fragilisée des droits des patients DSPSC

Des patients soumis aux aléas des politiques de santé. Dans la mesure où les patients DSPSC sont pleinement associés à notre système de santé, leur prise en charge est intégrée aux diverses politiques de santé[1018] conduites par le pouvoir exécutif. Elles s'inscrivent dans une stratégie nationale de santé qui « détermine, de manière pluriannuelle, des domaines d'actions prioritaires et des objectifs d'amélioration de la santé et de la protection sociale contre la maladie[1019] », pour une durée maximale de dix ans[1020]. Si sa définition et sa conduite appartiennent au Gouvernement, ses déclinaisons au niveau local relèvent, depuis la loi HPST[1021], de la compétence des agences régionales de santé (ARS). Par cette décentralisation[1022], l'objectif est d'adapter, sur le plan local, la politique de santé instaurée sur le plan national, en tenant compte des spécificités du territoire, tant sur le plan des besoins de la population que des moyens humains, matériels et techniques. Bien que cette approche soit *a priori* idéale pour adapter le projet régional de santé (PRS), cette organisation n'est pas toujours bénéfique pour le patient. Cette réalité se révèle lorsqu'elle s'inscrit dans un cadre particulièrement strict et encadré. Tel est le cas de l'organisation des soins psychiatriques ainsi qu'en milieu pénitentiaire (Chapitre I).

Des pratiques professionnelles impactées par les politiques de santé. De plus, comme le souligne la définition du système de santé, ce dernier ne peut être résumé aux structures matérielles qui le composent. Il repose également sur des moyens humains. Ces derniers sont également soumis aux politiques de santé et peuvent, à ce titre, être affectés dans leurs pratiques. Dans le cadre de la mise en place des groupements hospitaliers de territoire (GHT)[1023], nous avons observé des fermetures de services au sein de plusieurs

[1018] La notion de politique de santé ainsi que son contenu sont définis à l'article L. 1411-1 du CSP.
[1019] Article L. 1411-1-1 du CSP.
[1020] Article R. 1411-1 du CSP.
[1021] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[1022] Système d'administration consistant à permettre à une collectivité humaine (décentralisation territoriale) ou à un service (décentralisation technique) de s'administrer eux-mêmes sous le contrôle de l'État, en les dotant de la personnalité juridique, d'autorités propres et de ressources. L'autonomie des collectivités territoriales a été accentuée par la loi du 2 mars 1982 (« Loi Defferre ») et les textes subséquents. Depuis sa révision en 2003, la Constitution dispose que la déconcentration est le principe d'organisation de la France. GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème édition, Paris, Dalloz, p. 336.
[1023] La mise en œuvre des GHT est issue de la loi du 26 janvier 2016.

établissements de santé et des personnels réaffectés au sein d'autres sites du GHT[1024]. Bien que majoritairement guidés par la philosophie du « prendre soin », ces changements ont impacté les praticiens dans leurs pratiques professionnelles. La recherche d'une performance économique au détriment du « prendre soin » peut également nuire à la bonne prise en charge des patients lorsqu'elles portent atteinte aux prérogatives reconnues par le législateur (Chapitre II).

[1024] Tel est le cas par exemple du centre hospitalier intercommunal (CHI) de Meulan – Les Mureaux dont la quasi-totalité du service de maternité a été transférée au CHI de Poissy-St Germain en Laye.

Chapitre I : Une effectivité affaiblie par l'organisation des soins

L'intégration des patients DSPSC au PRS. L'ARS est chargée de la répartition de l'offre de soins au sein de son territoire géographique dans le cadre de son PRS. Selon l'article L. 1434-1 du CSP, « le projet régional de santé définit, en cohérence avec la stratégie nationale de santé et dans le respect des lois de financement de la Sécurité sociale, les objectifs pluriannuels de l'agence régionale de santé dans ses domaines de compétences ainsi que les mesures tendant à les atteindre ». Dans la mesure où la prise en charge des patients DSPSC est intégrée à notre système de santé, la répartition de l'offre de soins sur le territoire est donc une question inhérente à la qualité de leur prise en charge (Section 1).

Des droits affectés par la répartition des pouvoirs médico-administratifs. Si la question de l'organisation de l'offre de soins se focalise généralement sur l'aspect matériel, la particularité des patients DSPSC nous invite à avoir une vision plus large. À côté de l'influence des politiques sanitaires, l'organisation des soins en institution psychiatrique et carcérale est également soumise à une autre difficulté : celle de la répartition des pouvoirs. Si dans le cadre du droit commun, la coordination du parcours de soins appartient au médecin traitant, les soins dispensés à l'égard des patients DSPSC sont soumis à la protection de l'ordre public et au maintien de l'impératif sécuritaire. Cette influence est à l'origine d'une articulation complexe entre les compétences administratives et médicales. Cette dernière peut être à l'origine de nombreuses atteintes à l'égard des patients et de leurs droits (Section 2).

Section 1 : L'influence de l'inégale répartition de l'offre de soins

Une répartition au service de l'égal accès aux soins. La notion de répartition désigne une « action de répartir, de partager quelque chose, une manière dont une chose est répartie, partagée[1025] ». Mise en perspective avec la devise de notre République « Liberté, Égalité, Fraternité », l'objectif de la répartition de l'offre de soins serait d'assurer à toute personne sur notre territoire une égalité dans l'accès aux soins et dans la qualité de ces derniers. Si ce principe est reconnu à l'article L. 1110-1 du CSP, son effectivité, dans le cadre des soins en milieu carcéral et des SPSC, soulève plusieurs interrogations. Que ce soit par le biais de la loi ou de la technique contractuelle, l'offre de soins à destination des patients DSPSC se répartit selon un « territoire spécial de santé » (§ 1). De plus, au regard des besoins croissants exprimés, il apparait que cette organisation n'est pas satisfaisante. Elle peut même être qualifiée d'insuffisante justifiant le déploiement de nouvelles structures (§ 2).

§ 1 : Une offre de soins circonscrite à un territoire spécial de santé

Un territoire de santé spécial pour les soins psychiatriques et les soins en milieu carcéral. La notion de « territoire de santé » fut introduite par l'ordonnance du 4 septembre 2003[1026] et succéda à la loi Boulin de 1970[1027] qui avait mis en place le « secteur sanitaire ». Depuis cette date, toute notre offre de soins suit cette dynamique. Cette dernière a d'ailleurs été renforcée par la loi de modernisation de notre système en

[1025] *Trésor de la langue française* (en ligne), V° Répartition.
[1026] Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n° 206 du 5 septembre 2003, Texte n° 3.
[1027] Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF du 3 janvier 1971.

2016 avec la transformation des territoires de santé en « territoire de démocratie sanitaire », ainsi que par la mise en place des projets territoriaux de santé en 2019[1028].

Afin de faciliter la compréhension et l'organisation des soins psychiatriques, l'idéal aurait été d'intégrer entièrement la psychiatrie à ce dispositif. Au regard de notre organisation actuelle, ce point n'est pas encore acté. La psychiatrie continue de disposer de son propre « territoire de santé » matérialisé par le secteur psychiatrique (A). Cette spécificité n'est pas unique. Dans une certaine mesure, les soins en milieu carcéral sont administrés dans le cadre d'un territoire particulier, déterminé par une convention entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé de rattachement (B).

A : Le principe de la sectorisation des soins psychiatriques

Les sources de la sectorisation en psychiatrie. Pendant plusieurs siècles, les hôpitaux et les Hôtels-Dieu n'ont été que des « mouroirs pour indigents et incurables[1029]». Il a fallu attendre ESQUIROL pour que la psychiatrie trouve ses lettres de noblesse au sein de notre système de santé avec la loi du 30 juin 1838. Outre la mise en place d'un premier cadre juridique pour les patients atteints de troubles mentaux, initialement désignés sous le terme d'aliénés, la loi ESQUIROL esquissa les bases de la sectorisation des soins en psychiatrie. Son premier article disposait que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département ».

La sectorisation d'après-guerre. Après 1945, la pratique fut invitée à réfléchir à une nouvelle forme de prise en charge des patients atteints de troubles mentaux. Parmi les approches suggérées, nous pouvons citer la psychothérapie institutionnelle définie par Jean OURY comme une « méthode permettant de créer une aire de vie avec un tissu

[1028] Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n° 0172 du 26 juillet 2019, Texte n° 3.
[1029] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Dalloz, Paris, 2020, p. 5.

interrelationnel, où apparaissent les notions de champ social, de champ de signification, de rapport complémentaire, permettant la création de champs transférentiels multifocaux[1030]». Elle « repose sur le double constat qu'un patient conserve toujours dans sa maladie une partie saine à laquelle les soignants vont s'adresser et sur la capacité de ce patient à " institutionnaliser " des investissements sur différents objets transférentiels[1031]». Par cette approche, l'objectif est d'offrir au patient un cadre de soins le plus proche de son environnement habituel[1032]. À l'heure actuelle, cette démarche trouve un important écho avec le développement de la prise en charge des soins en ambulatoire. Si la sectorisation demeure le principe historique d'organisation des soins psychiatriques (1), les évolutions législatives tendent à assouplir ce dispositif, créant certaines confusions (2).

1) L'ancrage historique du secteur psychiatrique

La première étape de la construction du secteur psychiatrique : la circulaire du 15 mars 1960. Les prémices de la sectorisation en psychiatrie sont apparues avec la circulaire du 15 mars 1960[1033]. Elle affichait un objectif qui se voulait prometteur à savoir « la mise en place d'un dispositif mieux adapté et plus efficace que jusqu'à présent, et constituant véritablement une organisation de lutte contre les maladies mentales ». Pour mener à bien ce projet, l'idée énoncée était de « diviser le département en un certain nombre de secteurs géographiques, à l'intérieur desquels la même équipe médico-sociale devra assurer pour tous les malades, hommes et femmes, la continuité indispensable entre le dépistage, le traitement sans hospitalisation quand il est possible, les soins avec hospitalisation et, enfin, la surveillance postcure ». Se rajoutait à cette architecture la division classique entre le traitement des mineurs et des adultes. À cette occasion, furent également dessinées les prémices d'une approche pluridisciplinaire et ambulatoire des SPSC. Elle énonçait que « l'hospitalisation du malade mental ne constitue plus désormais

[1030] OURY Jean, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Payot, Paris, 1976.
[1031] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Dalloz, Paris, 2020, p. 6.
[1032] *Ibidem.*
[1033] Circulaire du 15 juin 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales (non parue au JO). Cette disposition fait suite au décret du 20 mai 1955 (Décret n° 55-571 du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales prit dans le cadre des pouvoirs spéciaux accordés au gouvernement par la loi 55349 du 02-04-1955, JORF du 21 mai 1955).

qu'une étape du traitement, qui a été commencé et devra être poursuivi dans les organismes de prévention et de postcure ». Cette première étape, qui partage de nombreuses lignes communes avec l'organisation que nous connaissons à l'heure actuelle, a été renforcée en 1985.

1985 : année de la consolidation législative du secteur psychiatrique. L'année 1985 marqua un tourant dans le cadre de l'organisation des soins psychiatriques. Ce dernier s'effectua tout d'abord avec la loi n° 85-572 du 25 juillet 1985[1034]. Dans son article 8, le secteur psychiatrique est identifié comme « le mode d'organisation de base de la psychiatrie publique ». Il a pour mission « d'assurer la continuité des actions de prévention, de diagnostic et de soins pour une population résidant dans une aire géographique donnée ». Pour adapter cette mission au plus près de la réalité du terrain, un conseil départemental de santé mentale (CDSM)[1035] est créé dans chaque département. Par la suite, ces dispositions ont été complétées avec la loi du 31 décembre 1985[1036]. Cette loi est considérée comme le socle organisationnel de notre psychiatrie. L'article 5 énonce qu'« il est institué (…), une carte sanitaire de la France déterminant des régions et des secteurs sanitaires ainsi que des secteurs psychiatriques ». La terminologie employée n'est pas anodine et fait référence aux transformations territoriales connues quelques années plus tôt avec la loi du 2 mars 1982[1037] qui reconnut aux régions le statut de collectivité territoriale[1038].

Au-delà de l'instauration d'une offre de soins complète et adéquate par secteur, l'objectif de cette mesure était de « maintenir un lien médico-soignant-soigné[1039]». Cependant, cette dynamique est contradictoire avec la diminution du nombre de lits initiée déjà à cette époque[1040] dans ce secteur.

[1034] Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF n° 0172 du 26 juillet 1985.
[1035] Par la suite, les CDSM ont été remplacés par des commissions régionales de concertation en santé mentale par un décret du 6 mai 2005 (décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique « deuxième partie : Décrets en Conseil d'État » et le code de l'action sociale et des familles « deuxième partie : partie Réglementaire »). Ces dernières ont également été supprimées dans le cadre du décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.
[1036] Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, JORF du 1er janvier 1986, Texte n° 2.
[1037] Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, JORF du 3 mars 1982, Texte n° 1.
[1038] Depuis la révision constitutionnelle du 28 mars 2003, la région, au même titre que la commune et le département, est qualifiée de « *collectivité territoriale de la République* » selon les dispositions de l'article 72 de la Constitution.
[1039] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Dalloz, Paris, 2020, p. 7.
[1040] Cette politique de santé doit être mise en perspective avec les évolutions médicales en la matière. En effet, à partir des années 1950, des neuroleptiques puis des antidépresseurs ont permis de prévenir les crises liées à nombre de pathologies ou d'en atténuer les effets les plus graves, favorisant ainsi le maintien de la vie sociale du malade. COUTURIER Mathias, « Soins psychiatriques sans consentement », Fasc. N° 10, *JCP* Annexes.

Une sectorisation actuelle pilotée par l'ARS. Aujourd'hui, la sectorisation des soins psychiatriques repose sur la combinaison des articles L. 3221-4 et R. 6122-22 4° du CSP. À cette fin, l'ARS attribue à certains établissements de santé habilités à dispenser des soins en psychiatrie une « mission de psychiatrie de secteur [qui] consiste à garantir à l'ensemble de la population : un recours de proximité en soins psychiatriques […] ; l'accessibilité territoriale et financière des soins psychiatriques ; la continuité des soins psychiatriques, notamment pour les patients dont les parcours de santé sont particulièrement complexes[1041], y compris par recours à l'hospitalisation, avec ou sans consentement, en assurant si nécessaire l'orientation vers d'autres acteurs afin de garantir l'accès à des prises en charge non disponibles au sein des établissements assurant la mission de psychiatrie de secteur ». En outre, la notion de secteur psychiatrique est subdivisée en plusieurs catégories afin de tenir compte de la spécificité de chaque population. On retrouve ainsi le secteur de psychiatrie générale, le secteur de psychiatrie infanto-juvénile et le secteur de psychiatrie en milieu pénitentiaire[1042].

La double identité actuelle du secteur psychiatrique. En conséquence, le secteur psychiatrique[1043] peut se définir de deux manières : « on peut [le] considérer comme une notion géographique et démographique, c'est alors l'aire géodémographique desservie par un dispositif de soins psychiatriques ; ou bien on peut mettre l'accent sur les modalités thérapeutiques spécifiques mises en œuvre par ce dispositif [1044]». Cette idée est reprise dans la définition du projet territorial de santé mentale (PTSM) dont l'objet est « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ; élaboré et mis en œuvre à l'initiative des professionnels et établissements travaillant dans le champ de la santé mentale à un niveau territorial suffisant pour permettre l'association de l'ensemble des acteurs mentionnés à l'article L. 3221-1 et l'accès à des modalités et techniques de prise en charge diversifiées[1045] ». Si le principe de

[1041] Selon l'article 74 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016, « le parcours de santé est dit complexe lorsque l'état de santé, le handicap ou la situation sociale du patient rend nécessaire l'intervention de plusieurs catégories de professionnels de santé, sociaux ou médico-sociaux ».

[1042] Article R. 3221-1 du CSP : « Les secteurs psychiatriques prévus à l'article L. 3221-4 sont appelés : 1° Secteurs de psychiatrie générale lorsqu'ils répondent principalement aux besoins de santé mentale d'une population âgée de plus de seize ans; 2° Secteurs de psychiatrie infanto-juvénile lorsqu'ils répondent aux besoins de santé mentale des enfants et adolescents; chaque secteur de psychiatrie infanto-juvénile correspond à une aire géographique desservie par un ou plusieurs secteurs de psychiatrie générale; 3° Secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire lorsqu'ils répondent aux besoins de santé mentale de la population incarcérée dans les établissements relevant d'une région pénitentiaire ».

[1043] Sur cette question, V. notamment THÉRON Sophie, « Le parcours du patient en psychiatrie et santé mentale : quelles singularités ? », *RDSS*, 2021, p. 405 ; COUTURIER Mathias, « La nouvelle politique de santé mentale finalisée », *DP santé*, Bull. n° 285, octobre 2017, p. 7.

[1044] PETITJEAN François, LEGUAY Denis, « Sectorisation psychiatrique : évolution et perspectives », *Annales médico-psychologiques*, Elsevier, n° 160, 2002, pp. 786-793.

[1045] Article L. 3221-2 I du CSP.

la sectorisation des soins psychiatriques demeure, le législateur a néanmoins introduit quelques dispositions dérogatoires.

2) La complexe réalisation de soins psychiatriques hors secteur

Un objectif initial mis à mal. Initialement, la sectorisation du secteur psychiatrique tendait au développement d'une offre de soins complète par secteur ainsi qu'au maintien d'un lien médico-soignant-soigné[1046]. Si cet objectif est louable, le CGLPL a récemment pointé plusieurs faiblesses qui mettent à mal cette dynamique espérée et qui portent atteinte aux droits des patients en SPSC[1047]. En effet, outre les difficultés liées aux évolutions démographiques, la sectorisation a conduit à une division des soins entre le secteur public et privé.

Un mépris délétère des SPSC par le secteur privé. L'intervention des établissements privés de santé dans les soins psychiatriques a été réformée par un décret du 21 décembre 2015[1048]. Ce dernier doit disposer en permanence d'un infirmier[1049] et d'un « médecin spécialiste qualifié en psychiatrie[1050] ». Si les conditions semblent réunies pour délester les établissements publics de santé, les SPSC sont presque exclusivement assurés par les établissements publics de santé. En outre, il n'est pas rare que les établissements privés pratiquent des dépassements d'honoraires[1051]. Aussi, au regard de la précarité économique dans laquelle peuvent se trouver les patients en SPSC, il est rare que les établissements de santé privés concourent à leur prise en charge. Le secteur privé, non concerné par la sectorisation, semble davantage s'être tourné sur « les pathologies les moins lourdes, financièrement plus rentables, et concernant les personnes les plus socialement favorisées [1052]». Cette situation met à mal le principe d'égal accès aux soins, mais aussi la

[1046] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Dalloz, Paris, 2020, p. 7.
[1047] *Ibidem.*
[1048] Décret n° 2015-1721 du 21 décembre 2015 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé privés autorisés à exercer l'activité de soins de psychiatrie, JORF n° 0297 du 23 décembre 2015, Texte n° 55.
[1049] Article D. 6124-465 du CSP.
[1050] Article D. 6124-468 du CSP.
[1051] COUTURIER Mathias, « Soins psychiatriques sans consentement », Fasc. N° 10, *JCP* Annexes.
[1052] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Dalloz, Paris, 2020, p. 7.

possibilité de choisir librement son établissement de santé tel qu'énoncée à l'article L. 1110-8 du CSP.

Des dispositions législatives sources de confusions. Outre cette inégalité dans l'accès aux soins, il nous faut également évoquer la confusion induite par la rédaction de l'article L. 3211-1 du CSP. Selon ce dernier, « toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence ». À la lecture de cette disposition, tout patient souhaitant réaliser des soins psychiatriques pourrait demander sa prise en charge dans un établissement hors de son secteur psychiatrique, y compris dans le cadre des SPSC. Ainsi, dans le cadre des SDT, le tiers à l'initiative de la demande semble fondé à demander une admission du patient dans l'établissement le plus proche de son domicile afin de pouvoir maintenir des liens familiaux. Il peut également choisir l'établissement de santé le plus proche de celui du domicile du patient. Ce principe, bien que louable, comporte néanmoins des difficultés d'application[1053].

En 2021, sur les 1,84 million de personnes suivies en soins psychiatriques, environ 95 500 ont été prises en charge dans le cadre des SPSC[1054]. Compte tenu de ce nombre et du manque de structures adaptées[1055], il est très courant d'observer que les patients admis au sein des établissements soient exclusivement ceux qui relèvent du secteur psychiatrique dont ils dépendent. Un refus d'admission est souvent opéré lorsqu'un patient souhaite déroger à cette règle[1056]. Pourtant, la prise en compte de ce souhait faciliterait l'adhésion du patient aux soins, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre du PDS. En effet, il n'est pas rare de voir des mesures de soins ambulatoires échouées compte tenu des

[1053] Sur cette question, V. notamment HAMMOUCHE Brahim, FIAT Caroline, WONNER Martine, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale*, Rapport enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 septembre 2019, n° 2249.

[1054] COLDEFY Magali, GANDRÉ Coralie, RALLO Stéphanie, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre », *Question d'économie de la santé*, n° 269, juin 2022 (en ligne). https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/269les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-enpsychiatrie.pdf

[1055] En 2018, on comptait 552 établissements de santé qui dispensaient des soins de psychiatrie, dont environ 350 avec cette seule finalité thérapeutique. https://www.atih.sante.fr/actualites/chiffres-cles-2018-de-la-psychiatrie.

[1056] Une des rares situations dans laquelle la réalisation d'un soin psychiatrique hors secteur puisse effectivement s'effectuer relève des UMD. Selon l'article R. 3221-6 du CSP, « les unités pour malades difficiles (…) sont implantées dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1. Elles ont une vocation interrégionale et ne font pas partie des secteurs définis à l'article R. 3221-1. De plus, selon les dispositions de l'article R. 3221-5 du même code, il est prévu notamment que « Dans chaque région pénitentiaire, un ou plusieurs secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire sont rattachés à un établissement de santé dispensant des soins aux personnes détenues (...). Chacun de ces secteurs comporte notamment un service médico-psychologique régional aménagé dans un établissement pénitentiaire et qui peut assurer en outre, par convention avec le préfet, une mission de lutte contre l'alcoolisme et les toxicomanies mentionnée aux articles L. 3311-1 et L. 3411-1. La convention fixe notamment les modalités de prise en charge par l'État des frais correspondants ».

contraintes matérielles[1057] auxquelles sont confrontés les patients et qui rendent quasi impossible un suivi de soins assidu.

Des soins psychiatriques soumis à la maltraitance institutionnelle. Face à la constante augmentation des champs de compétence[1058] et d'intervention de la psychiatrie ainsi que la pénurie croissante de moyens humains et matériels[1059], nous comprenons toute la difficulté qui se présente aux professionnels de santé pour assurer une prise en charge de qualité dans le respect des droits des patients. La maltraitance institutionnelle causée par des politiques sanitaires davantage axées sur l'aspect financier que sur l'humain aggrave constamment la qualité de notre système de santé. Comme le souligne le CGLPL, « une demande paradoxale est faite à la psychiatrie : celle d'une ouverture par le virage ambulatoire accompagné de la fermeture d'un grand nombre de lits d'hospitalisation et celle d'un enfermement de plus en plus fréquent ou durable des individus perturbants, par souci de sécurité [1060]». Pourtant, la nécessité d'instaurer un effort collectif sur cette branche spécifique de la médecine n'est pas nouvelle. Elle remonte à la circulaire du 15 mai 1960 selon laquelle « seule la convergence des efforts dans un sens bien défini permettra de réaliser un jour, et partout, une organisation entièrement satisfaisante ».

Une sectorisation unique. Alors que la psychiatrie est pleinement intégrée à notre système de santé, nous soulignerons que c'est la seule spécialité médicale à faire l'objet d'une sectorisation. Cependant, même si le terme de « sectorisation » n'est pas employé, une organisation similaire se retrouve dans le cadre de la prise en charge des patients détenus.

[1057] Ces contraintes se concentrent généralement sur la question des transports.
[1058] Cette augmentation peut trouver sa source dans la surmédiatisation de plusieurs faits-divers qui augmente les attentes de la société à l'égard des professionnels des SPSC.
[1059] Selon le Panorama des établissements de santé réalisé par la DREES en 2020, les taux d'équipement en établissements de soins psychiatriques variant du simple au double selon les départements. S'il y a en moyenne 137 lits et places d'hospitalisation à temps complet ou partiel pour 100000 habitants, nous pouvons observer une très grande disparité sur notre territoire. Cette dernière varie de 4 places ou lits pour 100000 habitants à Mayotte, à 287 pour 100000 habitants dans l'Allier. Il faut également prendre en considération le vieillissement des psychiatres qui va accentuer davantage les problématiques déjà connues. En effet, en 2019, un psychiatre sur deux a plus de 55 ans. Ce phénomène est particulièrement marqué en Île-de-France et en Centre-Val de Loire où le taux peut monter jusqu'à 82%.
[1060] *Ibidem,* p. 3.

B : Une sectorisation déguisée des soins en milieu pénitentiaire

Le principe d'une sectorisation contractuelle en milieu pénitentiaire. En dépit d'une première expérience collaborative entre le service public pénitentiaire et le service public hospitalier dans les années 1940[1061], il fallut attendre 1994 pour que l'hôpital entre en prison[1062]. Pour que cette collaboration soit effective, le législateur imposa que chaque établissement pénitentiaire soit rattaché à un établissement de santé. Compte tenu des impératifs sécuritaires inhérents à la détention, le critère de la proximité opère une influence majeure sur le choix de l'établissement de rattachement. Cependant, la répartition de l'offre de soins n'est pas corrélée à la répartition des établissements pénitentiaires. Aussi, la « sectorisation des soins en milieu carcéral » sera formée par la technique contractuelle grâce aux conventions signées entre l'établissement pénitentiaire et l'établissement de santé (1). Par ailleurs, au même titre que toute relation médicale, l'établissement d'un lien de confiance est souvent présenté comme un gage d'alliance thérapeutique. À cet égard, des dérogations sont envisagées afin de permettre au patient détenu de choisir une structure de soins, en dehors du cadre contractuel sanitaire de l'établissement pénitentiaire. Cependant, ces possibilités demeurent limitées (2).

1) Une sectorisation délimitée par la technique contractuelle

Le pouvoir de l'ARS. Pour instaurer une offre de soins adaptée aux besoins de la population carcérale, une connaissance rigoureuse du territoire de santé au sein duquel l'établissement pénitentiaire est installé apparait comme une nécessité préalable. Bien que ce point ne soit pas indiqué à l'article R. 6111-36 du CSP, la qualité de la prise en charge des patients détenus repose également sur une étroite collaboration entre les services de

[1061] En l'espèce, une inspection médicale avait été mise en place au sein de la direction de l'Administration pénitentiaire afin de collecter des données relatives aux services sanitaires des établissements pénitentiaires, mais également d'en contrôler le fonctionnement. Robert PETIT, *Rapport de l'Inspection générale de l'Administration*, décembre 1950, p. 85. Cité par BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, coll. Thèses, Bordeaux, LEH, 2018, p. 63.

[1062] Si le législateur a consacré ce dispositif sur le plan législatif à partir de 1994, plusieurs établissements pénitentiaires comme la maison d'arrêt de Châteauroux avaient déjà signé des conventions avec le service public hospitalier pour l'administration des soins somatiques.

l'établissement pénitentiaire et ceux de l'établissement désigné. Ce point est souligné dans une circulaire interministérielle du 30 octobre 2012 selon laquelle « ce partenariat, indispensable pour un bon fonctionnement, doit pouvoir s'instaurer en dépassant les clivages issus de cultures et d'approches différentes et dans le respect des domaines de compétences et des cadres professionnels de chacun[1063] ». Dans cette perspective, l'article L. 115-1 du Code pénitentiaire énonce que « les agences régionales de santé sont chargées de l'évaluation et de l'identification des besoins sanitaires des personnes détenues, ainsi que de la définition et de la régulation de l'offre de soins en milieu pénitentiaire ». En conséquence, il appartient au directeur général de l'ARS dont relève l'établissement pénitentiaire de désigner l'établissement de santé chargé d'assurer la prise en charge sanitaire des patients détenus[1064]. Une fois ce choix opéré, « un protocole (…) définit les conditions dans lesquelles est assurée l'intervention des professionnels de santé appelés à intervenir en urgence dans les établissements pénitentiaires, afin de garantir aux personnes détenues un accès aux soins d'urgence dans des conditions équivalentes à celles dont bénéficie l'ensemble de la population[1065] ». Ce protocole ne se limite pas qu'aux situations d'urgence. Il s'étend à l'ensemble des soins[1066]. En outre, il doit comporter l'intégralité des dispositions nécessaires à la cohabitation des finalités sanitaires et sécuritaires[1067].

Un équilibre délicat à trouver. Cette collaboration entre les différentes finalités professionnelles peut s'avérer complexe à trouver. À titre d'exemple, la circulaire du 8 décembre 1994[1068] imposa à l'établissement de santé désigné la création d'une unité de consultation et de soins ambulatoires (UCSA) – aujourd'hui dénommée unité sanitaire en milieu pénitentiaire (USMP). La construction de l'établissement pénitentiaire étant

[1063] Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.
[1064] Article R. 6111-27 du CSP : « Pour l'application des dispositions des 2° à 4° de l'article L. 6111-1-2, le directeur général de l'agence régionale de santé désigne, pour chaque établissement pénitentiaire de la région, l'établissement public de santé situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins définis à l'article L. 6111-1, de participer à l'accueil et au traitement des urgences et de concourir aux actions de prévention et d'éducation pour la santé organisées en milieu pénitentiaire. Cette désignation intervient après avis du conseil de surveillance de l'établissement de santé ».
[1065] Article L. 115-4 du Code pénitentiaire.
[1066] Article R. 6111-29 du CSP : « Un protocole complémentaire est signé dans les mêmes conditions pour fixer les modalités d'intervention de l'établissement de santé éventuellement désigné en application de l'article R. 6111-28. Dans ce cas, le directeur de l'établissement public de santé mentionné à l'article R. 6111-27 est également signataire de ce protocole complémentaire ».
[1067] L'article R. 6111-36 du CSP dresse la liste des informations qui doivent impérativement figurer dans le protocole. On y retrouve notamment : «1° Les conditions dans lesquelles les personnels de l'établissement de santé assurent l'examen systématique des détenus arrivant dans l'établissement pénitentiaire et dispensent à ceux-ci des soins courants et, éventuellement, spécialisés, notamment sous forme de consultations; 2° L'organisation des soins et le fonctionnement médical de la structure de soins (…) ; 3° Les conditions dans lesquelles les détenus ont accès, pour des consultations ou des examens médico-techniques, aux équipements médicaux situés dans l'établissement de santé; (…) 5° La composition de l'équipe hospitalière exerçant dans la structure implantée dans l'établissement pénitentiaire; 6° L'aménagement et l'équipement des locaux (…) ; 7° Les conditions dans lesquelles l'établissement de santé établit et archive le dossier médical des patients dans le respect des dispositions des articles R. 1112-1 à R. 1112-9 (…) ; 12° Les conditions dans lesquelles l'administration pénitentiaire assure la sécurité des personnes et des biens dans les locaux de soins ».
[1068] Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995.

antérieure à celle de l'implantation de l'unité sanitaire, l'instauration de dispositifs médicaux, notamment adaptés aux situations de handicap peut s'avérer problématique[1069]. Pourtant, en vertu du principe de non-discrimination, ces dispositifs sont essentiels à la bonne réalisation des missions sanitaires de l'unité.

Un secteur contractuel pouvant primer sur le secteur psychiatrique. Cette organisation contractuelle concerne les soins somatiques et psychiatriques. Dans la mesure où le schéma territorial de santé « général » n'est pas toujours identique à celui établi pour le secteur psychiatrique, il est possible que l'établissement de santé désigné pour la prise en charge des soins somatiques ne puisse pas répondre aux besoins exprimés par les patients détenus sur le plan psychiatrique. Dans ces conditions, la loi instaure un cadre similaire à celui précédemment invoqué. Selon l'article R. 6111-28 du CSP, « lorsque l'établissement public de santé ne comporte pas de service de psychiatrie et que l'établissement pénitentiaire n'est pas desservi par un service médico-psychologique régional (…), le directeur général de l'agence régionale de santé désigne (…), l'établissement public de santé ou l'établissement de santé privé, situé à proximité, chargé de dispenser aux détenus les soins en psychiatrie ». Dans ces circonstances, nous comprenons que l'ensemble de l'offre de soins en milieu pénitentiaire soit encadrée par la conclusion de ces conventions[1070]. Au même titre que pour les patients admis en SPSC, les dérogations à ces modalités de prise en charge sont très limitées.

2) Une sortie limitée du cadre contractuel sanitaire

La permission de sortie : une solution timide et inadaptée pour sortir du cadre contractuel sanitaire. Si la privation de la liberté d'aller et de venir est la règle au sein d'un établissement pénitentiaire, des exceptions peuvent être accordées en vue de se présenter dans une structure de soins. Selon l'article 723-3 du CPP, le JAP a la faculté d'accorder à une personne détenue une permission de sortie afin que cette dernière puisse s'absenter de son établissement pénitentiaire d'écrou pendant une durée déterminée.

[1069] La précision apportée par l'article D. 115-5 du Code pénitentiaire tend à suggérer que les locaux mis à disposition par l'établissement pénitentiaire doivent prendre en compte ce facteur dans la mesure où il est fait référence à des « locaux spécialisés ».
[1070] Dans ces circonstances, le principe de libre choix du praticien et de l'établissement de santé est très limité, voire inexistant.

Cependant, compte tenu du risque d'évasion, cette permission est strictement encadrée. Selon l'article D. 143-4 du CPP[1071], il est prévu que « des permissions de sortir d'une durée n'excédant pas la journée peuvent être accordées (…) aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines privatives de liberté d'une durée totale n'excédant pas cinq ans ainsi qu'aux personnes condamnées à une ou plusieurs peines privatives de liberté d'une durée totale supérieure à cinq ans lorsque ces dernières ont exécuté la moitié de leur peine [pour] : (…) 3° Présentation à une structure de soins (…) ». Si ce dispositif s'apparente à une solution idéale pour permettre au patient détenu de sortir du secteur contractuel sanitaire, son champ temporel limité restreint les hypothèses d'application. Une telle solution ne peut être envisagée pour une hospitalisation sur plusieurs jours.

Par ailleurs, s'ajoute une autre difficulté juridico-pratique. Pour le traitement de certaines pathologies, la mise en place d'un suivi régulier est nécessaire afin que le protocole de soins puisse produire ses effets. Dans le cadre de la permission de sortie, cela sous-entendrait de pouvoir « programmer » à l'avance ladite permission. Cette possibilité a été supprimée par le décret du 14 septembre 2016[1072]. Cependant, comme le souligne la Professeure Martine HERZOG-EVANS, cette décision reposait sur un usage coutumier selon lequel il fallait laisser un délai de trois mois entre les différentes permissions de sortie[1073]. Pourtant, sur le plan légal ou réglementaire, aucun délai de la sorte n'était fixé. Face à cette situation, une solution a été dégagée par le CGLPL.

Une solution proposée par le CGLPL et reprise par le Code pénitentiaire. Dans son rapport d'activité annuel de 2012, le CGLPL eut l'occasion d'émettre une recommandation en demandant la création d'une permission de sortie pour raison médicale dont la durée pourrait tenir compte des besoins médicaux de la personne concernée[1074]. Ce dernier prévoyait la possibilité d'instaurer une levée d'écrou simplifiée lorsque le détenu devait être hospitalisé pour une durée de plus de 72 heures dans un établissement de santé situé loin de l'établissement pénitentiaire d'origine. Dans cette hypothèse, il proposa un « transfert d'écrou » vers l'établissement pénitentiaire le plus proche de l'établissement de santé. À l'issue de l'hospitalisation, la personne détenue devait retourner dans les plus brefs

[1071] Article créé par le décret n° 2016-1222 du 14 septembre 2016 relatif aux permissions de sortir et aux autorisations de sortie sous escorte, JORF n° 0216 du 16 septembre 2016, Texte n° 12.
[1072] Cette réforme fait suite à une jurisprudence selon laquelle « l'administration pénitentiaire détermine un rythme de présentation des demandes afin de respecter une égalité entre les condamnés ». CA Agen, 6 avril 2006, n° 06/00074/M.
[1073] HERZOG-EVANS Martine, « Écart entre deux permissions : le vide juridique entretient la confusion des sources », *AJ Pénal*, 2006 p.271.
[1074] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 254.

délais dans son établissement d'origine et si cela n'était pas possible, un transfert définitif devait s'opérer. Cette solution a été reprise à l'article D. 322-14 du Code pénitentiaire[1075]. Cependant, comme la loi n'indique pas si ce transfert peut être demandé pour des considérations personnelles, il est peu probable, sauf motif médical légitime, que cette demande soit accordée. Dans ces circonstances, la recherche d'une autre solution s'impose.

Le timide déploiement de la télémédecine. Si la liberté d'aller et venir des patients détenus est limitée par les barreaux de l'établissement pénitentiaire, les ondes de la technologie peuvent passer outre ces remparts. Comme nous avons pu le constater au cours de la crise sanitaire liée à la COVID-19, le déploiement de la télémédecine peut s'avérer être solution adéquate pour étendre l'offre de soins en milieu pénitentiaire. L'USMP disposant de médecins, la mise en œuvre d'une téléconsultation triangulaire entre le patient détenu, le médecin de l'USMP et le médecin spécialiste n'est pas impossible. La présence du médecin de l'USMP permettrait de réaliser les gestes techniques indiqués par le praticien extérieur. Elle permettrait notamment au patient détenu d'être suivi par son médecin traitant d'origine ou alors de pouvoir accéder plus facilement à une consultation sans qu'une extraction ne soit organisée[1076]. En plus des bénéfices liés à la réduction des coûts, une telle pratique serait plus respectueuse des droits des patients, en leur permettant notamment de choisir leur praticien. Pourtant, cette solution est encore trop peu utilisée[1077].

Une sortie du maillage contractuel possible, mais délicate. Au regard des éléments présentés, nous constatons que la réalisation de soins en dehors de l'établissement de santé désigné par l'ARS n'est pas impossible, mais se trouve confrontée à de nombreux obstacles. Les différentes formulations opérées tant par le pouvoir législatif que réglementaire laissent entendre qu'au maximum, deux établissements de santé sont affectés à la prise en charge sanitaire des patients détenus. Aussi, la possibilité de pouvoir diversifier les établissements habilités à intervenir semble impossible[1078]. Si cette possibilité

[1075] Cette hypothèse était prévue à l'article D. 314-2 du CPP. Désormais, elle est codifiée dans le Code pénitentiaire à l'article D. 322-14 du Code pénitentiaire. Ce dernier dispose que « lorsqu'une personne détenue est hospitalisée pour une pathologie autre qu'un trouble mental dans un établissement de santé éloigné de l'établissement pénitentiaire dans lequel elle est écrouée, elle peut faire l'objet d'une levée d'écrou sous la forme simplifiée, même si son absence de l'établissement pénitentiaire excède soixante-douze heures. Une personne détenue hospitalisée dans un établissement de santé à proximité de l'établissement pénitentiaire est écrouée selon les mêmes modalités. À l'issue de son hospitalisation, la personne détenue est réintégrée dans son établissement pénitentiaire d'origine dans les délais les plus brefs. Si cette réintégration n'est pas possible, le transfert définitif de la personne détenue est effectué en régularisation.

[1076] Cette pratique de téléconsultation entre les médecins de l'USMP et les praticiens de l'hôpital de rattachement est déjà mise en place dans certains établissements comme au Mans. Information communiquée dans le cadre d'une action de formation réalisée au centre hospitalier du Mans en février 2024.

[1077] Dans son rapport d'activité, le CGLPL souligne le « développement très insuffisant de la télémédecine » dans le cadre de la prise en charge des patients détenus. V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 93.

[1078] Qu'il s'agisse des dispositions légales ou réglementaires, l'ensemble des textes font référence à « l'établissement de santé ». Le fait d'employer un déterminant au singulier tend à faire penser que l'établissement de santé désigné est dans une situation comparable à celle d'un monopole et donc qu'il sera le seul habilité à intervenir.

s'explique principalement par des contraintes opérationnelles importantes, elles ne doivent pas empêcher les politiques publiques d'améliorer l'offre de soins ainsi que l'effectivité des droits reconnus aux patients détenus. Cette dynamique est également valable dans le cadre des SPSC.

§ 2 : Une offre de soins à réinventer

Une gestion déshumanisée des soins. Aujourd'hui, l'adaptation du modèle de l'entrepreneuriat à la gestion hospitalière a révélé ses failles et limites. Dans le cadre de la prise en charge des patients en SPSC, cette situation se caractérise par un manque de lits ou de structures adaptées à leurs besoins. Les « soignants et médecins sont accaparés par la recherche de lits et la gestion du turn-over des patients. (…). Lorsque des dispositifs de régulation sont mis en place, ils consistent le plus souvent en une gestion déshumanisée des lits, au détriment des projets de soins individualisés [1079]». Ce ressenti douloureux met en évidence des failles dans l'organisation des soins dédiés à la prise en charge des patients admis en SPSC (A) ainsi que des patients détenus (B).

A : Le renforcement attendu de l'offre de soins psychiatriques

Une nouvelle ère des soins psychiatriques à organiser. Depuis 2020, nous constatons une augmentation continue de la demande de soins psychiatriques. Cette évolution doit être prise en considération par les pouvoirs publics compte tenu de son

[1079] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2019*, Dalloz, Paris, 2020, p. 11.

impact sur notre économie[1080]. Si la crise sanitaire subie à partir de 2020 a joué un impact sur cette augmentation, elle n'en est pas la seule cause. Comme le souligna Édouard PHILIPPE en novembre 2019[1081], les établissements de santé étaient déjà fragilisés. Par ailleurs, la sectorisation des soins psychiatriques a connu de profondes mutations et transformations depuis son instauration. Si son objectif de base était de fournir des soins de proximité de qualité, force est de constater que ce dernier n'est pas complètement atteint. Cet « échec » peut s'expliquer par un maillage administratif complexe. Ce manque de lisibilité est nuisible pour l'ensemble des acteurs du soin et mériterait une simplification (1). En outre, il concourt de manière directe aux carences observables dans la répartition de l'offre de soins sur notre territoire, créant une prise en charge trop hétérogène (2).

1) La simplification souhaitable du schéma organisationnel des soins psychiatriques

Une répartition hybride. Ainsi que le soulignait l'arrêté du 14 mars 1972[1082], « en vue de répondre aux besoins de la population et d'assurer la continuité des soins aux malades, de la prévention à la postcure, le secteur doit comporter (…) des institutions hospitalières et extrahospitalières diversifiées ». Outre la répartition de ces structures entre le secteur public[1083] et le secteur privé[1084], le pilotage de l'offre de soins en psychiatrie est assuré par des mécanismes complexes. Cette situation engendre une incompréhension

[1080] Dans le cadre de l'établissement de sa feuille de route en 2018, le Comité stratégique de la santé mentale et de la psychiatrie a indiqué que le coût économique et social des troubles mentaux était évalué à 109 milliards d'euros par an. Dans le détail, les 109 milliards d'euros sont répartis de la façon suivante : 65 milliards pour la perte de qualité de vie, 24,4 milliards pour la perte de productivité liée au handicap et aux suicides, 13,4 milliards dans le secteur médical, 6,6 milliards pour le secteur médico-social. COMITÉ STRATÉGIQUE DE LA SANTÉ MENTALE ET DE LA PSYCHIATRIE, *Feuille de route Santé mentale et psychiatrie*, 28 juin 2018, p. 3.

[1081] « La crise de l'hôpital est ancienne. Mais elle connaît depuis plusieurs mois une de ses phases les plus aiguës. Les personnels de santé n'en peuvent plus. » Discours prononcé par Édouard PHILIPPE le 20 novembre 2019 dans le cadre de la présentation du plan d'urgence pour l'hôpital arrêté par le Gouvernement.

[1082] Arrêté du 14 mars 1972, Modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, JORF du 21 avril 1972.

[1083] Selon l'arrêt du 14 mars 1972, relèvent de ce cadre : les centres médico-psychologiques, les centres d'accueil permanent habilités à répondre à l'urgence 24 heures sur 24, les hôpitaux de jour, les ateliers thérapeutiques, les centres d'accueil thérapeutiques à temps partiel et enfin des services d'hospitalisation à domicile. Au titre des structures dédiées à l'hébergement, il est possible de citer les unités d'hospitalisation à temps complet, les centres de crise, les hôpitaux de nuit, les appartements thérapeutiques, les centres de postcure ou encore des services de placement familial thérapeutique.

[1084] HAMMOUCHE Brahim, FIAT Caroline, WONNER Martine, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale*, Rapport enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 septembre 2019, n° 2249, pp. 51-52.

importante du dispositif de soins, tant de la part du patient que des familles et se fait ressentir au niveau des professionnels[1085].

Une offre de soins à cinq outils de planification. Pour comprendre ces difficultés, il faut souligner que la stratégie de l'offre de soins en santé mentale repose sur l'application de cinq outils de planification, « employés à des échelles territoriales différentes, associant plus ou moins d'acteurs. Chacun devra aboutir à un contenu qui, à la fois, devra nourrir celui produit par l'autre et se conformer à lui[1086] ». Ces derniers sont : le projet régional de santé, le projet territorial de santé mentale, le projet médical partagé du groupement hospitalier de territoire, la convention constitutive de la communauté psychiatrique de territoire et enfin le projet d'établissement. Dans son rapport sur l'organisation et le fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques de novembre 2017, l'IGAS souligna qu'« à défaut de simplification du cadre territorial et de la méthode d'articulation de ces outils d'organisation, toutes ces démarches risquent de s'engager et de se dérouler de façon confuse (…). Autant il est indispensable de prendre le temps de définir les stratégies d'organisation et de fonctionnement du dispositif de soin ainsi que son articulation avec la politique de santé mentale, autant il ne serait pas raisonnable de se retrouver en permanence occupés à de telles tâches de planification car cela finirait par leur ôter tout crédit ».

Une simplification souhaitable, mais complexe. Dans cette perspective, une simplification de l'ensemble du dispositif des soins psychiatriques s'impose. Pour tenter d'y parvenir, il convient de ne pas oublier que les soins psychiatriques, qu'ils soient libres ou sans consentement, s'inscrivent dans une démarche pluridisciplinaire associant le secteur sanitaire, social et médico-social. La difficulté résulte du fait que chacun de ces domaines obéit à un découpage territorial différent : le secteur sanitaire relève davantage des territoires « sanitaires » alors que le secteur social et médico-social relève du découpage administratif tels que les départements ou les communes. Si une harmonisation de ces entités géographiques serait idéale, cette idée demeure complexe à réaliser car les logiques qui gouvernent ces découpages sont différentes[1087]. En effet, contrairement au projet territorial de santé (PTS) qui décline le projet régional de santé (PRS) selon un découpage

[1085] HAMMOUCHE Brahim, FIAT Caroline, WONNER Martine, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale*, Rapport enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 septembre 2019, n° 2249, pp. 51-52.
[1086] LOPEZ Alain, TURAN-PELLETIER Gaëlle, *Organisation et fonctionnement du dis positif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales*, Tome 1, novembre 2017, p. 36.
[1087] *Ibidem*, p. 52.

administratif clair et visible (département), le PTSM[1088] déroge à cette organisation. C'est un instrument qui permet de définir et d'articuler les différentes actions que requiert la politique de santé mentale dans un espace géographique qui ne recoupe pas nécessairement celui défini par les secteurs[1089]. Son cadrage est réalisé par les instances de gouvernances hospitalières qui définissent avec l'ARS l'étendue du territoire de santé mentale dans lequel le PTSM s'inscrit. Cette organisation peut induire des disparités importantes ainsi qu'une absence de prise en compte effective de la réalité du territoire[1090].

Différents projets de réorganisation. En conséquence, une redéfinition du territoire de santé pour les soins psychiatriques s'impose. Les différents rapports en la matière adoptent des positions variées. Le rapport de l'IGAS de novembre 2017 proposa de simplifier la construction territoriale de l'offre de santé mentale autour de trois niveaux d'organisation : la région, le territoire de santé et le secteur ou le pôle. Dans le cadre de la région, l'outil d'organisation de l'offre en santé mentale serait matérialisé par le PRS. Le territoire de santé correspondrait au territoire du GHT[1091]. Il n'est plus fait mention du PTSM. À l'inverse, dans le cadre du Rapport d'information déposé par la Commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale, le PTSM demeure.

En l'espèce, les solutions proposées par les deux rapports concourent, à leur manière, à une simplification de l'offre de soins en santé mentale. Pour l'heure, aucune décision n'est actée.

[1088] Les objectifs du PTSM sont définis à l'article L. 3221-2 du CSP.
[1089] HAMMOUCHE Brahim, FIAT Caroline, WONNER Martine, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale*, Rapport enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 septembre 2019, n° 2249, p. 54.
[1090] À titre d'exemple, l'hôpital Paul Guiraud de Villejuif participe à deux PTSM sur deux départements différents à savoir le Val-de-Marne (94) et les Hauts-de-Seine (92).
[1091] LOPEZ Alain, TURAN-PELLETIER Gaëlle, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Tome 1, novembre 2017, p. 52.

2) La mise en œuvre d'une nouvelle répartition de l'offre de soins

Des moyens matériels insuffisants et inégalement répartis. Actuellement, l'offre de soins en psychiatrie est organisée autour de trois types de prise en charge : le temps complet, reposant sur les 55 000 lits d'hospitalisation à temps plein ; le temps partiel, s'appuyant principalement sur les 29 000 places d'accueil en hôpital de jour ou de nuit ; et l'ambulatoire, la prise en charge la plus courante, réalisée majoritairement dans l'un des 3 100 centres médico-psychologiques[1092]. Outre une « structuration territoriale labyrinthique et inadaptée[1093] », l'esprit souhaité par la mise en œuvre du secteur psychiatrique semble aujourd'hui dépassé. Qu'il s'agisse de l'offre intrahospitalière ou de l'offre ambulatoire, elles souffrent d'une inégale répartition sur l'ensemble de notre territoire ainsi que le démontre la DREES[1094]. Cette situation est également visible dans les établissements de santé privés habilités à intervenir en psychiatrie[1095].

Une inégale répartition des moyens humains. Outre les inégalités matérielles, une certaine réciprocité se cristallise à l'égard de la répartition des moyens humains. Selon le dernier « recensement » de 2023 réalisé par l'Ordre national des médecins[1096], la France comporte 12 626 psychiatres pour une densité moyenne nationale de 14,7 psychiatres pour 100 000 habitants[1097]. Cependant, de très importantes disparités sur le territoire sont notables[1098]. Ces dernières seront inévitablement aggravées dans les prochaines années compte tenu des départs en retraite à venir. En effet, l'âge moyen des psychiatres sur notre

[1092] Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), TOUTLEMONDE Fabrien (dir.), *Panorama des établissements de santé 2021*, p. 86.
[1093] HAMMOUCHE Brahim, FIAT Caroline, WONNER Martine, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale*, Rapport enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 18 septembre 2019, n° 2249, p. 91.
[1094] Sur le plan de l'intrahospitalier, la densité nationale moyenne d'équipement en lits et places pour la prise en charge à temps complet ou partiel, hors ateliers thérapeutiques, est de 135 pour 100 000 habitants en 2019. Elle varie de 4 places ou lits pour 100 000 habitants à Mayotte, à 275 places ou lits pour 100 000 habitants dans l'Allier. Elle se concentre principalement dans les départements ruraux du centre de la France. L'offre de soins ambulatoires quant à elle varie de 2 structures pour 100 000 habitants à Mayotte, à 29 structures pour 100 000 habitants en Lozère. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), TOUTLEMONDE Fabien (dir.), *Panorama des établissements de santé 2021*, pp. 86-87.
[1095] D'après le rapport de l'IGAS de novembre 2017, 27 départements n'ont qu'une clinique, 9 départements en ont 5 et plus. Le nombre de cliniques est supérieur à 20 dans 4 régions (Île-de-France, Occitanie, Auvergne-Rhône-Alpes et PACA). V. LOPEZ Alain, TURAN-PELLETIER Gaëlle, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Tome 1, novembre 2017, p. 52.
[1096] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, *Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales*. Situation au 1er janvier 2023. https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale.
[1097] En 2022, le recensement faisait état de 15 516 psychiatres pour une densité nationale moyenne de 23 psychiatres pour 100 000 habitants.
[1098] Si la densité pour le département de Paris est la plus forte de France avec un taux de 68,9 pour 100 000, cette situation tranche radicalement avec la situation de Mayotte (2,3 pour 100 000) ; de la Guyane (4,3 pour 100 000) ou encore de la Meuse (4,9 pour 100 000). Nous observerons qu'il n'y a aucun psychiatre à Wallis et Futuna. CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, *Approche territoriale des spécialités médicales et chirurgicales*. Situation au 1er janvier 2023. https://www.conseil-national.medecin.fr/lordre-medecins/conseil-national-lordre/demographie-medicale.

territoire est de 52 ans. Mais là encore, des disparités sont observables[1099]. En outre, la spécialité est peu attractive puisque sur les 547 places ouvertes au concours en 2023, seules 484 ont été pourvues[1100].

Des solutions insuffisantes et inadéquates. Face à ces situations critiques, plusieurs pistes ont été étudiées afin de réduire ces inégalités. Dans le cadre du renforcement de l'accès territorial aux soins, quatre priorités ont été définies. La priorité n° 1 « Renforcer l'offre de soins dans les territoires au service des patients : une présence médicale et soignante accrue », prévoit des aides à l'installation et à l'exercice des médecins dans les zones en tension sont prévues à hauteur de 50 000 euros par an. Encore faut-il qu'une information préalable sur ce point soit communiquée aux futurs professionnels de santé afin qu'ils puissent prendre leurs dispositions. Il serait également souhaitable que cette réflexion se poursuive sur un plan plus large dans le cadre d'une réelle réforme de la psychiatrie car finalement, l'offre de soins y apparait plus comme désorganisée qu'inexistante. Cette situation tranche avec l'offre de soins dispensée en milieu pénitentiaire.

B : La poursuite du développement de l'offre de soins en milieu pénitentiaire

Une carence généralisée au niveau de l'accessibilité de l'offre de soins. Grâce au transfert des soins du service public pénitentiaire au service public hospitalier, l'offre de soins proposée en milieu pénitentiaire est similaire à celle proposée en milieu libre. Cependant, des efforts méritent encore d'être fournis au niveau de l'accessibilité des soins afin de répondre correctement à la demande des patients détenus. Cette dynamique est requise tant pour les soins somatiques (1) que pour les soins psychiatriques (2).

[1099] Au regard des données communiquées par l'Ordre des médecins en 2023, dans près de 20 départements, 40% des psychiatres en activités ont plus de 60 ans. *Ibidem.*
[1100] https://www.medshake.net/medecine/ECN/statistiques/concours-2023/specialites/

1) Le renforcement de l'accessibilité de l'offre de soins somatiques en milieu pénitentiaire

Le nécessaire développement de la télémédecine. Bien que l'USMP soit pluridisciplinaire, elle ne peut accueillir toutes les spécialités médicales, faute de place et de plateau technique suffisant. Si la mise en place des extractions ou la possibilité de recourir à des hospitalisations en UHSI sont prévues par la loi, ces solutions ne peuvent être complètement satisfaisantes et à plusieurs égards. En premier lieu, il nous faut évoquer le coût financier. En 2011, un rapport de l'IGAS relatif à l'évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues[1101] indiqua que si « des efforts incontestables de rationalisation, de mutualisation et d'organisation des équipes pénitentiaires et des moyens (…) ont été accomplis, parallèlement, l'amélioration de l'offre de soins aux personnes détenues associée à un nombre important des entrants en détention, entraine mécaniquement un seuil incompressible des déplacements[1102] ». Pour tenter de limiter ces coûts[1103], le développement de la télémédecine[1104] dans les établissements pénitentiaires mérite d'être poursuivi[1105]. Outre le développement de l'offre de soins[1106] et une diminution des coûts des escortes, elle permet un accès plus rapide des patients à des consultations spécialisées. Au regard de l'inégale répartition de l'offre de soins sur notre territoire, elle facilite l'accès à « des spécialités qui ne sont pas offertes dans le département[1107] ». Elle permettrait également de réduire la pratique selon laquelle des choix doivent s'opérer entre les détenus pour prioriser leurs extractions, faute de moyens suffisants pour assurer quotidiennement l'ensemble des hospitalisations et des

[1101] IGAS, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011.
[1102] *Ibidem*, p. 4.
[1103] En moyenne, le coût d'une extraction par détenu est d'environ 700 euros et incombe à l'administration pénitentiaire. OIP section française, « Télémédecine en prison : un palliatif qui comporte des risques », (en ligne). https://oip.org/analyse/telemedecine-en-prison-un-palliatif-qui-comporte-des-risques/
[1104] Selon l'article L. 6316-1 du CSP, « la télémédecine est une forme de pratique médicale à distance utilisant les technologies de l'information et de la communication. Elle met en rapport un professionnel médical avec un ou plusieurs professionnels de santé, entre eux ou avec le patient et, le cas échéant, d'autres professionnels apportant leurs soins au patient. Elle permet d'établir un diagnostic, d'assurer, pour un patient à risque, un suivi à visée préventive ou un suivi post-thérapeutique, de requérir un avis spécialisé, de préparer une décision thérapeutique, de prescrire des produits, de prescrire ou de réaliser des prestations ou des actes, ou d'effectuer une surveillance de l'état des patients ».
[1105] Dès 2010, la télémédecine a été reconnue comme une nécessité par la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. V. Action 10.3 du Plan d'actions stratégiques 2010-2014 de la politique de santé pour les personnes placées sous main de justice. Ce point a été rappelé dans le cadre de la feuille de route des personnes placées sous main de justice 2019-2022.
[1106] V. par exemple l'expérience menée en la matière à Béziers. Lancée en 2012 à la faveur d'un appel à projets de l'ARS du Languedoc-Roussillon, l'activité de télémédecine au sein de l'USMP était initialement limitée à la préanesthésie. À partir de 2016, cette offre s'est étendue à de nombreuses spécialités : endocrinologie, infectiologie, néphrologie, cardiologie, pneumologie, urologie ou encore chirurgie viscérale, orthopédique ou vasculaire.
[1107] OIP section française, « Télémédecine en prison : un palliatif qui comporte des risques », (en ligne). https://oip.org/analyse/telemedecine-en-prison-un-palliatif-qui-comporte-des-risques/

consultations médicales requises[1108]. Enfin, une telle pratique pourrait constituer une solution plus respectueuse des droits du patient détenu dans la mesure où l'escorte est souvent réalisée dans des conditions attentatoires à la dignité humaine.

Les limites inhérentes à la télémédecine. En dépit de son aspect pratique, la télémédecine[1109] ne peut être considérée comme le seul « remède » en la matière. En effet, les pathologies lourdes ne peuvent être traitées par ce biais et nécessitent obligatoirement une prise en charge extracarcérale. Cependant, face aux réticences des patients détenus à être admis dans ces unités intrahospitalières, l'IGAS préconise d'améliorer « l'attractivité » des chambres d'isolement ainsi que des UHSI. Elle recommande « chaque fois que la configuration architecturale le rend possible, un espace de déambulation permettant aux patients de s'aérer dans un lieu dédié et sécurisé (…) et en facilitant l'accès des médecins extérieurs à l'UHSI pour y réaliser les consultations et diminuer corrélativement les escortes vers les plateaux techniques du CHU [1110]». De plus, l'IGAS se prononce en faveur d'un développement des activités de soins de suite et de réadaptation, compte tenu du fait que le schéma national d'hospitalisation des personnes détenues organise la prise en charge de ces soins uniquement sur deux pôles situés respectivement à Paris et Marseille[1111].

Une situation non améliorée. Au regard de la situation actuelle, il apparait que ces préconisations n'ont pas été suivies d'effet. Ce point fut souligné par le CGLPL en 2015[1112] et plus récemment dans son rapport d'activité 2022[1113]. Il énonça que « les soins aux personnes détenues sont pour la plupart réalisés au sein de la structure implantée dans l'établissement pénitentiaire dite unité sanitaire. Faute d'un nombre suffisant de spécialistes au sein des établissements pénitentiaires, le recours à des consultations médicales dans des établissements de santé de proximité s'avère indispensable, nécessitant alors des extractions médicales effectuées par des escortes pénitentiaires (…) » Sur ce premier point, le CGLPL préconisa « le renforcement de la présence de spécialistes au sein des unités sanitaires afin de limiter le recours aux extractions » ainsi que l'allocation de moyens suffisants pour assurer la pérennité de la télémédecine. Sur ce point, il n'est pas

[1108] IGAS, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 5.
[1109] La télémédecine regroupe 5 notions : la téléconsultation, la télésurveillance, la téléexpertise, la téléassistance et la régulation médicale réalisée par les SAMU - centres 15.
[1110] IGAS, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 6.
[1111] *Ibidem*, p. 6.
[1112] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé*, JORF du 16 juillet 2015, Texte n° 148.
[1113] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 93.

rare de voir dans les rapports du CGLPL une situation d'impasse dans la mesure où le ministère de la Justice et les établissements de santé se renvoient respectivement la responsabilité financière d'un tel investissement[1114].

Le renforcement souhaitable des démarches prophylactiques. Enfin, les actions de dépistage et de prévention des maladies doivent être poursuivies et intensifiées. Ces points ont été repris dans le cadre de la « Stratégie santé des personnes placées sous main de justice » publié en avril 2017. Dans l'axe 2 relatif au développement de la promotion de la santé, il est indiqué qu'il « est nécessaire de garantir une prise en compte formalisée des enjeux de prévention en prévoyant systématiquement un point prévention lors des comités de coordination santé/justice avec l'ARS (…). En détention, cette dynamique doit être construite et portée par l'unité sanitaire qui jouera pleinement son rôle d'animation et de coordination au sein de l'établissement entre les différents acteurs (services psychiatriques, associations, etc.) en créant au sein de chaque établissement un Comité de pilotage de promotion de la santé[1115] ». En outre, dans le cadre des actions de dépistage (Axe 3), il est rappelé que « la population carcérale cumule un certain nombre de facteurs défavorables à la santé. Que l'incarcération soit courte ou longue, elle doit être mise à profit pour réaliser un bilan de santé systématique d'entrée et une prise en charge qui soit adaptée à chaque situation individuelle. La population sous main de justice suivie hors détention doit également pouvoir bénéficier d'actions de repérage et de dépistage similaires[1116] ». Pour parvenir à ce résultat, une attention particulière est mise sur la proposition du bilan de santé à l'entrée de la détention.

Une réflexion à inclure dans le projet territorial de santé. De ce fait, le développement de l'offre de soins somatiques en milieu pénitentiaire ne peut être envisagé exclusivement sur un plan local. Elle doit être intégrée dans une réflexion plus large au sein du PTS. Cette dynamique doit également conduire la réforme des soins psychiatriques.

[1114] « S'agissant du développement de la télémédecine, la réponse du ministère de la Justice souligne la compétence du centre hospitalier ». CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2021*, Paris, Dalloz, 2022, p. 312.

[1115] MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Stratégie santé des personnes placées sous main de justice* (PPSMJ), avril 2017, p. 12.

[1116] Dans un avis sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues émis par le Conseil national du sida et des hépatites virales (CNS), il est indiqué que « l'insuffisance du dépistage est le maillon faible du parcours » et que « les faibles taux de réalisation des dépistages constatés sont doublement délétères : tout d'abord pour les personnes infectées elles-mêmes, en termes de pertes de chance thérapeutique, (…) ; en termes collectifs, ensuite, dans la mesure où les personnes infectées qui ignorent leur infection continuent de transmettre le VHC, entretenant la circulation du virus au sein des établissements pénitentiaires et à l'extérieur ». CNS, *Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*, 26 septembre 2019, p. 9.

2) Le renforcement de l'offre de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire

Une offre de soins quasiment saturée. La situation des UHSA[1117] a fait l'objet d'un rapport d'information au Sénat en 2017[1118]. Dans ses propos introductifs, un bilan de l'offre de soins psychiatriques est réalisé. Malgré l'organisation existante[1119], le rapport indique que ces moyens sont parfois insuffisants[1120]. Le rapport suggère le renforcement de l'aspect logistique afin de faciliter le transport des patients détenus[1121]. Sur ce point, une coordination avec les soins somatiques s'impose dans la mesure où ces derniers sont également confrontés à cette problématique ; preuve supplémentaire que l'approche des soins en milieu pénitentiaire doit se faire de manière globale et non de manière indépendante selon le type de soin concerné. En outre, contrairement aux UHSI[1122], le taux d'occupation des UHSA est proche des 100%[1123], ce qui atteste de la pertinence de ce dispositif, mais également de la nécessité de le renforcer. Il s'agit en effet du seul cadre de prise en charge sur le long terme[1124] pour les patients détenus souffrants de pathologies psychiatriques lourdes telles que les troubles bipolaires ou encore la schizophrénie. Le rapport de 2017 souligne « que plus de la moitié des hospitalisations en UHSA sont

[1117] Les unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) ont été créées par la loi d'orientation et de programmation pour la justice du 9 septembre 2002, dite loi Perben I, qui a inscrit dans le CSP à l'article L. 3214-1 la disposition suivante : « L'hospitalisation, avec ou sans son consentement, d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux est réalisée dans un établissement de santé, au sein d'une unité spécialement aménagée ». Chaque UHSA dispose de quarante ou, pour les plus grandes, soixante places d'hospitalisation et d'un nombre de personnels dédiés fixé par la Circulaire interministérielle n° DGOS/R4/PMJ2/2011/105 du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des unités hospitalières spécialement aménagées.

[1118] COHEN Laurence, GIUDICELLI Colette, MICOULEAU Brigitte, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées*, enregistré à la Présidence du Sénat le 5 juillet 2017.

[1119] En 2019, sur les 164 USMP présentes sur le territoire, 114 ont effectué des consultations ou des actes en psychiatrie. Lorsque l'USMP ne dispose pas du plateau technique suffisant ou des moyens humains pour assurer une telle mission, les patients détenus sont pris en charge dans le cadre d'une hospitalisation de jour au sein de l'un des 26 services médico-psychologiques régionaux (SMPR). À cet égard, nous observerons que sur les 26 SMPR présents sur notre territoire, seulement 2 sont situés en Outre-Mer (Centre pénitentiaire de Basse-Terre et Centre pénitentiaire de Fort-de-France). En cas de nécessité, la prise en charge à temps complet se déroule au sein d'un établissement hospitalier, dans une unité hospitalière spécialement aménagée (UHSA). Au total, les capacités d'accueil en hospitalisation à temps plein sont de 456 lits en 2019, dont 91 % se trouvent au sein des 9 UHSA. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), TOUTLEMONDE Fabien (dir.), *Panorama des établissements de santé 2021*, p. 86.

[1120] *Ibidem*, p. 10.

[1121] Au même titre que pour les soins somatiques, « le dispositif d'accès aux soins des détenus prévoit que, si une consultation spécialisée est nécessaire et qu'elle ne peut être organisée au sein de l'UCSA, elle doit être organisée dans le centre hospitalier dont dépend la prison. Mais en pratique il est souvent difficile d'organiser la sortie, on parle d'extraction, d'une personne détenue pour une consultation de spécialiste ou une hospitalisation. Cette difficulté tient au fait que toute sortie d'un détenu se fait sous escorte. Du fait des difficultés de coordination avec la gendarmerie, celles-ci sont désormais uniquement assurées par les surveillants pénitentiaires. Or ils sont peu nombreux et les moyens de transports dont ils disposent varient d'un département à l'autre ». COHEN Laurence, GIUDICELLI Colette, MICOULEAU Brigitte, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées*, enregistré à la Présidence du Sénat le 5 juillet 2017, p. 10.

[1122] Selon le rapport de l'IGAS de 2011, le taux d'occupation des UHSI est en général de 70%. IGAS, *Évaluation du dispositif d'hospitalisation en soins somatiques des personnes détenues*, Rapport établi par MARSALA Vincent et PAUTRAT Catherine, juin 2011, p. 16.

[1123] COHEN Laurence, GIUDICELLI Colette, MICOULEAU Brigitte, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées*, enregistré à la Présidence du Sénat le 5 juillet 2017, p. 13.

[1124] La durée moyenne du séjour est d'environ 45 jours. COHEN Laurence, GIUDICELLI Colette, MICOULEAU Brigitte, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées*, enregistré à la Présidence du Sénat le 5 juillet 2017, p. 13.

volontaires et que les malades consentent aux soins. (…). Un patient arrivé en situation de crise dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement, consent en fait aux soins dès qu'il est pris en charge de manière adéquate[1125] ». Dans cette perspective, le renforcement de l'information sur ce dispositif de soins doit être renforcé afin que les admissions en soins sans consentement deviennent l'exception. Là encore, l'objectif est d'offrir au patient détenu une prise en charge équivalente à celle proposée en milieu libre.

Un programme de construction inachevé. Pour tenter de rééquilibrer l'offre de soins psychiatriques en milieu carcéral, un vaste programme de construction d'UHSA devait s'instaurer[1126]. L'objectif était de porter à 17 le nombre de ces structures sur notre territoire. Au début de l'année 2024, ces dernières sont toujours au nombre de 9. Outre une meilleure prise en charge des patients détenus, le déploiement de nouvelles UHSA tentera de mettre un terme aux inégalités territoriales. En effet, aucune UHSA n'est implantée en Outre-mer. En conséquence, lorsqu'un patient détenu au sein de ces territoires nécessite d'être admis en UHSA, sa prise en charge s'effectue obligatoirement en métropole. Une telle situation porte indéniablement atteinte à son droit au maintien des liens familiaux. Une remarque similaire peut être faite à l'égard des UMD[1127].

Un développement de l'offre de soins soumis aux contraintes des politiques sanitaires. Au même titre que l'organisation des soins en milieu libre, l'offre de soins en milieu pénitentiaire subit les effets délétères des politiques sanitaires. De plus, comme les SPSC, les soins en milieu pénitentiaire souffrent d'un problème de définition du territoire. En effet, sur le plan administratif, il existe 13 régions métropolitaines[1128] contre 10 « régions pénitentiaires » dont 1 « Outre-Mer ». Dans un souci de construction coordonnée du plan national de la répartition de l'offre de soins, une définition commune

[1125] COHEN Laurence, GIUDICELLI Colette, MICOULEAU Brigitte, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées*, enregistré à la Présidence du Sénat le 5 juillet 2017, p. 14.
[1126] Dans son rapport de 2011 sur le plan psychiatrie et santé mentale, la Cour des comptes estima à plus de 135 millions d'euros le programme d'investissement pour la première tranche des UHSA et à environ 7 millions d'euros de frais de fonctionnement annuel par établissement imputés à l'assurance maladie pour la partie hospitalière. COUR DES COMPTES, « L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan "psychiatrie et santé mentale" – décembre 2011 ».
[1127] Au 1er août 2023, la France compte 10 UMD réparties sur l'ensemble de son territoire métropolitain. Ces unités sont implantées au sein de centres hospitaliers spécialisés (CHS). Il existe : l'UMD Henri Colin de l'EPS Paul-Guiraud-Villejuif (Val-de-Marne) ; l'UMD de Montfavet ; l'UMD de Sarreguemines (Moselle) ; l'UMD de Cadillac (Gironde) ; l'UMD de Plouguernével (Côtes-d'Armor) ; UMD de Monestier-Merlines (Corrèze) ; UMD de Bron- CHS du Vinatier (Rhône) ; l'UMD d'Albi (Tarn) ; l'UMD de Châlons-en-Champagne (Marne), et enfin l'UMD de Sotteville-lès-Rouen (Seine-Maritime).
[1128] La nouvelle répartition des régions est issue de la loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, JORF n° 0014 du 17 janvier 2015, Texte n° 1.

s'impose. Pour chacune de ces régions, l'idéal serait de disposer d'au moins une UHSI et une UHSA[1129].

Dans tous les cas, les défaillances dans la répartition de l'offre de soins ne sont pas les seules à nuire à l'effectivité des droits des patients DSPSC. Il faut également prendre en considération l'inégale répartition des compétences administratives et médicales en la matière.

Section 2 : L'inégale répartition des compétences administratives et médicales

Un équilibre médico-administratif complexe à maintenir. Bien que le législateur mette en place des dispositifs pour instaurer une prise en charge identique à celle connue en milieu libre, le maintien des impératifs sécuritaires et sanitaires tend à modifier l'équilibre des pouvoirs instauré entre le patient et son médecin. Aussi, pour garantir la protection du patient, mais également des tiers, le représentant de l'État dispose de très larges pouvoirs pour concourir à cet objectif (§ 1). Cependant, les mesures décidées s'inscrivent en principe dans le cadre d'une mesure de soins. À cet égard, les compétences techniques du pouvoir médical devraient logiquement prévaloir. Dans les faits, le corps médical semble être plutôt délaissé (§ 2).

[1129] À l'heure actuelle, cette organisation au sein des 10 « régions pénitentiaires » n'est pas assurée. En effet, la direction interrégionale des services pénitentiaires de Dijon ne dispose d'aucune UHSI. Par ailleurs, aucune UHSI ni UHSA n'est pour l'heure implantée en Outre-mer.

§ 1 : Une prédominance séculaire du représentant de l'État

Une omniprésence séculaire du préfet. Historiquement, le garant séculaire de l'ordre public sur notre territoire est le préfet. Ce dernier, dans le cadre des SPSC, dispose de prérogatives particulièrement étendues pour imposer une mesure dite « de soins » à l'encontre d'une personne (A). Cependant, il n'est pas la seule autorité à pouvoir prendre des décisions en ce sens. D'autres acteurs peuvent intervenir pour imposer des mesures susceptibles de nuire aux droits des patients. Tel est le cas du juge. Bien que le préfet soit un représentant de l'État et puisse, par extension, être assimilé au pouvoir exécutif, ce dernier interfère dans le cadre de certaines procédures ordonnées judiciairement (B).

A : Un pouvoir ancré dans les prérogatives historiques du représentant de l'État

Un pouvoir liberticide accordé au préfet. Depuis la loi du 30 juin 1838, le préfet a été doté d'importantes prérogatives afin qu'il puisse prononcer, lorsque la situation l'exige, une mesure d'admission en SPSC, à l'encontre d'une personne qui troublerait l'ordre public. Au regard des dispositifs existants dans les autres droits européens[1130], cette organisation peut surprendre. En effet, dans la mesure où la procédure mise en œuvre comporte un caractère liberticide, nous aurions pu penser qu'elle relèverait de la compétence exclusive du juge, en application des dispositions de l'article 66 de la Constitution[1131]. Qu'il s'agisse de la loi ÉVIN de 1990 ou des réformes de 2011 et 2013, le législateur a maintenu la possibilité pour le représentant de l'État de mettre en œuvre, à

[1130] VELPRY Livia, RHENTER Pauline, « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement », *Regards sur l'actualité*, Paris, La Documentation Française, n° 374, 2011, pp. 68-83.
[1131] Article 66 de la Constitution : « 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 ».

titre autonome, une mesure de SPSC. Cette dernière peut être instaurée en première intention (1) ou de manière secondaire (2).

1) L'exercice primaire du pouvoir préfectoral

Un pouvoir de police administrative. Le préfet du département ou le préfet de police à Paris ont la possibilité d'admettre en SPSC « des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes, représentent un danger pour elles-mêmes et pour autrui ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public[1132] ». Cette prise en charge s'effectue au sein des unités psychiatriques des hôpitaux publics de son département. C'est donc en vertu des pouvoirs de police administrative[1133] octroyés et de leur obligation d'assurer le respect de la sûreté, de la sécurité et de la salubrité publique qu'ils interviennent[1134]. En l'espèce, plusieurs remarques s'imposent.

Un pouvoir conditionné à la production d'un certificat médical circonstancié. *A priori*, l'instauration d'une prise en charge médicale par le représentant de l'État peut surprendre car il ne dispose pas des connaissances médicales pour apprécier l'opportunité d'un tel protocole de soins. Cet état de fait légitime la nécessité de produire un certificat médical circonstancié réalisé par un psychiatre ou par un médecin en cas d'urgence. Cependant, aucun élément dans la loi ne vient préciser le contenu de ce certificat[1135]. Cette attente est pourtant légitime au regard des conséquences liberticides que la mesure entraine. La jurisprudence a dû intervenir pour combler cette lacune. Elle indique que le certificat médical[1136] ne peut se limiter à faire état du danger constitué par le patient pour lui-même

[1132] Article L. 3213-1 et suivants du CSP.
[1133] La qualité d'autorité de police administrative du préfet a été reconnue par la jurisprudence dans le cadre de l'arrêt *Labonne* (CE, 8 août 1919, n° 56377). Son pouvoir de police général a été affirmé par l'article 34 de la loi du 2 mars 1982 (Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 modifiée, relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions) selon lequel notamment « le représentant de l'État dans le département a la charge des intérêts nationaux, du respect des lois, de l'ordre public et, dans les conditions fixées par la présente loi, du contrôle administratif ».
[1134] FREDON Annie, HU-YEN-TACK Arsène, *Guide juridique de l'hospitalisation sous contrainte. Conséquences pratiques des réformes de 2011 et 2013 et projet de loi de santé 2015*, Bordeaux, LEH, coll. Décideur santé, 2015, p. 68.
[1135] Si l'on se réfère aux procédures initiées pour la mise en place d'une curatelle ou d'une tutelle, l'article 1219 du CPC exige que le certificat médical circonstancié comporte une description précise des altérations des facultés du majeur à protéger ainsi que des informations sur l'évolution prévisible de cette altération.
[1136] La seule interdiction posée en la matière est que le certificat ne soit pas rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil. En conséquence, tout médecin relevant d'une autre discipline médicale que la psychiatrie et exerçant au sein d'établissement d'accueil est compétent pour l'établissement dudit certificat médical. CAA Nancy, 7 janvier 2008, n°06NC01639. Il peut également s'agir d'un psychiatre qui exerce à l'extérieur de l'établissement d'accueil, tel qu'un psychiatre libéral. CE, 9 juin 2010, n° 321506 ; Cass. Civ., 1ère, 15 juin 2017, n° 17-50.006.

ou pour autrui[1137]. Il doit clairement faire ressortir que ses troubles mentaux nécessitent des soins et rendent nécessaire son admission en soins psychiatriques[1138]. En outre, la jurisprudence n'exige pas la mention que les troubles nécessitant les soins « compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public », dans la mesure où cette appréciation relève des pouvoirs du préfet[1139].

L'appréciation par une autorité administrative d'un document médical. Une fois le certificat médical établi, le préfet a pour mission d'apprécier le bien-fondé de la mesure de placement au regard du certificat médical circonstancié produit. Il doit apporter avec certitude la justification médicale de cette mesure[1140] et motiver très précisément son arrêté avec les éléments médicaux de nature à convaincre le juge du caractère inévitable de la contrainte imposée[1141] et non, se contenter de reproduire textuellement les termes du certificat médical initial[1142]. Est pourtant considéré comme valable l'arrêté qui se réfère à un certificat médical annexé qui décrit avec précision l'état mental de l'intéressé au moment des faits[1143]. Par ailleurs, la jurisprudence considère que l'annexe du certificat médical n'est pas nécessaire si l'arrêté reprend le contenu du certificat médical et comporte lui-même les considérations de fait et de droit exigées par l'article L. 3223-1 du CSP[1144].

Une mesure exorbitante de droit commun, privative de liberté. La jurisprudence a eu l'occasion d'indiquer que cette procédure n'est pas une prescription thérapeutique, mais une mesure de police qui doit être strictement limitée aux cas prévus par la loi[1145], au regard de la dangerosité de la personne concernée pour elle-même ou pour autrui[1146]. En conséquence, c'est une mesure exorbitante de droit commun, privative de liberté[1147]. Elle ne peut être mise en œuvre que dans le cadre d'un danger attesté et réel. Ce dispositif ne peut donc pas servir pour protéger la société contre le danger hypothétique présenté par un individu dès lors qu'aucune maladie n'a été diagnostiquée à son égard[1148]. Il en va de même vis-à-vis d'une situation de rechute sans constat de dangerosité[1149]. Sur ces différents points, la diversité du contentieux est révélatrice d'un certain nombre d'abus

[1137] CAA Bordeaux, 20 juin 2006, req. n° 04BX01907.
[1138] FREDON Annie, HU-YEN-TACK Arsène, *op., cit*., p. 71.
[1139] Cass. Civ., 1ère, 28 mai 2015, n° 14-15.686.
[1140] TGI Créteil, 15 juin 1990.
[1141] TGI Rennes, 24 décembre 1991.
[1142] TGI Créteil, 7 décembre 2001.
[1143] CE, 3 novembre 1997, n° 146447.
[1144] CE, 27 mai 2011, n° 330267.
[1145] TGI Evry, 27 avril 1998, *M. L.*
[1146] TGI Libourne, 15 juin 1989, *Melle M.*
[1147] FREDON Annie, HU-YEN-TACK Arsène, *op., cit*., p. 69.
[1148] TGI Avignon, 31 juillet 1990.
[1149] Cass. Civ., 1ère, 8 juillet 2015, n° 14-21.150.

ou de détournements des mesures de leur finalité[1150]. La surmédiatisation de certains faits n'est pas propice à la conduite d'une réflexion plus approfondie sur la question et entraine inévitablement des dérives sous couvert du maintien de l'impératif sécuritaire. Une dynamique similaire est observable lorsque la mesure de SPSC est initiée par le maire ou les commissaires de police à Paris.

2) L'exercice secondaire du pouvoir préfectoral

Des interventions *a posteriori*. À côté de la procédure initiée en première intention, le représentant de l'État peut intervenir à la suite d'une décision prise par le maire ou les commissaires de police à Paris. Son action peut également s'inscrire dans la continuité des autres procédures de soins psychiatriques ; peu importe que ces derniers se déroulent initialement sous le régime des soins en SDT ou en SPI.

Une intervention dans la continuité de l'action des maires et des commissaires de police à Paris. Dans la première hypothèse, la loi[1151] prévoit la possibilité pour le maire ou les commissaires de police à Paris de prendre, en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, des mesures provisoires à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes[1152]. Depuis une décision du Conseil constitutionnel de 2011[1153], cette mesure ne peut plus être prise sur le fondement de la « notoriété publique ». Elle n'est pas soumise à l'exigence d'un certificat médical circonstancié. Cette dérogation s'explique par le caractère urgent de la situation. Elle doit néanmoins faire l'objet d'un avis médical et être transmise au représentant de l'État dans le département

[1150] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 101.
[1151] Cette hypothèse est prévue à l'article L. 3213-2 du CSP. Selon ce dernier, « 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 représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'État, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. La période d'observation et de soins initiale mentionnée à l'article L. 3211-2-2 prend effet dès l'entrée en vigueur des mesures provisoires prévues au premier alinéa ».
[1152] Tel est le cas d'un individu qui déambule totalement nu dans les rues de la commune en pleine crise psychiatrique, un comportement inhabituel ou l'agression verbale ou physique sans raison apparente des voisins ou des passants. FREDON Annie, HU-YEN-TACK Arsène, *Guide juridique de l'hospitalisation sous contrainte. Conséquences pratiques des réformes de 2011 et 2013 et projet de loi de santé 2015*, Bordeaux, LEH, coll. Décideur santé, 2015, p. 73.
[1153] C. const., 6 octobre 2011, n° 2011-174 QPC.

sans délai[1154]. Ce dernier doit alors statuer sans délai et au besoin, prononcer un arrêté[1155]. En l'absence de décision confirmative du préfet, la mesure provisoire devient caduque[1156] au terme d'un délai de 48 heures à compter de la date de l'arrêté du maire ou du commissaire de police[1157].

Des procédures à l'influence médicale différenciée. Si les procédures d'intervention du représentant de l'État, prévues aux articles L. 3213-1 et L.3213-2 du CSP, apparaissent similaires, elles comportent une différence notoire : l'exigence d'un certificat médical circonstancié dans l'un et un avis médical[1158] dans l'autre. Par ailleurs, la jurisprudence s'avère être plus sévère à l'égard du maire que du préfet dans la mesure où « si cette décision peut satisfaire à l'exigence de motivation en se référant à l'avis médical préalablement établi, c'est à la condition de s'en approprier le contenu et de joindre cet avis à la décision[1159] ». Au regard de l'article L. 3213-2 du CSP, aucune mention n'indique que la décision du maire ou des commissaires de police se doit d'être motivée. Cette exigence trouve sa source dans l'article L211-2 du Code des relations entre le public et l'administration[1160]. Dans les faits, la majorité de ces procédures s'appliquent à l'égard de personnes plutôt isolées socialement et dans une situation précaire[1161]. Le renforcement du maillage de l'offre de soins prend alors tout son sens, dans la mesure où ni l'isolement social ni la marginalisation d'un individu attestent de manière « claire » l'existence d'un trouble mental de nature à troubler l'ordre public.

Une intervention de « dernier recours ». Enfin, il nous faut souligner le pouvoir discrétionnaire du préfet dans les autres procédures de SPSC. Dans le cadre d'une mesure de SDT ou de SPI, lorsqu'un psychiatre de l'établissement d'accueil atteste par un certificat médical[1162] que l'état de santé du patient « nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public », l'information est transmise

[1154] « C'est à tort que le premier juge a considéré que l'Administration avait l'obligation d'intervenir dans le délai de 24 heures alors que l'article L. 344 faisait seulement obligation au préfet de statuer sans délai ». CA Montpellier, 28 juin 1998.
[1155] Dans cette hypothèse, les soins se poursuivent selon les règles générales relatives à la procédure des SPDRE.
[1156] CE, 10 février 1984, *Mme Dufour c/ministre de l'Intérieur*, req. n° 32794 et 39790.
[1157] Cass. Civ., 1ère, 5 février 2014, n° 11-28564.
[1158] « À la différence d'un avis médical qui n'implique qu'un entretien ou une évaluation d'urgence, un certificat médical impose un examen direct de la personne par un médecin ». CA Douai, 30 septembre 1991. Cité par FREDON Annie, HU-YEN-TACK Arsène, *Guide juridique de l'hospitalisation sous contrainte Conséquences pratiques des réformes de 2011 et 2013 et projet de loi de santé 2015*, Bordeaux, LEH, coll. Décideur santé, 2015, p. 74.
[1159] *Ibidem.*
[1160] Article L211-2 du Code des relations entre le public et l'administration : « Les personnes physiques ou morales ont le droit d'être informées sans délai des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent. À cet effet, doivent être motivées les décisions qui : 1° Restreignent l'exercice des libertés publiques ou, de manière générale, constituent une mesure de police ». V° notamment CE, 31 mars 1989, *ministère de l'Intérieur et de la décentralisation c/Lambert*, n° 69547.
[1161] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH Éditions, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 106.
[1162] Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de l'intéressé, la procédure peut s'effectuer au moyen d'un avis médical sur la base du dossier médical du patient.

par le directeur d'établissement au préfet qui peut prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques[1163]. Si le préfet décide de suivre la préconisation du psychiatre, la mesure de soins se poursuivra sous le régime des SPDRE. Cette procédure peut être intentée lorsque les proches du patient sont déterminés à obtenir la mainlevée de la mesure, mais qu'un risque réel d'atteinte à l'intégrité physique du patient ou d'autrui et/ou une menace à l'ordre public est observable.

Un aspect sanitaire délaissé. En conséquence, que le préfet agisse en première ou en seconde intention, ses pouvoirs de police en la matière sont particulièrement forts. Cependant, l'aspect sanitaire de ces mesures semble complètement exclu au profit du maintien de l'ordre public. Dans la mesure où ces procédures relèvent du CSP, l'aspect sanitaire de ces dernières ne devrait pas être oublié. Il doit en être de même dans le cadre de son action au sein des mesures de soins judiciairement ordonnées.

B : Un pouvoir variable dans le cadre des mesures de soins ordonnées judiciairement

La prise en charge différenciée de l'irresponsabilité pénale. Par principe, la commission d'une infraction reconnue par la loi pénale doit faire l'objet d'une sanction. Ce principe n'est pas absolu et le Code pénal reconnait plusieurs hypothèses dans lesquelles la responsabilité de l'auteur des faits litigieux ne sera pas retenue. Tel est le cas de l'irresponsabilité pénale prévue à l'article 122-1 du Code pénal. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 25 février 2008[1164], une distinction doit être opérée entre les deux alinéas de cet article, en particulier au niveau de la répartition des compétences entre les autorités judiciaires et administratives à l'égard du prononcé de la mesure de soins sans

[1163] Article L. 3213-6 du CSP : « Lorsqu'un psychiatre de l'établissement d'accueil d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application de l'article L. 3212-1 atteste par un certificat médical ou, lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de l'intéressé, par un avis médical sur la base de son dossier médical que l'état mental de cette personne nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public, le directeur de l'établissement d'accueil en donne aussitôt connaissance au représentant de l'État dans le département qui peut prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques en application de l'article L. 3213-1, sur la base de ce certificat ou de cet avis médical. Les certificats médicaux mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3211-2-2 sont alors établis par deux psychiatres distincts. Lorsque ceux-ci ne peuvent procéder à l'examen de la personne malade, ils établissent un avis médical sur la base de son dossier médical ».

[1164] Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

consentement. En effet, en cas de discernement aboli[1165], le prononcé d'une mesure de soins imposés résultera d'une compétence partagée des autorités judiciaires et administratives (1). À l'inverse, lorsque le discernement de l'individu sera altéré, le prononcé de la mesure de soins résultera d'une décision judiciaire unilatérale à laquelle le préfet devra se conformer (2).

1) Une compétence partagée entre autorités judiciaires et administratives en cas de discernement aboli

La sanction cachée en cas d'abolition complète du discernement. Malgré le principe de légalité criminelle qui est censé gouverner l'élaboration de la norme pénale, aucune définition légale n'est envisagée par le législateur à l'égard de la notion de « troubles psychiques ou neuropsychiques ». Selon la doctrine et la jurisprudence contemporaine, ce terme semble désigner « un certain état de la personne quelle qu'en soit la cause, de telle sorte qu'il renvoie à toutes les hypothèses dans lesquelles le discernement est absent[1166] ». L'article 122-1 alinéa 1 du Code pénal nous indique que « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». À la lecture de cet énoncé, nous pourrions penser que l'auteur d'une infraction ayant souffert d'un abolissement complet lors de la commission de son fait litigieux ne puisse recevoir aucune « sanction ». Cependant, cette lecture est erronée et des mesures de soins peuvent désormais être ordonnées.

Une réforme à double finalité. Le fait de retenir l'abolition du discernement pour ne pas imputer de sanction à l'auteur des faits litigieux était dur à accepter pour les victimes qui avaient l'impression de subir une négation ouverte de leur condition. La réforme opérée par la loi du 25 février 2008[1167] a permis de corriger cet état de fait afin que

[1165] BONIS Evelyne, « Troubles psychiques – Malades mentaux », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, actualisation octobre 2021, Dalloz.
[1166] *Ibidem.*
[1167] Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, JORF n° 0048 du 26 février 2008, Texte n° 1.

leur situation soit mieux prise en considération. En outre, elle permet d'amorcer une démarche de responsabilisation à l'égard de l'auteur.

Désormais, la juridiction qui constate l'irresponsabilité peut d'une part, se prononcer sur la réalité des faits commis par la personne mise en cause à l'occasion d'une audience publique et d'autre part, décider de mesures nécessitées par son état de santé[1168]. Concrètement, les juges pourront instaurer une mesure de sûreté parmi lesquelles se trouve le prononcé d'une hospitalisation. Dans la mesure où elle est fondée sur des considérations subjectives, elle est attachée à la personne[1169] et ne peut être étendue aux complices ou coauteurs sains d'esprit qui restent punissables[1170].

Une qualification juridique discutée. Sur le plan doctrinal, une question se pose à l'égard de la nature exacte d'une telle mesure[1171]. Certains reconnaissent le caractère plein et entier de la mesure de sûreté[1172] alors que d'autres y voient une « peine déguisée[1173] ». Selon la Professeure Evelyne BONIS-GARÇON, « les peines ont essentiellement un but répressif. Elles sont destinées à punir une personne pour ce qu'elle a fait et à ce titre, elles sont tournées vers le passé. À l'inverse, les mesures de sûreté sont prononcées eu égard à la dangerosité de la personne, dangerosité qu'elles ont vocation à faire disparaître. Elles sont en effet destinées à améliorer la personne, à la soigner pour l'empêcher de renouveler son acte. Elles sont donc, à l'inverse des peines, tournées vers l'avenir[1174] ».

Une hospitalisation possible sous le régime des SPDRE. Dans tous les cas, le prononcé de la mesure d'hospitalisation sera corrélé à l'état dangereux de l'individu, constaté par une expertise psychiatrique. Elle devra établir que les troubles mentaux, dont souffre l'individu, compromettent la sûreté des personnes et portent atteinte de façon grave à l'ordre public. Dans cette hypothèse, le représentant de l'État dans le département ou, à

[1168] DETRAZ Stéphane, « Création d'une nouvelle décision de règlement de l'instruction : décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », *RSC*, 2008. p. 873.
[1169] BONIS Evelyne, « Troubles psychiques – Malades mentaux », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, actualisation octobre 2021, Dalloz, n° 99.
[1170] Cass., Crim. 13 mars 1991, n° 90-83.913.
[1171] Les enjeux de la qualification de ces interdictions en peine ou mesure de sûreté sont importants. La qualification de ces mesures en « peines » pourrait anéantir totalement les finalités de la réforme et mettre à mal le principe posé à l'article 122-1 alinéa 1er du Code pénal puisque le prononcé d'une mesure ainsi qualifiée à l'égard d'une personne pourtant déclarée irresponsable pénalement bafouerait ce texte. D'autre part, au regard de l'application de la loi dans le temps, la qualification est essentielle puisque la chambre criminelle de la Cour de cassation procède à une dissociation des peines, dont elle refuse de faire une application à des faits commis avant l'entrée en vigueur de la loi en vertu du principe de la non-rétroactivité de la loi pénale plus sévère, et les mesures de sûreté dont elle fait, au contraire, une application rétroactive (Cass. Crim. 26 nov. 1997, n° 96-83.792). BONIS Evelyne, « Troubles psychiques – Malades mentaux », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, actualisation octobre 2021, Dalloz, n° 107.
[1172] PRADEL Jean, « Une double révolution en droit pénal français avec la loi du 25 février 2008 sur les criminels dangereux », *D.* 2008, p. 1000.
[1173] MATSOPOULOU Haritini, « L'application des "peines", puis des "mesures de sûreté" aux personnes atteintes de troubles mentaux : l'incohérence jurisprudentielle et ses conséquences », *Dr. Pénal*, 2011. Étude 4, § 15 s.
[1174] BONIS Evelyne, « Troubles psychiques – Malades mentaux », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, actualisation octobre 2021, Dalloz, n° 104.

Paris, le préfet de police doit être immédiatement avisé de cette décision par le procureur de la République ou le procureur général. Il lui appartient de procéder sans délai à l'hospitalisation après avoir défini l'établissement dans lequel la personne sera affectée[1175], si ce dernier estime que le risque d'atteinte de façon grave à l'ordre public est bien caractérisé. Si c'est le cas[1176], il sera fait application des dispositions classiques des SPDRE prévues par le CSP aux articles L. 3213-1 et suivants. Cette faculté offerte au représentant de l'État est exclue lorsque la mesure de soins ordonnée résulte d'une peine infligée au titre de l'application de l'alinéa 2 de l'article 121-1 du Code pénal.

2) Une compétence exclusive de l'autorité judiciaire en cas de discernement altéré

Une situation inconnue *ab initio*. Le Code pénal de 1804 n'envisageait que l'hypothèse d'un discernement complètement aboli. Pourtant, des situations dans lesquelles ce dernier était uniquement altéré étaient déjà observables. Selon le Professeur LEVASSEUR, il s'agit des personnes qui « en raison de troubles psychiques ou de déficiences mentales durables altérant leurs fonctions supérieures de contrôle, ne sont pas pleinement capables d'apprécier le caractère délictueux de leurs actes ou de se déterminer d'après cette appréciation[1177] ». Afin de remédier à cette situation, une circulaire du garde des Sceaux fut adoptée le 12 décembre 1905[1178] afin que l'individu présentant un état anormal puisse être déclaré responsable, mais avec des circonstances atténuantes. Par la suite, un aliéna 2 fut introduit à l'article 122-1 du Code pénal[1179].

Troubles psychiatriques et principe d'individualisation des peines. Au même titre que pour les troubles psychiatriques abolissant le discernement de la personne, aucune

[1175] Article 706-135 du CPP.
[1176] Le préfet n'est pas tenu par la demande du juge. Il peut ne pas y faire droit.
[1177] LEVASSEUR Georges, *Les délinquants anormaux mentaux*, Paris, Cujas 1959. Cité par BONIS Evelyne, « Troubles psychiques – Malades mentaux », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, actualisation octobre 2021, Dalloz, n° 117.
[1178] Circulaire Chaumié en date du 12 décembre 1905.
[1179] Article 122-1 alinéa 2 du Code pénal : « La personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement ou entravé le contrôle de ses actes demeure punissable. Toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime. Si est encourue une peine privative de liberté, celle-ci est réduite du tiers ou, en cas de crime puni de la réclusion criminelle ou de la détention criminelle à perpétuité, est ramenée à trente ans. La juridiction peut toutefois, par une décision spécialement motivée en matière correctionnelle, décider de ne pas appliquer cette diminution de peine. Lorsque, après avis médical, la juridiction considère que la nature du trouble le justifie, elle s'assure que la peine prononcée permette que le condamné fasse l'objet de soins adaptés à son état ».

définition n'est donnée quant aux « faits de nature » à alterner ce dernier. « Ce sont les juges qui apprécieront les faits et détermineront si l'agent avait, ou non, le contrôle de ses actes au temps de l'action[1180] ». Contrairement à l'hypothèse évoquée précédemment, l'individu dont les facultés mentales étaient seulement altérées au moment de l'infraction demeure punissable. Sa responsabilité pénale pourra donc être engagée, mais l'application du principe d'individualisation des peines induit que ces troubles soient pris en considération par le juge. Il choisira de prononcer la peine qui lui parait la plus adaptée, en s'assurant qu'elle puisse permettre au condamné d'effectuer les soins que nécessite son état[1181]. Au regard des observations du CGLPL[1182], des interrogations demeurent quant à la réalisation effective de ces différentes obligations[1183].

L'application d'une peine « médicale ». En conséquence, le juge pourra prononcer une mesure de traitement ou de soins en application de l'article 132-45 3° du Code pénal. Selon ce dernier, « la juridiction de condamnation ou le juge de l'application des peines peut imposer spécialement au condamné l'observation de l'une ou de plusieurs des obligations suivantes : (…) 3° Se soumettre à des mesures d'examen médical, de traitement ou de soins, même sous le régime de l'hospitalisation. Ces mesures peuvent consister en l'injonction thérapeutique prévue par les articles L. 3413-1 à L. 3413-4 du code de la santé publique, lorsqu'il apparait que le condamné fait usage de stupéfiants ou fait une consommation habituelle et excessive de boissons alcooliques ». Par ailleurs, le juge peut ajouter cette obligation au cours de l'exécution de la sanction si cette dernière apparait nécessaire[1184]. En outre, comme la mise en place du soin imposé relève des peines, cette décision s'impose au préfet, sans que ce dernier ne puisse intervenir. En effet, s'il est compétent pour assurer la protection de l'ordre public sur le territoire, il ne dispose pas des prérogatives nécessaires pour imposer une peine à un individu. Cette prérogative punitive appartient exclusivement au juge.

Des autorités administratives et judiciaires épaulées par le pouvoir médical. Qu'il s'agisse du préfet ou du juge, chacun s'appuie sur des expertises médicales pour

[1180] BONIS Evelyne, « Troubles psychiques – Malades mentaux », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, actualisation octobre 2021, Dalloz, n° 121.
[1181] BONIS Evelyne, « Troubles psychiques – Malades mentaux », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, actualisation octobre 2021, Dalloz, n° 134.
[1182] CGLPL, Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté, JORF du 4 juin 2020, Texte n° 88.
[1183] Cette situation n'est malheureusement pas nouvelle. En 2000, le rapport de la commission sur le contrôle extérieur des établissements pénitentiaires, présidée par Guy Canivet, premier président de la Cour de cassation, indiquait que « ces contrôles sont souvent effectués *a minima* ».
[1184] Article 739 du CPP. V. Cass. Crim. 13 novembre 2001, n° 00-88.128.

consolider leur décision. Cependant, ces dernières ne comportent pas de réel effet contraignant. Pourtant, le préfet comme le juge ne sont pas des professionnels de la santé, et encore moins des médecins. Au regard des diverses procédures, le pouvoir médical apparait comme délaissé.

§ 2 : Un pouvoir médical souvent délaissé

Une place décisionnelle variable. Alors que le pouvoir médical est le seul à détenir les connaissances scientifiques adéquates pour apprécier la situation clinique des patients DSPSC, la place que la loi leur confère à l'égard des acteurs étatiques ou de l'administration pénitentiaire apparait comme déséquilibrée. Au regard des diverses procédures, la prise en compte des décisions médicales demeure très variable dans le cadre des SPSC (A). Dans le cadre des soins en milieu carcéral, le pouvoir médical se voit parfois réduit à une simple compétence d'appui au service de l'administration pénitentiaire (B).

A : L'influence variable du corps médical dans le cadre des SPSC

Une influence constatable uniquement dans les SDT. Dans les SPSC, la privation de liberté est corrélée à l'évolution de la pathologie mentale du patient. Dans la mesure où son évaluation demeure une prérogative exclusivement médicale, la place des praticiens dans le déroulé de ces mesures aspire à être au moins équivalente à celle des autres autorités étatiques concernées par ces procédures. Au regard des textes, la place des médecins, qu'ils soient ou non psychiatres, est inégale selon les procédures. Parce qu'une mesure de SPSC peut être initiée par une personne privée ou par une autorité étatique, il

n'est pas surprenant de constater que la place du corps médical est plus nettement affirmée dans la première hypothèse (1) que dans la seconde (2).

1) Une influence manifeste du médecin dans les SDT et SPI

Une place décisionnelle motivée par la protection d'un intérêt privé. Au même titre que pour les SPDRE, la mise en œuvre des SDT ou des SPI repose sur l'impossibilité pour la personne qui souffre de troubles mentaux de consentir aux soins. À cela s'ajoute la nécessité de recevoir des soins immédiats dans le cadre d'une surveillance constante et régulière en milieu hospitalier[1185]. En d'autres termes, une « équipe soignante, engagée dans un projet thérapeutique, doit pouvoir intervenir à tout moment auprès du patient en cas de besoin[1186] ». Contrairement aux SPDRE, ces procédures reposent sur la protection d'un intérêt privé : la protection de l'intégrité physique et/ou mentale du patient. Dans ces circonstances, il est logique que le corps médical retrouve toute « sa latitude décisionnelle[1187] », tant au moment de l'admission du patient que du déroulé des soins.

La plénitude du pouvoir médical au moment de l'admission. La place du corps médical à l'ouverture d'une mesure en SPSC ne peut être perçue uniquement comme un rempart à l'arbitraire. Son objectif principal est d'évaluer l'état de santé du patient susceptible d'être concerné par cette mesure et de déterminer si la situation justifie l'instauration d'un protocole de soins contraints. Dans le cadre des SDT, l'article L. 3212-1 du CSP impose la présentation de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours[1188]. En l'espèce, le terme « certificat médical » est important. Il sous-entend l'obligation pour le médecin d'examiner concrètement et physiquement le patient.

[1185] CA Versailles, 13 novembre 1998.
[1186] Cass. Civ., 1ère 13 octobre 1999, n° 97-16.216.
[1187] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 234.
[1188] À cet égard, il est précisé que « le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins ».

Cet examen obéissant aux règles classiques de la consultation médicale[1189], il n'est donc pas exclu qu'une discussion soit entamée avec le patient et que ce dernier décide volontairement de suivre une prise en charge adaptée à sa pathologie. En pareil cas, le patient relèverait des soins psychiatriques dits libres. Par ailleurs, dans la mesure où la loi exige deux certificats médicaux[1190], cette recherche du consentement dans le soin peut être faite à deux reprises.

Cette double évaluation médicale tend à inscrire la démarche dans un réel protocole de soins, d'autant plus que le second praticien n'est pas lié par les précédentes observations de son confrère ou de sa consœur[1191]. Nous observerons à ce titre que la jurisprudence apparait plus sévère à l'égard du certificat rédigé par un praticien de l'établissement d'accueil. Elle estime que « l'irrégularité résultant de la rédaction du certificat médical par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil porte nécessairement atteinte aux droits du patient au sens de l'art. L. 3216-1 CSP et justifie la mainlevée de la mesure par le JLD[1192]». Sans doute pouvons-nous voir ici la volonté du juge d'instaurer une impartialité professionnelle et d'éviter toute admission de « complaisance ». En cas d'urgence ou de péril imminent, seul un seul certificat médical est requis. L'objectif est de pouvoir administrer au plus vite les soins nécessaires à l'état du patient. Afin de limiter au maximum le caractère arbitraire de ces procédures, un second examen médical sera pratiqué dans les 24 heures. Dans tous les cas, les décisions prises par le pouvoir médical s'inscrivent dans une démarche thérapeutique, et non sécuritaire.

La prédominance du pouvoir médical sur le pouvoir de direction. Dans toutes les procédures initiées à la demande d'un tiers, l'admission est prononcée par le directeur d'établissement et non par le pouvoir médical. De ce fait, nous aurions pu craindre un schéma similaire à celui rencontré dans le cadre des SPDRE. Tel n'est pas le cas. En l'espèce, le directeur d'établissement est toujours lié aux décisions du pouvoir médical. Contrairement au préfet, il ne dispose pas de pouvoirs pour contester les décisions des praticiens. Cette dynamique se retrouve également au cours de la procédure de soins. En

[1189] Les certificats médicaux réalisés à cette occasion sont susceptibles d'engager la responsabilité civile et pénale de son auteur. Ils peuvent également engager la responsabilité déontologique du praticien. En conséquence, le médecin se doit de ne pas dénaturer volontairement les faits ni de rapporter les dires d'un tiers. V° notamment les articles 441-7 et 441-8 du Code pénal pour les hypothèses de fraude ou de déclaration mensongère et les articles R. 4127-28 et suivants du CSP pour les obligations déontologiques.
[1190] Dans les faits, l'établissement du premier certificat médical circonstancié relève principalement du médecin traitant ou des médecins urgentistes. Le second certificat est généralement réalisé par un praticien de l'établissement d'accueil.
[1191] L'article L. 3211-13 du CSP précise que « les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins ».
[1192] Cass. Civ., 1ère, 5 décembre 2019 ; n° 19-22.930.

effet, que ce soit au cours de la période d'observation et de soins initiale ou dans l'hypothèse du prolongement de la mesure à l'issue des 72 heures, les psychiatres qui concourent à la prise en charge du patient doivent périodiquement[1193] produire des certificats médicaux. Ces derniers sont impératifs[1194] pour justifier la nécessité de la mesure, mais également pour définir le protocole de soins le plus adapté à l'état de santé du patient. Ces décisions médicales s'imposent au directeur de l'établissement[1195]. Cette situation de « compétence liée » du directeur d'établissement au pouvoir médical se retrouve lorsque la forme de la prise en charge doit faire l'objet d'une modification. Il en va de même si la période des soins se prolonge au-delà d'une durée d'un an, à compter de l'admission. Dans cette hypothèse, la loi prévoit qu'une évaluation soit réalisée tous les ans[1196] par un collège d'expert[1197].

L'exception isolée à la prédominance médicale. Cette dynamique conforte « le fait que l'aspect sanitaire du dispositif légitime la primauté de la décision médicale[1198] ». La seule hypothèse dans laquelle l'autorité médicale peut être remise en question résulte d'une demande de mainlevée exprimée par les proches du patient dans le cas des SPI. Lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de 24 heures établit que l'arrêt des soins entrainerait un péril imminent pour la santé du patient, le directeur d'établissement n'est pas en situation de compétence lié par rapport à la demande de mainlevée demandée par la famille. Il peut faire droit à la demande de la famille ou bien de suivre l'avis médical[1199]. Dans un souci de préservation de l'état de santé du patient, l'hypothèse d'un maintien en soins semble plus favorable. Elle tend également à protéger

[1193] Article L. 3212-7 alinéas 2 et 3 du CSP : « (…). Dans les trois derniers jours de chacune des périodes mentionnées au premier alinéa, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée en application de l'article L. 3211-2-2 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical. Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège mentionné à l'article L. 3211-9. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collège recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible ».

[1194] Article L. 3212-7 alinéa 4 du CSP « Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations mentionnés au présent article entraine la levée de la mesure de soins ».

[1195] Cette idée est exprimée à l'article L. 3212-4 du CSP selon lequel « lorsque l'un des deux certificats médicaux (…) conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins, le directeur de l'établissement d'accueil prononce immédiatement la levée de cette mesure. Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de prolonger les soins, le directeur de l'établissement prononce le maintien des soins pour une durée d'un mois en retenant la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre (…). Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre ».

[1196] Article L. 3212-8 du CSP.

[1197] Selon l'article L. 3211-9 du CSP, le collège d'expert se compose de trois membres appartenant au personnel de l'établissement :1° Un psychiatre participant à la prise en charge du patient ; 2° Un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ; 3° Un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient.

[1198] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH Éditions, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 238.

[1199] Dans cette hypothèse, il devra informer les proches du patient de leur droit d'exercer une voie de recours selon l'article L. 3212-9 2° du CSP.

le directeur d'établissement dans la mesure où la commission d'une infraction par le patient lors de sa sortie tendrait à voir engager sa responsabilité civile et pénale.

En conséquence, exception faite de ce dernier point, les praticiens disposent d'une réelle plénitude d'action et de pouvoir dans le cadre des SDT et SPI. Tel n'est pas le cas lorsque la procédure est à l'initiative du représentant de l'État.

2) Une influence discutable du médecin dans le cadre des SPDRE

Un pouvoir médical principalement cantonné à l'établissement de certificats médicaux. Dans la mesure où les SPDRE relèvent des pouvoirs de police administrative du représentant de l'État, l'influence du corps médical sur la mesure semble, de prime abord, réduite. Cependant, cela ne signifie pas que le pouvoir médical est complètement exclu. Il demeure compétent pour établir les différents certificats ou avis médicaux exigés par la loi pour ouvrir la procédure des SPDRE ou faire en sorte que cette dernière se poursuive voire s'arrête. C'est justement à l'étape de la poursuite ou de l'arrêt des soins qu'un conflit peut naître entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif.

Un affrontement médico-administratif en cas de désaccord à l'expiration de la période d'observation et de soins initiale. Selon l'article L. 3213-1 II du CSP[1200], à compter de la réception du certificat des 72 heures[1201], le préfet dispose de trois jours francs pour soit ordonner la mainlevée de la mesure, soit pour poursuivre les soins, en s'appuyant sur la décision médicale du médecin et « les exigences liées à la sûreté des personnes à l'ordre public[1202] ». Si au cours de cette période le préfet ne s'est pas prononcé, la mainlevée de la mesure est acquise. En l'espèce, la situation ne présente aucune difficulté lorsque la décision du préfet concorde avec le certificat médical. En revanche, la situation est plus complexe lorsque le préfet souhaite maintenir la mesure malgré l'avis médical.

[1200] Article L. 3213-1 II du CSP : « Dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat médical mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2, le représentant de l'État dans le département décide de la forme de prise en charge prévue à l'article L. 3211-2-1, en tenant compte de la proposition établie, le cas échéant, par le psychiatre en application du dernier alinéa de l'article L. 3211-2-2 et des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public. Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre ».
[1201] Il s'agit du certificat médical réalisé à la fin de la période d'observation et de soins initiale.
[1202] Article L. 3213-1 II du CSP.

Pour que le patient ne soit pas dans une situation d'hospitalisation injustifiée, le CSP impose le réexamen de sa situation. Il est effectué par un second psychiatre, désigné par le directeur d'établissement, qui doit rendre un avis dans les 72 heures après la décision préfectorale. Ce nouvel avis doit porter uniquement « sur la nécessité de l'hospitalisation complète ». Cela signifie que le second psychiatre doit « strictement » répondre à l'opportunité ou non, au regard de l'état de santé du patient, de poursuivre la mesure de soin sous la forme d'une hospitalisation complète. Le psychiatre n'a pas l'obligation d'indiquer si l'état de la personne est susceptible de troubler l'ordre public. Cette qualification appartient uniquement au préfet[1203]. Deux hypothèses se présentent alors : une concordance médicale face au représentant de l'État ou au contraire, des avis médicaux divergents.

La résolution du conflit médico-administratif. Si le second avis conclut également à l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le préfet se trouve alors en situation de compétence liée, et devra prononcer la mainlevée de la mesure ou ordonner la mise en place d'une prise en charge en soins ambulatoires. Le « choix » du préfet sera guidé par les préconisations émises par le premier psychiatre. Dans cette situation, le représentant de l'État perd son pouvoir de police administrative.

Si le second avis médical conclut à la nécessité de poursuivre les soins sous la forme d'une hospitalisation complète, et que le représentant de l'État décide de maintenir sa décision, le directeur de l'établissement doit saisir le JLD qui devra statuer sur cette mesure dans les conditions de l'article L. 3211-12 du CSP. Si le recours à une autorité judiciaire apparait comme une source de garantie en faveur du patient, nous pouvons regretter l'absence de délai déterminé précisément par la loi. En effet, l'article L. 3213-9-1 III du CSP mentionne une saisine du JLD à « bref délai ». Compte tenu des conséquences liberticides qu'une telle mesure entraine sur le patient, une clarification législative apparait opportune.

[1203] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 247.

B : Un pouvoir médical utilisé comme compétence d'appui en milieu pénitentiaire

La cohabitation forcée de l'impératif sécuritaire et du soin. Avec l'entrée du soin dans la prison, les professionnels des établissements pénitentiaires ont dû laisser entrer une autre « culture professionnelle » propre au secteur de la santé. Le « prendre soin » et l'impératif sécuritaire étant par définition opposés, un temps d'adaptation fut nécessaire pour tenter de concilier l'ensemble de ces finalités professionnelles. Cette adaptation a également dû être opérée par les patients, et ne fut pas sans difficulté. En effet, « les comportements des soignants envers les détenus, notamment le vouvoiement et l'usage du "Monsieur", les choquent d'autant plus qu'ils ont le sentiment d'être mis à l'écart. Ces marques de respect tendent à être perçues, au moins dans les premiers mois de la réforme, comme une agression professionnelle, un effacement de la frontière morale entre les détenus et eux[1204] ». Aujourd'hui, malgré des difficultés persistantes[1205], une collaboration est observable entre les membres du personnel relevant du service public pénitentiaire et ceux de l'établissement de santé. Si dans le cadre de ses missions le personnel médico-soignant dispose de prérogatives qui lui sont propres, il peut intervenir à l'appui de décisions sanitaires (1), mais aussi sécuritaires (2).

1) Une compétence d'appui à visée sanitaire

Une compétence d'appui médicale générale. Selon la circulaire du 8 décembre 1994[1206], « si la loi du 18 janvier 1994 transfère au service public hospitalier l'organisation et la mise en œuvre des soins, ainsi que la coordination des actions de prévention, les personnes détenues n'en demeurent pas moins confiées par l'autorité judiciaire aux

[1204] École nationale de la santé publique (ENSP), *La santé en prison – objet complexe d'échange entre détenus, surveillants et personnels soignants*, Module interprofessionnel de santé publique, 2001, pp. 13-14.
[1205] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 93.
[1206] Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995.

établissements pénitentiaires. En conséquence, les personnels sanitaires et pénitentiaires travaillent dans la reconnaissance et le respect des missions de chacun ». Dans la mesure où le milieu pénitentiaire est un milieu fermé, la mission du personnel médico-soignant ne doit pas être exclusivement envisagée sous l'angle unique de la prise en charge des patients détenus. Elle doit s'inscrire dans un cadre d'intervention beaucoup plus large et opérer à l'égard de l'ensemble des acteurs de la prison.

Une sécurité sanitaire assurée par les médecins. Comme nous avons pu le constater dans le cadre de la gestion de la pandémie liée à la COVID-19, les questions sanitaires en prison ne s'imposent pas uniquement à l'égard des personnes détenues. Compte tenu des situations de promiscuité et d'enfermement, toute personne habilitée à intervenir en prison, ponctuellement ou régulièrement, est concernée par cette problématique. Si les Règles pénitentiaires européennes énoncent que « les autorités pénitentiaires doivent protéger la santé de tous les détenus dont elles ont la garde[1207] », il ne faut pas oublier la protection due, en matière d'hygiène et de sécurité, aux agents exerçant au sein de l'établissement carcéral[1208]. Dans cette perspective, les médecins participent à l'élaboration des règles individuelles et collectives au sein de l'établissement carcéral. Selon l'article D. 115-24 du Code pénitentiaire, « le médecin responsable des unités sanitaires ou des secteurs de psychiatrie (…) veille à l'observation des règles d'hygiène collective et individuelle dans l'établissement pénitentiaire. À ce titre, il est habilité à visiter l'ensemble des locaux de l'établissement et à signaler aux services compétents les insuffisances en matière d'hygiène et, de manière générale, toute situation susceptible d'affecter la santé des personnes détenues ; il donne son avis sur les moyens d'y remédier ». Cette action s'inscrit dans le cadre de leur mission au sein du Comité de pilotage[1209], du Comité de coordination et du Conseil d'évaluation de l'établissement pénitentiaire.

Le rôle du pouvoir médical dans le comité de pilotage. Au sein du comité de pilotage, le médecin coordonnateur de l'USMP et/ou le cadre de santé pilotent le comité,

[1207] Règle pénitentiaire européenne n° 39.
[1208] V° notamment les articles L811-1 à L829-2 du Code général de la fonction publique.
[1209] Le comité de pilotage a pour mission d'élaborer, ou de valider, le programme annuel ou de préférence pluriannuel d'actions de promotion de la santé. Pour cela, il : « définit des priorités au regard des besoins et des demandes des personnes détenues dans l'établissement et des politiques de santé régionales et nationales ; valide les propositions d'actions et le choix des intervenants ; échange l'information sur les actions menées et/ou financées ; suit la mise en œuvre et la cohérence des actions ; analyse les évaluations des actions mises en œuvre et propose des adaptations ou des changements nécessaires, le cas échéant. (…). En pratique, le comité de pilotage définit le programme dans une approche globale de promotion de la santé. Il s'appuie sur une équipe projet chargée d'élaborer, de suivre, d'accompagner et d'évaluer le programme d'actions ». MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, 2019, p. 392.

dont la présidence est assurée par le directeur d'établissement. Avec l'ensemble des participants[1210], ils doivent apporter leurs connaissances techniques et scientifiques destinées à alimenter la démarche de promotion de la santé et d'éducation pour la santé au sein de l'établissement. L'objectif est d'instaurer un programme annuel adapté à la situation de l'établissement en tenant compte de ses forces et de ses faiblesses[1211]. Dans cette perspective, l'établissement pénitentiaire peut instaurer des actions complémentaires et novatrices par rapport aux préconisations émises par l'ARS dans le cadre de la promotion de la santé. En l'espèce, la mission du personnel médical qui concourt à cette action n'est pas de prodiguer une action de soin à proprement parler, mais de voir de quelle manière ces actions pourraient être améliorées. Ils constituent donc une force de proposition et participent à l'instauration d'une culture pénitentiaire commune, dans le respect des droits des patients détenus. Ce point pourrait trouver un écho plus important si un représentant des patients détenus pouvait être membre de ce comité, mais cette possibilité n'a pas encore été envisagée.

Le pouvoir médical dans le cadre du Comité de coordination et du Conseil d'évaluation de l'établissement pénitentiaire. Cette dynamique se retrouve également dans le cadre du Comité de coordination[1212] et du Conseil d'évaluation de l'établissement pénitentiaire[1213]. Dans ces instances, l'expertise médicale est sollicitée pour élaborer les documents institutionnels de l'établissement les plus adéquats à la réalité du terrain. Avec leur connaissance des dossiers médicaux des patients, les professionnels de santé sont les mieux à même de pouvoir proposer des actions adaptées non seulement à l'état de santé des patients, mais également proportionnées aux moyens techniques de l'établissement. Cette action demeure guidée par le souhait de proposer aux patients détenus une offre de soins similaire à celle présentée en milieu libre.

[1210] Sont invités à participer à cette action le médecin responsable du dispositif de soins somatiques de l'USMP et le cadre de santé ; le médecin responsable du dispositif de soins psychiatriques de l'USMP et le cadre de santé ; les personnels soignants de l'USMP.
[1211] Bien que le cadre temporel ne soit pas le même, nous pouvons faire un parallèle entre cette démarche et l'élaboration d'un projet médical dans le cadre de la mise en œuvre d'un projet d'établissement au sein d'un ESSMS.
[1212] Le Comité de coordination est un organe de concertation établi entre le ou les établissements de santé concernés et l'établissement pénitentiaire. Sa mission porte notamment sur les conditions d'application du protocole de rattachement. MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, 2019, p. 35.
[1213] Le Conseil d'évaluation de l'établissement pénitentiaire a une compétence beaucoup plus large puisqu'il est chargé « d'évaluer les conditions de fonctionnement de l'établissement et de proposer, le cas échéant, toutes mesures de nature à les améliorer ». MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, 2019, p. 35.

Si l'intervention des professionnels de santé se justifie pleinement, leur compétence est également sollicitée lorsque des sanctions disciplinaires sont prises au sein de l'établissement pénitentiaire. En effet, ces dernières sont susceptibles d'engendrer des conséquences sur l'état de santé de la personne détenue.

2) Une compétence d'appui à visée sécuritaire

L'expertise médicale au service des modifications de régime de détention. Parce que la discipline est un maître mot au sein de chaque établissement pénitentiaire, son directeur dispose de toute la latitude nécessaire pour prendre les mesures adéquates destinées à faire cesser tout trouble, mais également sanctionner la personne détenue. À ce titre, il peut ordonner un placement en cellule disciplinaire[1214], synonyme d'encellulement individuel. De plus, pour sa propre sécurité, une personne détenue peut solliciter la mise en œuvre, à son égard, d'une mesure d'isolement[1215]. Ces modifications du régime de détention peuvent avoir un effet particulièrement néfaste sur l'état de santé de la personne détenue. Aussi, pour que la mesure prononcée ne soit pas assimilée à une mesure de traitement inhumain ou dégradant susceptible d'être invoquée devant l'autorité judiciaire[1216], le concours du médecin est sollicité par le chef d'établissement à l'ouverture de ces mesures, mais également pendant leur déroulé.

L'absence de pouvoir décisionnel du médecin en cas d'isolement ou de placement en cellule disciplinaire. Dans le cadre de l'isolement ou du placement en cellule disciplinaire, il n'appartient pas au médecin de se prononcer sur la décision de placement. Cette dernière relève de la compétence exclusive du directeur de l'établissement

[1214] R. 233-1 du Code pénitentiaire.
[1215] Article R. 213-18 du Code pénitentiaire : « La mise à l'isolement d'une personne détenue, par mesure de protection ou de sécurité, qu'elle soit prise d'office ou sur demande de la personne détenue, ne constitue pas une mesure disciplinaire. La personne détenue placée à l'isolement est seule en cellule. Elle conserve ses droits à l'information, aux visites, à la correspondance écrite et téléphonique, à l'exercice du culte et à l'utilisation de son compte nominatif. Elle ne peut participer aux promenades et activités collectives auxquelles peuvent prétendre les personnes détenues soumises au régime de détention ordinaire, sauf autorisation, pour une activité spécifique, donnée par le chef de l'établissement pénitentiaire. Toutefois, le chef de l'établissement pénitentiaire organise, dans toute la mesure du possible et en fonction de la personnalité de la personne détenue, des activités communes aux personnes détenues placées à l'isolement. La personne détenue placée à l'isolement bénéficie d'au moins une heure quotidienne de promenade à l'air libre ».
[1216] Article 803-8 du CPP.

pénitentiaire[1217]. Si l'examen médical n'est pas un préalable à ce placement, exception faite de la mesure de prolongation de l'isolement[1218], le médecin doit visiter les personnes détenues au quartier d'isolement ou en quartier disciplinaire au moins deux fois par semaine et chaque fois qu'il l'estime nécessaire[1219]. Lorsqu'il constate que l'exécution de la mesure est de nature à compromettre la santé de la personne détenue, il rédige un avis qu'il remet à l'administration pénitentiaire[1220]. Cet avis ne lie pas le directeur de l'établissement[1221]. Cette situation fait écho aux pouvoirs limités au médecin face au représentant de l'État dans le cadre des SPDRE.

Le rôle de « lanceur d'alerte » du médecin. Dans le cadre d'une demande de changement d'affectation ou d'une modification ou aménagement du régime de détention, le médecin de l'USMP réalise l'examen des personnes détenues sollicitant cette mesure[1222]. Bien qu'il ne soit pas surveillant pénitentiaire, le médecin doit concourir, dans la mesure de ses prérogatives, au maintien de l'impératif sécuritaire en détention. À cet égard, il délivre aux autorités pénitentiaires des attestations écrites contenant les renseignements strictement nécessaires à l'orientation du détenu, ainsi qu'aux modifications ou aux aménagements du régime pénitentiaire que pourrait justifier son état de santé[1223]. Le médecin peut jouer le rôle de « lanceur d'alerte » dans la mesure où « si ces médecins estiment que l'état de santé d'une personne détenue n'est pas compatible avec un maintien en détention ou avec le régime pénitentiaire qui lui est appliqué, ils en avisent par écrit le chef de l'établissement pénitentiaire. Ce dernier en informe aussitôt, s'il y a lieu, l'autorité judiciaire compétente[1224] ».

Si le médecin peut faire part de ses observations à la direction de l'établissement pénitentiaire, il nous faut souligner que cette information ne dispose qu'aucune force

[1217] Ce type de décision est généralement prise dans le cadre de la commission pluridisciplinaire unique (CPU). Cette dernière doit se réunir au moins une fois par mois. Les membres du personnel médical et soignant ne sont pas des membres permanents de la CPU. Cependant, ils peuvent être conviés à y participer par le chef d'établissement selon l'ordre du jour.
[1218] Dans le cadre de la procédure de prolongation de la mesure d'isolement, l'avis du médecin est obligatoire. Selon l'article R. 213-21 alinéa 4 du Code pénitentiaire, « Le chef de l'établissement, après avoir recueilli préalablement à sa proposition de prolongation l'avis écrit du médecin intervenant à l'établissement, transmet le dossier de la procédure accompagné de ses observations au directeur interrégional des services pénitentiaires lorsque la décision relève de la compétence de celui-ci ou du garde des Sceaux, ministre de la Justice ».
[1219] Article R. 115-21 2° et 3° du Code pénitentiaire.
[1220] Article D. 115-25 alinéa 4 du Code pénitentiaire.
[1221] CE, ord., 10 avril 2013, n° 367343.
[1222] Article R. 115-21 6° du Code pénitentiaire : « Les médecins chargés des prestations de médecine générale intervenant dans les unités sanitaires et dans les services médico-psychologiques régionaux mentionnés par les dispositions de l'article R. 3221-5 du code de la santé publique assurent des consultations médicales, à la suite de demandes formulées par la personne détenue ou, le cas échéant, par le personnel pénitentiaire ou par toute autre personne agissant dans l'intérêt de la personne détenue. Ces médecins sont en outre chargés de : (…) 6° Réaliser l'examen des personnes détenues sollicitant pour raison médicale un changement d'affectation ou une modification ou un aménagement quelconque de leur régime de détention ».
[1223] Article D. 115-25 alinéa 3 du Code pénitentiaire.
[1224] Article D. 115-25 alinéa 4 du Code pénitentiaire.

contraignante. Nous pouvons regretter le fait que le législateur n'ait pas accordé au médecin la possibilité de saisir directement l'autorité judiciaire sur le fondement du nouvel article 803-8 du CPP s'il estime que le maintien en détention de la personne détenue, au regard de son état de santé, est contraire au respect de sa dignité. Néanmoins, il n'est pas interdit au patient détenu de produire à l'appui de sa requête introduisant ledit recours les recommandations et/ou observations médicales en la matière.

Des finalités professionnelles qui demeurent délicates à coordonner. Qu'il s'agisse des SPSC ou des soins en milieu pénitentiaire, nous constatons que la mise en place d'une coordination maitrisée des différentes finalités professionnelles n'est pas une chose aisée. C'est une dynamique de travail complexe et longue à instaurer. Le besoin de sanction immédiate exprimée par la société ainsi que le sentiment de dangerosité que peuvent représenter les patients DSPSC accentuent cette difficulté et relèguent au second plan les questions relatives à l'amélioration de leur état de santé. En conséquence, il n'est guère surprenant d'observer des pratiques professionnelles délétères à leur égard.

Chapitre II : Une effectivité menacée par les pratiques professionnelles

Un impératif sécuritaire nuisible aux bonnes pratiques professionnelles. « La santé est un sujet éminemment humain, l'implication des usagers et des citoyens est incontournable ; le système ne peut évoluer sans prendre en compte leurs valeurs, leurs attentes [1225]». Cette phrase, prononcée après la loi du 4 mars 2002[1226], témoigne de la nécessité d'adapter notre système de santé aux aspirations de notre société[1227]. Cette dynamique tend à se retrouver à l'égard des patients DSPSC malgré l'influence du concept de moindre éligibilité. Cependant, l'impératif sécuritaire met à mal les tentatives d'uniformisation entre les normes du milieu libre et celles applicables dans notre champ d'étude. En conséquence, certaines pratiques professionnelles aboutissent à la création de nombreuses atteintes, tant à l'égard des droits des patients en tant que personne humaine (Section 1) que ceux reconnus en tant qu'usager du système de santé (Section 2).

Section 1 : Des pratiques professionnelles nocives à l'égard du respect de la personne humaine

La primauté du sécuritaire sur le sanitaire. Parce que les soins en milieu pénitentiaire et dans les SPSC s'inscrivent, par rapport au milieu libre, dans un cadre sécuritaire important, certaines dérogations ont dû être opérées. Cependant, certaines pratiques professionnelles s'avèrent plus sécuritaires que sanitaires (§ 1). Elles peuvent être

[1225] COMPAGNON Claire, GHADI Véronique, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire*, Rapport à la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, 2014, p. 105.
[1226] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, publiée au JORF du 5 mars 2002.
[1227] Un exemple contemporain illustre parfaitement cet état de fait avec le projet de loi relatif à l'accompagnement des malades et de la fin de vie.

perçues comme une violation de la dignité de la personne humaine, en particulier dans le cadre des mesures de contraintes (§ 2).

§ 1 : Des pratiques professionnelles plus sécuritaires que sanitaires

La relation médicale : une relation unique. Parmi l'ensemble des relations qu'une personne peut avoir, celle entretenue avec le corps médical demeure unique. Sauf à consulter auprès d'un professionnel de santé issu de nos connaissances, le corps médical est composé d'inconnus, auxquels il est demandé au patient de communiquer des informations et de se « laisser examiner ». Dans ces circonstances, la création d'une relation de confiance s'impose. Pour la faciliter, le patient dispose, en principe, d'une liberté de choix dans l'élaboration et la conduite de son parcours de soins. Cette dernière est quasiment anéantie pour les patients DSPSC (A). De plus, afin de prévenir tout danger, les pratiques professionnelles aboutissent à une « sécurisation » parfois excessive du corps du patient (B).

A : L'inexistence de la liberté de choix du patient

Le caractère fondamental du libre choix du praticien. Selon l'alinéa 1 de l'article L. 1110-8 du CSP, « le droit du malade au libre choix de son praticien et de son établissement de santé (…) est un principe fondamental de la législation sanitaire ». Consacrée également par la jurisprudence judiciaire[1228] et administrative[1229], cette prérogative légitime le patient à choisir son praticien et son établissement de santé, dans la

[1228] Cass. Civ., 1ère, 6 mai 2003, n° 01-03.259.
[1229] CE, 2 décembre 1966, n° 65158.

limite du respect de certaines règles[1230]. Pour les patients DSPSC, cette liberté est quasiment inexistante (1). Si cette liberté se limite *stricto sensu* au praticien et à l'établissement de santé, il est possible de dépasser cette approche et d'envisager cette prérogative sous un angle plus large et plus personnel. Parce que la maladie peut être complexe à supporter, il n'est pas rare que le patient fasse appel à un tiers pour l'aider dans ce processus. Cette faculté est rarement mise en œuvre à l'égard des patients DSPSC (2).

1) Un libre choix institutionnel anéanti dans la mise en place du soin

Un principe ignoré. À la lecture de l'article L. 1110-8 du CSP, rien ne s'oppose à son application à l'égard des patients DSPSC. L'esprit de cet article a même été repris à l'égard des SPSC à l'alinéa 2 de l'article L. 3211-1 selon lequel « toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques ou sa famille dispose du droit de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale, publique ou privée, de son choix tant à l'intérieur qu'à l'extérieur du secteur psychiatrique correspondant à son lieu de résidence ». En application de l'adage latin « *ubi lex non distinguit, nec nos distinguere debemus*[1231] », l'application de cette disposition à l'égard des patients DSPSC devrait être effective. Dans les faits, ces énoncés manquent d'effectivité.

L'ineffectivité du principe lors de l'ouverture de la mesure SPSC. Pour les patients admis en SPSC, le juge administratif rappelle que « le patient admis dans le service ou l'unité de traitement des urgences n'a pas le choix du psychiatre appelé par l'équipe médicale de ce service ou de cette unité, ni de l'établissement psychiatrique dans lequel il est éventuellement transféré. Cette circonstance (…) est justifiée par la situation d'urgence (…). Le patient conserve la liberté de choisir, dès que la situation d'urgence n'y fait plus obstacle, un autre psychiatre ou un autre établissement[1232] ». Par cet énoncé, seule la situation d'urgence semble faire obstacle à l'application du principe de libre choix du

[1230] À titre d'exemple, dans le cadre de la prise en charge de patient au sein du service public hospitalier, la liberté de choix du patient doit être combinée avec le respect du principe de laïcité ainsi que le principe de continuité du service public. Aussi, lorsque de la requête du patient est fondée sur des motifs religieux et désorganise le service public, cette dernière n'a pas l'obligation d'être satisfaite.
[1231] « Là où la loi ne distingue pas, il n'y a pas lieu de distinguer ».
[1232] CE, 18 février 1998, n° 171851.

patient. En outre, l'article L. 3211-3 du CSP indique qu' « en tout état de cause [le patient] dispose du droit : (…) de prendre conseil d'un médecin (…) de son choix ». Cependant, il ne faut pas se méprendre sur la portée de cette disposition. Elle ne consacre pas de véritable « libre choix » à l'égard du patient ; elle confère uniquement le droit de pouvoir recourir à un autre médecin[1233]. Cela signifie que dans le cadre de la « première relation de soins », le patient ne dispose pas de la faculté de pouvoir choisir son praticien. Il est soumis au personnel de l'établissement de santé mentale choisi par les tiers ou le représentant de l'État au moment de la mise en œuvre des SPSC.

Un principe doublement restreint en prison. La restriction du libre choix du patient en SPSC réside dans plusieurs points : secteur psychiatrique, incapacité à pouvoir exprimer sa pensée ou encore le danger qu'il constitue pour lui-même ou autrui. À l'égard du patient détenu, cette restriction se justifie uniquement par une contrainte conventionnelle. Dans les précédents développements, nous avons vu que seuls les professionnels qui appartiennent à l'établissement de santé avec lequel l'établissement carcéral a signé une convention[1234] peuvent intervenir auprès du patient. Un choix de praticien parmi ces professionnels n'était donc pas une hypothèse impossible à mettre en œuvre. Cependant, pour des raisons sécuritaires, ce choix n'est pas admis. Ainsi, exception faite de la semi-liberté ou des rares cas où une permission de sortie pour motif médical peut être accordée, cette situation semble figée tout le long de l'incarcération.

Dans tous les cas, la carence à l'égard du principe du libre choix du praticien dans ces lieux singuliers n'est pas propice à l'instauration d'une alliance thérapeutique. Les éventuelles réticences des patients DSPSC à s'engager volontairement dans un protocole de soins peuvent se comprendre ; d'autant plus qu'ils peuvent rarement être aidés ou assistés par un tiers de leur choix.

[1233] PANFILI Jean-Marc, « Le libre choix du médecin en psychiatrie. Condition indispensable du consentement aux soins », *Vie sociale et traitements*, n° 116, 2012, p. 104.
[1234] Article L. 115-4 du Code pénitentiaire.

2) Un libre choix limité à l'égard de la sollicitation des tiers

Le recours limité aux aidants et à la personne de confiance. Pour tenter de faire face à la maladie, il n'est pas rare que le patient demande à être assisté par un de ses proches. Au regard de la législation actuelle, la personne de confiance[1235] ainsi que l'aidant ont une place particulière. Dans la mesure où les patients DSPSC sont censés disposer des mêmes droits que les patients en milieu libre, ces tiers devraient pouvoir venir assister le patient. Dans la pratique, ces possibilités sont limitées.

Une information défaillante sur la personne de confiance. Il est rare que les patients DSPSC soient informés[1236] de la possibilité de désigner une personne de confiance[1237]. Pourtant, l'article L. 1111-6 du CSP ne fait mention d'aucun critère de restriction quant à l'application de cette disposition et ce point est évoqué dans le Guide méthodologique[1238] ainsi que dans les recommandations du CGLPL[1239]. Ce dernier énonça que « les médecins assurent quasi unanimement que "cette institution [la personne de confiance] n'est pas adaptée à la psychiatrie" » et qu'ils « reconnaissent implicitement ne pas toujours donner l'information au malade, mais recevoir néanmoins les tiers, parent, personne de confiance, quand l'intérêt du patient – tel qu'apprécié par eux- l'exige et que le patient acquiesce à l'entretien [1240]».

Un espoir d'amélioration est tout de même permis dans le cadre des SPSC par le biais de la procédure de certification[1241], où les exigences relatives aux droits des patients dans les établissements de santé ont été renforcées. Il n'en va pas de même au sein de l'institution carcérale. Ce blocage se retrouve également à l'égard de mise en place de l'aidant.

[1235] Selon l'article L. 1111-6 du CSP, la personne de confiance a pour mission d'accompagner le patient dans sa démarche de soins. Dans cette optique, et sous réserve de l'accord du patient, elle peut assister aux différents échanges entre le patient et le corps médical ou soignant. De plus, lorsque ce dernier n'est pas en état d'exprimer son consentement éclairé, exception faite de la situation d'urgence où le pronostic vital du patient est engagé, elle est alors consultée par le médecin qui recueille son avis. Cependant, elle ne dispose pas d'un pouvoir contraignant à l'égard du corps médical et soignant. Le médecin peut parfaitement faire le choix de ne pas suivre l'avis recueilli.
[1236] Mis à jour en mai 2023, cette possibilité n'est pas évoquée dans le cadre du Guide du détenu arrivant.
[1237] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, coll. Thèses, Bordeaux, LEH, 2018, p. 214.
[1238] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, 5ème édition, 2019, p. 115.
[1239] « La personne privée de liberté doit pouvoir désigner, dès le début de la mesure, une personne à prévenir en cas d'urgence, ainsi qu'une personne de confiance susceptible de l'assister et la conseiller dans ses démarches et sa prise en charge. La personne de confiance doit être consultée par l'administration dès lors que la personne privée de liberté est dans l'impossibilité de faire valoir son avis. Cette personne doit être informée de sa désignation et l'accepter ». CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2021*, Paris, Dalloz, 2022, pp. 223-224.
[1240] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel d'activité 2012*, Paris, Dalloz, 2013, p. 178.
[1241] HAS, *Certification des établissements de santé pour la qualité des soins*, octobre 2020.

Définition de l'aidant. Issu de la loi du 11 février 2005[1242], l'aidant est envisagé à l'article L. 1111-6-1 du CSP. Il est indiqué qu'« une personne durablement empêchée, du fait de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique, d'accomplir elle-même des gestes liés à des soins prescrits par un médecin, peut désigner, pour favoriser son autonomie, un aidant naturel ou de son choix pour les réaliser ».

L'aidant : un acteur historique de la prise en charge en psychiatrie. Dans le cadre des SPSC, les aidants sont des acteurs indissociables de la prise en charge du patient. Selon Normand CARPENTIER, « historiquement, la famille est d'abord considérée comme la "cause" des problèmes de santé avant de devenir, dans un contexte de désinstitutionnalisation de la psychiatrie, une "solution" pour maintenir la personne dans son milieu [1243]». À l'heure où l'ensemble des prévisions projettent une hausse importante des troubles psychiatriques au sein de la population[1244], une collaboration entre les professionnels de santé et les aidants s'avère être indispensable. Dans cette perspective, des offres de formation[1245] à destination des proches, mais également des professionnels[1246] se développent afin de les aider dans l'accomplissement de leur mission[1247]. Si cette dynamique commence à se matérialiser dans les SPSC, la situation est plus discutable entre les murs de la prison.

L'absence « logique » de l'aidant en prison. Bien que le milieu sanitaire ait investi le milieu carcéral depuis 1994, la prison demeure toujours un lieu de peine et non un lieu de soins. Est-ce à dire que la notion d'aidant est inconnue en prison ? La réponse se doit d'être négative. L'article L. 322-11 du Code pénitentiaire dispose que « toute personne détenue se trouvant dans la situation de handicap prévue par l'article L. 1111-6-1 du code de la santé publique a le droit de désigner un aidant de son choix. L'administration pénitentiaire ne peut s'opposer au choix de l'aidant que par une décision spécialement

[1242] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n° 36 du 12 février 2005.
[1243] CARPENTIER Normand, « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXème siècle », *Sciences Sociales et Santé*, vol. 19, n° 1, mars 2001, pp. 79-106.
[1244] Outre les conséquences liées à l'épidémie de la COVID-19, le Haut conseil de santé publique (HCSP) avait estimé une hausse de 11% d'ici 2020. Cette observation corrobore les projections réalisées par l'OMS qui estime qu'une personne sur cinq sera, au cours de sa vie, atteinte par une maladie psychiatrique.
[1245] À titre d'exemple, nous pouvons citer les actions de formations mises en place par l'association française des aidants (établissement de programme de formation destinés aux aidants) ou encore par l'association PSSM France (programme de formation destinés à la sensibilisation des acteurs aux premiers secours en matière de santé mentale).
[1246] Tel est le cas des actions de formation portant sur « la place des proches en institution » ou encore « l'instauration d'une dynamique institutionnelle patient-proche-personnel ».
[1247] La majorité des aidants n'étant pas des professionnels du soin, il est parfois délicat pour eux d'être confronté à la maladie, peu importe que cette dernière soit physique ou mentale. L'objectif est d'informer les aidants sur les manières les plus adéquates de gérer la pathologie de leur proche tout en essayant de les préserver sur le plan physique et psychologique.

motivée ». Si la possibilité de désigner un aidant constitue la première étape, encore faut-il que ce dernier puisse exercer sa mission. Cela implique de pouvoir accéder à l'institution carcérale et nous renvoie aux précédents développements relatifs à l'obtention des permis de visite[1248]. Par ailleurs, qu'il s'agisse de la personne de confiance ou de l'aidant, leur désignation est conditionnée au respect de certaines exigences[1249].

Cette situation asymétrique entre les patients en SPSC et les patients détenus risque d'être complexe à rééquilibrer, en dépit des rappels du CGLPL. Ce dernier attire également l'attention des professionnels qui travaillent au sein de ces institutions sur les protocoles délétères instaurés pour « sécuriser » le corps du patient dans ces lieux singuliers.

B : Un corps sécurisé

Un contrôle continu du corps. Bien que leur situation juridique et médicale diffère, certains points relatifs aux modalités de prise en charge des patients DSPSC sont communs. Tel est le cas des transports (1). Par ailleurs, la protection de la santé des patients DSPSC ne se limite pas à l'administration d'un soin. Elle s'étend également au contrôle de ses conditions de vie. L'objectif est de s'assurer que ce dernier ne tente pas de porter atteinte à son intégrité physique. Pour prévenir ce danger, des fouilles sont instaurées (2).

[1248] Articles R. 341-1 et suivants du Code pénitentiaire.

[1249] L'article R. 313-5 du Code pénitentiaire indique que « toute personne peut solliciter la délivrance de l'agrément mentionné par les dispositions de l'article R. 313-3 si elle remplit les conditions suivantes : 1° Ne pas être détenue ; 2° Jouir de ses droits civils et politiques ; 3° Ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation, incapacité ou déchéance mentionnée sur le bulletin n° 2 du casier judiciaire ; 4° Ne pas exercer une activité professionnelle, à quelque titre que ce soit, au sein d'un service relevant du ministère de la Justice ; 5° S'il s'agit d'une personne de nationalité étrangère, être en situation régulière sur le territoire français ». Ces exigences doivent cependant attirer notre attention au regard des missions qui incombent au « codétenu de soutien » dont la frontière avec la personne de confiance et l'aidant s'avère parfois très mince à établir.

1) Des transports surveillés

Une surveillance facultative dans les SPSC. Les transports sanitaires des patients en SPSC sont régis par les dispositions de droit commun[1250]. L'article L. 3211-3 du CSP prévoit que le transport du patient doit se faire dans des conditions adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental. Si la surveillance par un membre du personnel de l'établissement d'origine peut être instituée, elle peut être complétée par la prescription médicale d'une sédation. En cas de nécessité, cet encadrement sanitaire peut être renforcé par une escorte des forces de l'ordre, après autorisation du représentant de l'État. Il conviendra d'observer que l'intervention des forces de l'ordre demeure facultative, ce qui tend à préserver la dimension sanitaire de la mesure. Tel n'est pas le cas dans le cadre pénitentiaire.

Distinction entre transfèrement et extraction. À l'égard du patient détenu, la notion de transport recouvre deux situations : le transfèrement et l'extraction. Selon l'article D. 215-1 du Code pénitentiaire, « le transfèrement consiste dans la conduite d'une personne détenue sous surveillance d'un établissement pénitentiaire à un autre. Cette opération comporte la radiation de l'écrou à l'établissement pénitentiaire de départ et un nouvel écrou à l'établissement pénitentiaire de destination sans que la détention exécutée soit pour autant considérée comme interrompue ». L'extraction, quant à elle, est définie par l'article D. 215-2 du Code pénitentiaire comme « l'opération par laquelle une personne détenue est conduite sous surveillance en dehors de l'établissement pénitentiaire où elle est détenue (…) ou lorsqu'elle doit recevoir des soins qu'il n'est pas possible de lui donner dans l'établissement pénitentiaire (…) ». Ce second cas constitue l'essentiel des hypothèses rencontrées dans le cadre de la prise en charge des patients détenus.

Le cadre juridique de l'extraction. Les conditions de l'extraction sont encadrées par la Circulaire du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale[1251]. Cette dernière prévoit notamment que « l'escorte du détenu faisant l'objet d'une consultation médicale doit se faire dans le respect des dispositions législatives et réglementaires en vigueur et dans le

[1250] Sur le plan pécuniaire et organisationnel, les transports des patients en SPSC sont réglementés par le Décret n° 2019-593 du 14 juin 2019 portant sur la prise en charge des transports, JORF n° 0138 du 16 juin 2019, Texte n° 15.
[1251] Circulaire du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.

souci de la préservation de la dignité humaine (…) ». Si cet énoncé est honorable, son application pratique révèle quelques difficultés. En effet, pour éviter les évasions ou tout autre incident, les patients détenus peuvent être soumis au port des menottes ou, s'il y a lieu, des entraves[1252], dans les conditions définies par l'article 803 du CPP[1253]. De plus, « si une personne détenue est considérée comme dangereuse ou doit être surveillée particulièrement, le chef de l'établissement pénitentiaire donne tous les renseignements et avis nécessaires au chef de l'escorte[1254] ».

La mise en œuvre de moyens de contraintes souvent disproportionnés. En utilisant l'expression « ou, s'il y a lieu », le législateur impose au chef d'établissement pénitentiaire d'opérer un choix entre le port de menottes ou la mise en place d'entraves. En pratique, cette disposition souffre de nombreuses atteintes. Selon le CGLPL, « les détenus extraits à l'hôpital peuvent être soumis à des moyens de contrainte, qui doivent être déterminés par l'identification individualisée de risques et qui sont trop souvent laissés tout le long de l'extraction. Le CGLPL constate fréquemment une utilisation hors de proportion avec la dangerosité présumée de la personne, qui est une atteinte à la dignité et une violation des dispositions législatives en vigueur[1255] ». Dans le cadre de ses observations réalisées au centre de détention de Salon-de-Provence en 2019, il énonça « que les mesures de sécurité prises à l'occasion des extractions médicales ne sont pas proportionnées au niveau d'escorte ni au profil de la personne extraite. En effet, lors de ces extractions, l'usage des menottes et des entraves est quasi systématique[1256] ». Cette « obsession sécuritaire » peut conduire à des situations très paradoxales comme cela fut souligné à l'égard de la maison d'arrêt d'Auxerre où « certaines personnes en permission de sortie le week-end sont extraites pour une consultation médicale dans les jours suivants menottées et entravées[1257] ». Malgré le rappel du Conseil d'État selon lequel « les mesures de sécurité mises en œuvre par l'administration pénitentiaire lors de l'extraction (…) doivent, d'une part, être adaptées et proportionnées à la dangerosité du détenu et au risque d'évasion que présente chaque cas

[1252] Article D. 215-5 aliéna 2 du Code pénitentiaire.
[1253] Article 803 du CPP : « Nul ne peut être soumis au port des menottes ou des entraves que s'il est considéré soit comme dangereux pour autrui ou pour lui-même, soit comme susceptible de tenter de prendre la fuite. Dans ces deux hypothèses, toutes mesures utiles doivent être prises, dans les conditions compatibles avec les exigences de sécurité, pour éviter qu'une personne menottée ou entravée soit photographiée ou fasse l'objet d'un enregistrement audiovisuel ».
[1254] Article D. 215-5 aliéna 3 du Code pénitentiaire.
[1255] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022, p. 120.
[1256] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de la 2ème visite du Centre de détention de Salon-de-Provence*, juin 2019.
[1257] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de la 2ème visite de la maison d'arrêt d'Auxerre*, janvier 2021.

particulier et, d'autre part, assurer en toute hypothèse, la confidentialité des relations entre les détenus et les médecins qu'ils consultent[1258] », les atteintes demeurent.

Une exposition ouverte de la condition de patient DSPSC au milieu libre. Pour les patients DSPSC, ces déplacements sont souvent perçus comme attentatoires à leur dignité[1259] car les dispositifs employés révèlent au milieu libre « leur situation ». Comme le souligne le CGLPL, « l'atteinte à l'intimité qui en résulte est double : elle expose les personnes qui en sont l'objet à un sentiment des tiers qui les croisent au mieux de crainte, au pire de répulsion lorsqu'elles sont extraites d'un lieu de privation de liberté ce qui en fait une sorte de pilori moderne[1260] ». Cette situation est aggravée par le fait qu'il n'existe pas toujours des circuits spéciaux pour l'accueil de ces patients au sein des établissements de santé[1261]. Faute de réflexions collectives sur ces problématiques, il sera difficile de trouver des solutions pérennes à ce problème. L'instauration de plages horaires dédiées spécialement à la prise en charge de ces patients pourrait être suggérée, mais encore faut-il parvenir à réunir l'ensemble des acteurs concernés sur cette période.

Le transport des patients DSPSC a la particularité de soumettre leur corps au regard des professionnels qui les prennent en charge, mais également aux yeux de la société à laquelle il aspire retourner. Si le regard du monde extérieur est parfois complexe à accepter, celui des professionnels, lors des opérations de fouilles, est parfois encore plus délétère.

2) La mise en œuvre des fouilles

La fouille : une notion aux définitions multiples. Généralement, la fouille traduit « l'action d'examiner minutieusement l'intérieur d'une chose ou les vêtements d'une personne pour y trouver ce qui peut y être caché[1262] ». Bien que les droits au respect de la dignité humaine ainsi que celui à la vie privée soient reconnus aux patients DSPSC,

[1258] CE, 30 mars 2005, req. n° 276017.
[1259] Sur la question des patients détenus, V. CASTAING Cécile, « Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales », *RDSS*, 2020, p. 107.
[1260] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2008*, Paris, Dalloz, 2009, p. 72.
[1261] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022, p. 121.
[1262] *Trésor de la langue française*, V° Fouille (en ligne).

la pratique des fouilles n'est pas inconnue au sein de l'institution pénitentiaire ou psychiatrique.

Deux types de fouilles peuvent se rencontrer dans ces lieux singuliers : les fouilles matérielles et les fouilles corporelles. Dans le premier cas, c'est le « lieu de vie » du patient qui va faire l'objet de l'inspection. Dans le second cas, cette terminologie va désigner l'ensemble des gestes techniques pratiqués sur le corps d'autrui en vue d'y déceler un élément susceptible de porter atteinte à son intégrité ou à celle d'un tiers. Ce procédé n'a aucune finalité médicale et concourt uniquement à un objectif sécuritaire. Peuvent être qualifiées de fouilles corporelles : les palpations, les fouilles intégrales (aussi nommées fouilles à nu) et les investigations corporelles internes. Bien que la définition soit commune, nous allons voir que leur mise en œuvre diffère entre les deux institutions.

Les fouilles matérielles en milieu carcéral : une pratique courante issue de l'impératif sécuritaire. La fouille des cellules est principalement réglementée par l'article L. 225-4 du Code pénitentiaire[1263]. Dans la mesure où une cellule n'est pas considérée comme le domicile d'un détenu[1264], les protections qui y sont afférées et que nous pouvions retrouver dans le cadre des perquisitions disparaissent. Ces pratiques peuvent donc se réaliser à tout moment, y compris la nuit[1265] ou directement depuis l'oculus[1266]. De plus, la présence des personnes détenues n'est pas obligatoire[1267]. Pourtant, la règle n° 54.8 des RPE indique que « les détenus doivent assister à la fouille de leurs effets personnels, à moins que les techniques de fouille ou le danger potentiel que cela représente pour le personnel l'interdisent ». Une modification de notre législation apparait donc opportune afin de préserver au mieux le droit à la vie privée de la personne détenue.

Exception faite de cette discordance entre la norme interne et les RPE, le cadre juridique des fouilles matérielles semble clairement posé. Une situation plus confuse apparait dans le cadre des SPSC.

Les fouilles matérielles en institution psychiatrique : une pratique au cadre juridique flou. En application de l'article L. 1110-4 du CSP qui consacre le droit à la vie

[1263] Article 225-4 du Code pénitentiaire : « Pour des motifs liés au maintien du bon ordre et de la sécurité ou à la prévention des infractions, les personnels de surveillance procèdent, en l'absence des personnes détenues, à des fouilles fréquentes et minutieuses des cellules et locaux divers où les personnes détenues séjournent, travaillent ou ont accès ».
[1264] Cass. Crim., 18 octobre 1989, n° 89-80.462.
[1265] Article D. 223-8 du Code pénitentiaire.
[1266] Article R. 225-5 du Code pénitentiaire.
[1267] Le Conseil d'État ne considère pas la fouille de la cellule comme une violation de la vie privée de la personne détenue au sens de l'article 8 de la CESDH (CE, 18 février 2015, n° 375765).

privée, les fouilles dans les établissements de santé sont en principe interdites. Pourtant, l'article L. 3211-3 du même code n'énonce pas textuellement ce droit et indique seulement que des restrictions aux libertés individuelles peuvent être réalisées, à condition qu'elles soient nécessaires, adaptées et proportionnées. Compte tenu des troubles que présente le patient admis en SPSC, la question se pose de savoir si ces derniers justifient la mise en œuvre d'une fouille afin de protéger son intégrité physique ou celle des tiers.

Sur ce point, c'est une « jurisprudence de la casuistique[1268] » qui se présente à nous. Dans certaines hypothèses, l'absence de fouilles d'un patient présentant des troubles psychiatriques et ayant eu pour conséquence la réalisation d'un dommage caractérise une faute de la part de l'établissement de santé[1269]. Cette solution a été confirmée récemment par la Cour administrative d'appel de Nantes[1270]. Au regard de la jurisprudence, il apparait que les patients en SPSC font l'objet d'une surveillance plus étroite que ceux admis en soins libres[1271]. Pour éviter toute situation arbitraire dans l'appréciation des atteintes « nécessaires, adaptées et proportionnées », une réglementation précise sur ce point s'impose. Outre une uniformisation de la jurisprudence, elle tendrait à renforcer les droits du patient en SPSC ainsi qu'à une harmonisation des pratiques professionnelles avec le milieu libre. Bien qu'attentatoire à la vie privée, cette pratique est à relativiser en comparaison des pratiques de fouilles corporelles.

Les fouilles corporelles en détention : une pratique graduée, mais dégradante. Parce que la fouille corporelle implique un contact direct avec le corps de la personne fouillée, une telle mesure se doit d'obéir au respect des principes de proportionnalité, de nécessité et de subsidiarité[1272]. En conséquence, doivent toujours être privilégiées les fouilles par palpation ou par l'utilisation de moyens de détection électronique[1273]. Si ces méthodes sont insuffisantes, une fouille intégrale se met en œuvre[1274]. Prévues à l'article L. 225-1 du Code pénitentiaire, « les fouilles intégrales (…) peuvent être réalisées de façon systématique lorsque les nécessités de l'ordre public et les

[1268] HABOUBI Camila, « Fouille corporelle des patients : le monde de la casuistique », *Santé mentale et Droit*, vol. 22, août 2022, pp. 542-548.
[1269] En l'espèce, il s'agissait d'un patient en état d'ébriété et violent sous contention. Les recommandations de bonnes pratiques professionnelles indiquent que la mise sous contention doit être précédée d'une fouille et d'un déshabillement du patient. Ces étapes n'ayant pu être réalisées, le patient a pu conserver sur lui un briquet qu'il a utilisé pour mettre le feu à son matelas lui occasionnant un dommage. CAA Paris, 3 juillet 2017, n°15PA04760. Pourtant, en 2002, le fait de ne pas avoir trouvé un briquet ayant pourtant servi au déclenchement d'un incendie n'avait pas été constitutif d'une faute (CAA Paris, 18 juin 2002, n°98PA01354).
[1270] CAA Nantes, 25 mars 2022, ñ 21NT01802.
[1271] Dans le cadre d'un arrêt du 6 avril 2022, la Cour de cassation a reconnu que dans le cadre d'une hospitalisation libre, l'absence de fouille ne constituait pas une faute. Cass. Civ., 1ère, 6 avril 2022, n° 20-22.148.
[1272] Ces principes sont énoncés à l'ancien article 57 de la loi pénitentiaire de 2009 et retranscrits à l'article L. 225-1 du Code pénitentiaire.
[1273] Article L. 225-1 du Code pénitentiaire.
[1274] Selon l'article L. 225-1 du Code pénitentiaire, ces fouilles sont instaurées lorsque « les personnes détenues accèdent à l'établissement pénitentiaire sans être restées sous la surveillance constante de l'administration pénitentiaire ou des forces de police ou de gendarmerie ».

contraintes du service public pénitentiaire l'imposent. (…) ». Pour garantir un minimum de respect de la dignité humaine, « les personnes détenues ne peuvent être fouillées que par des agents de leur sexe[1275] et dans des conditions qui, tout en garantissant l'efficacité du contrôle, préservent le respect de la dignité inhérente à la personne humaine[1276]». Enfin, en cas « d'impératif spécialement motivé », les investigations corporelles internes peuvent également être effectuées. Elles doivent impérativement être réalisées par un médecin qui ne dépend pas de l'USMP ou du SMPR et qui est requis par l'autorité judiciaire[1277].

Des imprécisions délétères à l'égard des personnes détenues. Bien qu'une gradation des fouilles soit observable, le cadre juridique de ces mesures apparait perfectible. Tout d'abord, pour tenter de limiter le recours aux pratiques les plus attentatoires, une définition de l'« impératif spécialement motivé » serait souhaitable. De plus, pour contrôler ces mesures et limiter les abus, l'instauration d'un registre similaire à celui tenu en soins psychiatriques dans le cadre des mesures d'isolement et de contention serait opportune. Il permettrait à la personne détenue de prouver ses dires si elle estime que les mesures affligées sont disproportionnées et attentatoires à sa dignité. Par ailleurs, sous réserve que le personnel pénitentiaire y soit formé, la tenue d'un tel registre pourrait permettre la mise en œuvre d'une véritable réflexion professionnelle[1278] sur ces pratiques, en prenant appui sur une réalité de terrain concrète et tracée.

Des fouilles corporelles plus limitées dans le cadre des SPSC. Dans le cadre des SPSC, la notion de notion prend une autre dimension qu'en milieu carcéral. Pour preuve, la mise obligatoire du patient en pyjama ou en tenue uniforme est considérée par le CGLPL comme « une fouille qui ne dit pas son nom[1279] ». Cependant, cela ne veut pas dire qu'aucune pratique dégradante n'existe. Au même titre que les fouilles corporelles en prison, il n'est pas rare que ces pratiques soient réalisées à la vue de plusieurs soignants[1280],

[1275] Lors de ses visites, le CGLPL a eu l'occasion d'observer que cette règle n'était pas toujours respectée. « Des agents d'un genre différent de celui de la personne fouillée sont parfois présents, comme à Villefranche-sur-Saône. (…). Cela arrive en prison, en raison d'une porte manquante ou laissée ouverte et de la présence proche – à portée de vue – d'un groupe d'agents de sexes masculins ou féminins ». CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022, p. 33.
[1276] Article R. 225-3 du Code pénitentiaire.
[1277] Article L. 225-3 du Code pénitentiaire.
[1278] Le CGLPL indiqua que « pour atteindre l'objectif de limitation du recours aux mesures de contrainte physique dans les lieux de soins et ce dans le cadre d'une stratégie explicite, les autorités sanitaires doivent disposer des outils de pilotage et de suivi requis. Au plan national, le recensement des informations, le suivi et l'évaluation de celles-ci doivent être confiés à une instance qui garantisse une approche pluridisciplinaire et une analyse plurifactorielle ». CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz, 2016, p. 118.
[1279] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022, p. 25.
[1280] « Dans les établissements de psychiatrie, la question de la préservation de l'intimité est posée à chaque fois que plusieurs soignants restent dans la chambre d'isolement pendant que le patient en souffrance est aidé à revêtir un pyjama. (…). Cette atteinte à l'intimité est majorée lorsque des agents de sécurité se maintiennent dans la même pièce. Il convient de retenir que ces regards, même si ce sont ceux de professionnels, violent l'intimité ». *Ibidem*, p. 33.

mais également des agents de sécurité. S'il est courant de procéder à une mise en sous-vêtement lors des examens médicaux, la mise à nue doit rester une pratique exceptionnelle. Ce respect du corps du patient s'inscrit dans une démarche de bientraitance et doit constamment être recherché. En l'espèce, la présence de plusieurs soignants ainsi que d'agents de sécurité ne fait que majorer l'atteinte à l'intimité[1281]. Une telle situation risque de provoquer une rupture du lien de confiance et de nuire à l'adhésion du patient dans les soins.

Des lieux de fouilles souvent inadaptés. Outre l'humiliation compréhensible et inhérente au fait de devoir dévoiler son intimité de manière forcée, il faut également prendre en considération les conditions « logistiques » de la fouille. Là également, le CGLPL relève que dans de nombreuses situations, les fouilles se déroulent dans des lieux non adaptés, voire parfois de façon collective. Dans le cadre pénitentiaire, il est indiqué que « la dignité des personnes détenues est mise à mal lorsque celles-ci sont effectuées dans les salles d'activité, souvent sales et surtout à la vue des autres personnes détenues[1282] ».

Ainsi, qu'il s'agisse de la prison ou des SPSC, la pratique plus ou moins intensive des fouilles est particulièrement délétère sur le respect de la dignité des femmes et des hommes enfermés en ces lieux singuliers. Compte tenu de leur caractère attentatoire, un contrôle sur la périodicité de ces pratiques serait souhaitable. Cette pratique s'inspirerait du cadre juridique existant pour l'isolement et la contention, qui demeurent également des mesures controversées.

[1281] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022, p. 33.
[1282] *Ibidem*, p. 29 et s.

§ 2 : Des pratiques professionnelles sécurisées par l'utilisation de la contrainte

Définition générale. La notion de moyens de contrainte s'entend « de tout moyen, mécanique ou chimique, qui constitue une entrave dans la liberté de se mouvoir ou de s'exprimer [1283]». Au regard des pratiques exécutées en institution psychiatrique et carcérale, relèvent de cette définition : les menottes aux poignets, les entraves aux pieds[1284], l'isolement[1285], la contention chimique, la contention physique[1286] et la contention mécanique[1287]. Malgré leur encadrement, de nombreuses atteintes sont à déplorer, soit par excès de zèle sécuritaire, soit par l'effet des manques de moyens humains. Dans tous les cas, leur utilisation entraine des atteintes récurrentes à la dignité du patient, qu'il s'agisse de contraintes « mobiles » (A) ou fixes (B).

A : Les contraintes réalisées au moyen d'outils mobiles

Les contraintes mobiles : des outils de maintien de l'ordre public de première intention. Qu'il s'agisse de l'univers carcéral ou psychiatrique, le maintien de l'ordre gouverne ces lieux singuliers. La mise à l'écart avec le milieu libre et la promiscuité entrainent régulièrement des conflits qui peuvent être violents. Dans ces circonstances, la mise en place de contraintes rapides s'impose. Au regard des nombreux outils de contention

[1283] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Recommandations minimales pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté*, Recommandation n° 223.
[1284] Il n'est pas rare de voir en plus des menottes et des entraves une ceinture abdominale permettant d'y attacher sur le devant les poignets menottés. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022, p. 45.
[1285] 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. Tout isolement ne peut se faire que dans un lieu dédié et adapté. HAS, *Isolement et contention en psychiatrie générale - Recommandation de bonne pratique*, février 2017, p. 9.
[1286] Maintien ou immobilisation du patient en ayant recours à la force physique. HAS, *op., cit*. p. 9.
[1287] 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. HAS, *op., cit*. p. 9.

précédemment cités, nous pouvons distinguer les contraintes mobiles matérielles (1) et les moyens de contention « primaires » (2).

1) L'utilisation des contraintes mobiles matérielles

Définition. Les contraintes mobiles matérielles désignent les moyens mis à disposition des agents en charge d'assurer la sécurité dans les lieux privatifs de liberté qui peuvent être déplacés et réutilisés. En somme, il s'agit des menottes et des entraves. Ces dernières sont davantage utilisées au sein de la prison que de l'institution psychiatrique[1288].

Les contraintes mobiles en milieu carcéral : un outil utilisé pour préserver le secret professionnel et la sécurité du personnel de santé. Vis-à-vis des patients détenus, ces outils sont principalement utilisés lors des consultations médicales. Pour comprendre cette situation, il nous faut rappeler qu'ils disposent du droit à la vie privée et à la confidentialité des informations qui les concernent. Cette protection s'applique à l'égard des informations médicales[1289]. Dans la mesure où les membres de l'administration pénitentiaire ne concourent pas à la réalisation d'une mission de soins, ces derniers ne font donc pas partis de l'équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 du CSP. Ils ne peuvent pas recevoir d'informations médicales et doivent, se tenir en dehors des locaux de la consultation ou du soin.

Cependant, l'administration pénitentiaire est chargée d'assurer la sécurité des personnes qui concourent aux missions de santé, tant dans l'enceinte de l'établissement pénitentiaire[1290] qu'à l'extérieur[1291] de l'USMP. Pour éviter toute fuite du patient et préserver l'intégrité physique des professionnels de santé, il n'est pas rare que les soins ou les examens se fassent avec menottes et/ou entraves, malgré l'interdiction du cumul des deux moyens de contraintes.

[1288] Le personnel hospitalier recourt à des liens dits de contention à cinq points (deux bras, deux chevilles, ventre) et *a priori* seulement à des techniques contenantes d'accompagnement ou d'enveloppement, même si le recours à des techniques d'intervention issues des arts martiaux est parfois constaté, motivé par le souci de ne blesser ni les soignants ni les patients. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022, p. 47.
[1289] Article L. 322-3 du Code pénitentiaire.
[1290] Article D. 115-7 du Code pénitentiaire.
[1291] En l'espèce, il est fait application des dispositions de la Circulaire du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des détenus faisant l'objet d'une consultation médicale.

Cadre juridique des contraintes mobiles matérielles en prison. Dans le cadre d'une consultation médicale, la Circulaire du 18 novembre 2004 indique que « le dispositif de sécurité mis en œuvre doit être appliqué sans perturber l'exercice des soins prodigués au malade détenu ». Dans cette perspective, trois niveaux de surveillance sont instaurés : Niveau de surveillance I (la consultation peut s'effectuer hors la présence du personnel pénitentiaire avec ou sans moyen de contrainte) ; Niveau de surveillance II (la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire, mais sans moyen de contrainte) ; Niveau de surveillance III (la consultation se déroule sous la surveillance constante du personnel pénitentiaire avec moyen de contrainte).

Les dispositions spéciales relatives aux consultations gynécologiques et aux accouchements. À côté de ce cadre général, la circulaire du 18 novembre 2004 prévoit des dispositions spéciales en faveur des patientes détenues pour les consultations gynécologiques et les accouchements. En pareille circonstance, la patiente ne doit en aucun cas être menottée pendant l'accouchement, que ce soit dans la salle de travail ou pendant la période de travail elle-même. De plus, la surveillance pénitentiaire ne doit pas s'exercer à l'intérieur même de la salle d'accouchement. Ces dispositions ont été reprises par le Code pénitentiaire à l'article L. 322-10 selon lequel « tout accouchement ou examen gynécologique se déroule sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues[1292] ».

Si l'esprit des deux textes semble similaire, une différence de vocable est observable. La circulaire évoque uniquement le menottage tandis que le Code pénitentiaire fait mention de l'interdiction des entraves. Une uniformisation sémantique s'impose afin d'éviter toute confusion et de préserver l'intimité de la patiente détenue. Elle permettrait peut-être de mettre un terme aux pratiques attentatoires mises en avant par le CGLPL[1293].

Des pratiques délétères observées par le CGLPL. Malgré l'existence d'un cadre réglementaire, le CGLPL fait régulièrement état de pratiques professionnelles attentatoires aux droits des patients détenus. En 2019, il indiqua que « sur treize sites visités, les contrôles montrent dans huit sites la présence systématique des surveillants pénitentiaires lors des examens cliniques, quel que soit leur degré d'intimité. Les menottes ne sont pas

[1292] Malgré ces apports législatifs, des consultations gynécologiques ou des accouchements se réalisent en présence d'agents pénitentiaires. V. notamment CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Vérifications sur place effectuées à la maison d'arrêt de Fleury-Mérogis et au centre hospitalier Sud-francilien*, septembre-octobre 2016.

[1293] Dans le cadre de la 2ème visite au centre pénitentiaire de Marseille-Les-Baumettes en mars 2020, le CGLPL observa la pratique d'une contention sur une femme détenue, y compris pendant un accouchement. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de la 2ème visite du CP de Marseille-Les-Beaumettes*, mars 2020.

toujours retirées et peuvent être doublées d'entraves. Dans les autres sites, cette présence et le port d'entraves font l'objet d'échanges avec les médecins consultants[1294]». Ces échanges entre les différents professionnels doivent d'être encouragés afin de trouver un équilibre entre l'intérêt du patient, l'impératif sécuritaire, mais également l'aspect éthique et déontologique des soins auquel le médecin est confronté. Il n'est pas rare de voir des interventions médicales annulées ou repoussées parce que les médecins estiment que ces conditions sont indignes et contraires à leur éthique professionnelle[1295]. Par ailleurs, d'autres moyens de contention peuvent être mis en œuvre.

2) Le recours aux outils de contention primaire

La contention primaire : un outil à plusieurs facettes. La contention primaire peut prendre plusieurs formes. Nous traiterons ici des méthodes qui sont censées être employées en première intention afin de maitriser le patient agité ou dangereux. Il s'agira donc de traiter de la contention physique et de la contention chimique.

Cadre général de la contention physique. La contention physique n'est pas réservée aux lieux privatifs de liberté. Dans la mesure où il s'agit d'un maintien ou d'une immobilisation d'une personne en ayant recours à la force physique, elle peut être rencontrée dans le milieu libre, en cas de conflit entre deux ou plusieurs personnes. Elle peut être pratiquée par un professionnel de sécurité, mais également par toute autre personne qui n'est pas obligatoirement détentrice d'une autorisation spécifique[1296]. Dans tous les cas, elle implique un contact direct. Cette mesure se veut préventive et se doit d'être justifiée[1297].

[1294] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022, p. 128.
[1295] *Ibidem*, p. 127.
[1296] Dans le cadre sportif, il n'est pas rare de voir des confrontations entre les joueurs des deux équipes et l'intervention des coéquipiers ou de l'arbitre pour les séparer afin d'éviter toute confrontation directe.
[1297] À cet égard, le CGLPL fait état de plusieurs pratiques professionnelles contraires dans plusieurs de ses rapports. Il démontre que ces pratiques sont utilisées dans l'intégralité des lieux privatifs de liberté, y compris ceux affectés à la prise en charge des mineurs. V. notamment CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022, p. 50 et s.

Le recours à la contention physique. Dans les SPSC, le recours à la contention physique est supposé permettre une baisse de l'agitation du patient, afin de le protéger, mais également de protéger les tiers. Pour l'HAS[1298], cette forme de contention peut être utilisée dans le cadre de la prévention d'une violence imminente du patient ou constituer la réponse à une violence immédiate, non maitrisable, avec un risque grave pour son intégrité ou celle d'autrui. L'application du principe de subsidiarité fait que cette mesure est envisagée uniquement lorsque des mesures alternatives différenciées ont été inefficaces ou inappropriées, et que les troubles du comportement entrainent un danger important et imminent pour le patient ou pour autrui. Comme toute restriction, elle doit être limitée dans le temps et réalisée uniquement dans un espace dédié avec des équipements spécifiques. Elle doit être pleinement justifiée par des arguments cliniques, ce qui sous-entend que seul un psychiatre peut prendre cette décision[1299].

En prison, la contrainte physique n'a aucune visée thérapeutique. Elle tend à protéger l'intégrité physique des personnes détenues et des membres de l'administration pénitentiaire. Il s'agit donc d'un outil de maintien de l'impératif sécuritaire[1300]. Son usage se doit d'être limité « à ce qui est strictement nécessaire[1301] ». La jurisprudence européenne se montre particulièrement stricte dans l'appréciation du caractère indispensable et proportionné de cette mesure[1302]. Contrairement à l'hypothèse des SPSC, cette mesure n'est pas décidée par un psychiatre, mais par le directeur de l'établissement pénitentiaire.

Le recours à la contention chimique : un procédé usité dans le milieu hospitalier. La contention chimique désigne la pharmacopée utilisée pour réduire le niveau d'agitation d'une personne par voie orale en première intention ou par injection intramusculaire, voire intraveineuse, en deuxième intention. Il s'agit de molécules entrainant la sédation ou avec une forte action anxiolytique : benzodiazépines, neuroleptiques, sédatifs, tranquillisants ou encore antipsychotiques[1303]. Ce protocole ne peut être réalisé que par des professionnels de santé. Avant toute administration, ils doivent s'assurer que cette mesure soit compatible avec l'état de santé du patient. Une attention

[1298] HAS, Isolement et contention en psychiatrie générale. Recommandation de bonne pratique, mars 2017.
[1299] LEBOUCHER Azilil, FLEURY Cynthia, *Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art* – Travail préparatoire au projet « De la contention involontaire au sujet se contenant », CNAM et GHU Paris, juillet 2021, p. 17.
[1300] Article L. 227-2 du Code pénitentiaire.
[1301] Article L. 227-1 du Code pénitentiaire.
[1302] La CEDH reconnait que le recours à la force s'avère parfois nécessaire pour assurer la sécurité (…) à condition de se révéler indispensable et de ne pas être excessif. CEDH, 13 février 2014, *Tali c/Estonie*, n° 66393/10. À l'inverse, toute utilisation de la force physique qui n'est pas rendue strictement nécessaire par le comportement d'une personne détenue constitue une atteinte à la dignité humaine et viole les dispositions de l'article 3 de la CESDH. CEDH, 27 mai 2010, *Artyomov c/Russie*, n° 14146/02.
[1303] LEBOUCHER Azilil, FLEURY Cynthia, *op. cit.*, p. 14.

particulière devra être portée aux effets secondaires induits par cette injection[1304]. Par ailleurs, nous savons que la prise continue de ces substances entraine une dépendance et des difficultés pour la personne à interagir avec le monde qui l'entoure. Bien que consciente, un état quasi végétatif est observable au même titre qu'une perte d'autonomie, entrainant une assistance quasi-continue pour effectuer les tâches et les besoins les plus élémentaires. Le respect de la dignité humaine dû aux patients DSPSC impose donc une administration précautionneuse d'un tel protocole. Faute de précision législative ou réglementaire sur la durée de ces mesures, le CPT ainsi que le CGLPL recommandent de mettre en place des protocoles de traçabilité pour l'utilisation de ces procédés[1305]. Ce cadre juridique quelque peu flou tranche avec celui opéré dans le cadre des mesures d'isolement et des autres outils de contention fixe.

B : Les contraintes réalisées au moyen d'outils fixes

Des pratiques séculaires aux nombreuses sources d'interrogations. Parce que les contentions de première intention sont parfois insuffisantes pour calmer le patient, des mesures plus liberticides peuvent être mises en place dans le cadre de l'isolement et de la contention. Ces mesures sont principalement utilisées dans les SPSC, mais peuvent, en particulier pour l'isolement, être utilisées en milieu pénitentiaire[1306]. Dans tous les cas, le recours à ces mesures est un sujet très sensible. Sur le plan légal et éthique, ces pratiques interrogent le respect des libertés individuelles, le rôle et la fonction des intervenants, la légitimité de ces mesures, la sécurité du patient et de celle d'autrui. Sur les plans cliniques et organisationnels, elles nécessitent une réflexion vis-à-vis de la qualité de la prise en charge, de la pertinence des mesures et de leur impact, des conditions de mise en œuvre et

[1304] Si nous prenons l'exemple des benzodiazépines, ces derniers peuvent provoquer des effets secondaires plus ou moins importants selon la dose prescrite et la sensibilité individuelle tels que des confusions, des pertes de mémoire, des étourdissements, des troubles de l'équilibre susceptibles de provoquer une chute, ou encore une irritabilité et une anxiété. De tels effets paraissent contre-productifs avec les objectifs initiaux des SPSC.

[1305] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz, 2016, p. 2.

[1306] Contrairement aux SPSC, la mise en œuvre d'une mesure d'isolement en milieu pénitentiaire s'inscrit dans le cadre d'une mesure disciplinaire ou de prévention. Elle n'a pas de vocation « thérapeutique ».

des moyens disponibles[1307]. Dans la mesure où ces deux pratiques constituent les premiers « traitements historiques » administrés à l'égard des « fous et des aliénés », leur dimension séculaire[1308] entraine une difficile remise en cause. Aujourd'hui, après une construction plutôt lente et laborieuse (1), le cadre juridique de l'isolement et de la contention semble enfin être posé, mais continue d'interroger (2).

1) La lente construction juridique de la norme relative à l'isolement et à la contention

La timide influence des normes internationales. Le cadre juridique de l'isolement et de la contention[1309] est très contemporain. Pourtant, la résolution des Nations-Unies n°46/116 du 17 décembre 1991 mentionnait déjà le fait que la contrainte physique ou l'isolement d'office du patient devaient être utilisés uniquement si c'étaient les seuls moyens de prévenir un dommage immédiat ou imminent au patient ou à autrui[1310]. Cette résolution fait écho à plusieurs autres textes internationaux qui prohibaient ces pratiques, comme le Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966 selon lequel « nul ne sera soumis à la torture ni à des peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ».

L'apport des acteurs de contrôle. Malgré ces dispositions, le rapport du CPT remis au Gouvernement en 2010[1311] indiqua que « les pratiques relatives à la mise en chambre d'isolement et la contention chimique varient considérablement d'un établissement visité à l'autre, voire d'un service de psychiatrie générale à l'autre ». Quelques années plus tard, ces observations furent corrélées par celles du CGLPL qui observa, en 2016, « une utilisation de l'isolement et de la contention d'une ampleur telle

[1307] HAS, *Isolement et contention en psychiatrie générale - Recommandation de bonne pratique*, février 2017, p. 6.
[1308] Les premiers psychiatres à avoir banni les contentions dans leurs pratiques professionnelles sont Samuel TUKE (sauf en cas d'agitation extrême) puis John CONNOLY. BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, 2019, p. 433.
[1309] Selon la CEDH, l'isolement et la contention sont des pratiques assimilables à des traitements inhumains et dégradants. V. notamment CEDH, 18 octobre 2012, *Bureš c/République tchèque*, req. n° 37679/08.
[1310] ONU, Résolution du 17 décembre 1991 sur la protection des personnes atteintes de maladie mentale et amélioration des soins de santé mentale, principe 11, § 11.
[1311] CPT, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitement inhumains ou dégradants du 28 novembre au 10 décembre 2010*, 2012, § 172.

qu'elle semble être devenue indispensable aux professionnels[1312] ». En octobre 2017, lors d'une visite sur notre territoire, la Rapporteuse spéciale des Nations unies souligna que la définition du handicap, prévue par le législateur français, ne respecte pas les dispositions de la Convention. De plus, les pratiques coercitives matérialisées par le placement en isolement et les moyens de contention sont largement répandues. En conclusion, elle demanda à la France de « revoir le cadre juridique se rapportant aux soins psychiatriques sans consentement, de sorte que tous les soins de santé soient prodigués sur la base du consentement libre et éclairé, notamment d'autoriser l'octroi de soins intensifs à domicile sans entrave [1313]».

Cadre juridique de l'isolement et de la contention – Acte 1. C'est dans ce contexte que le législateur est intervenu pour la première fois sur ces questions avec la loi du 26 janvier 2016. Dans son article 72, retranscrit à l'article L. 3222-5-1 du CSP, la loi prévoyait que « l'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en œuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin. Un registre est tenu dans chaque établissement de santé autorisé en psychiatrie (…). Pour chaque mesure d'isolement ou de contention, ce registre mentionne le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé l'ayant surveillée. Le registre (…) doit être présenté, sur leur demande, à la commission départementale des soins psychiatriques, au Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou à ses délégués et aux parlementaires ».

Au regard de cette rédaction, il est possible de se satisfaire de l'intégration du processus de traçabilité dans ces procédures. Cette démarche permet d'avoir une vision concrète des pratiques professionnelles réalisées au sein de l'établissement, sous réserve que ce registre soit correctement renseigné[1314] et que les professionnels soient formés à sa

[1312] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz, 2016, p. VIII.
[1313] DEVANDAS-AGUILAR Catalina, *Observations préliminaires de la Rapporteuse spéciale sur les droits des personnes handicapées au cours de sa visite en France, du 3 au 13 octobre 2017*. (en ligne) - https://www.ohchr.org/FR/NewsEvents/Pages/DisplayNews.aspx?NewsID=22245&LangID=F)
[1314] Dans le cadre de sa visite au centre de santé mentale Jean-Baptiste PUSSIN en 2022, le CGLPL a pu observer, à l'égard de la tenue du registre d'isolement, que ce dernier était « imparfaitement tenu ». CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, p. 53.

tenue[1315]. La consultation de ce registre par les acteurs concernés par la défense des droits des personnes admises en SPSC peut également être saluée. Le fait que le JLD ne soit pas mentionné[1316] constitue néanmoins une surprise. Présent dans les contrôles des mesures de SPSC depuis les réformes de 2011 et 2013, il avait toute la légitimité pour intervenir au regard de l'article 66 de notre Constitution. Combinés au fait qu'aucune durée ne soit mentionnée pour ces pratiques, ces divers manquements marquèrent le début d'une succession d'échanges entre le Parlement et les Sages.

La première contre-attaque des Sages. Par la décision n° 2020-844 QPC du 19 juin 2020, le Conseil constitutionnel jugea que l'article L. 3222-5-1 du CSP, créé par la loi « Santé » de 2016, était contraire à la Constitution[1317]. Selon les Sages, « si le législateur a prévu que le recours à l'isolement et à la contention ne peut être décidé par un psychiatre que pour une durée limitée, il n'a pas fixé cette limite ni prévu les conditions dans lesquelles, au-delà d'une certaine durée, le maintien de ces mesures est soumis au contrôle du juge judiciaire. Il s'ensuit qu'aucune disposition législative ne soumet le maintien à l'isolement ou sous contention à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution ».

Cadre juridique de l'isolement et de la contention – Acte 2. Prenant acte de cette décision, les parlementaires ont présenté, dans le cadre de l'article 84 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020[1318], une nouvelle mouture de l'article L. 3222-5-1 du CSP. Si les débats sanitaires et nationaux de l'époque étaient principalement tournés vers la gestion de la crise sanitaire, nous pouvons regretter que cette mesure ne fût pas adoptée dans un cadre plus spécifique, afin d'éviter de donner une impression de désintérêt[1319]. À cette époque, la rédaction adoptée par le législateur était la suivante : « la mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de douze heures. Si l'état de santé du patient

[1315] Dans la mesure où il s'agit d'un document professionnel alimenté par le personnel soignant et médical, la logique aurait voulu que ces derniers soient consultés sur les modalités d'élaboration de ce document, mais également informés sur son utilité. Sur ces différents points, le CGLPL fait état d'un échec probant. « La mise en place du registre d'isolement et de contention a été comprise par les soignants comme une nécessité administrative voire une pure contrainte réglementaire sans que l'intérêt réel de cette mesure pour l'analyse de leurs pratiques ne leur soit présenté et surtout sans que ce registre ne soit orienté vers une politique. La mauvaise qualité des données, déplorée plus haut est le symptôme du désintérêt des soignants pour une réforme mal comprise, non intégrée dans une modernisation plus globale de la prise en charge psychiatrique des soins sans consentement. L'échec de la politique de réduction de l'isolement et de la contention en est le résultat ». CGLPL, *Rapport annuel 2021*, Paris, Dalloz, 2022, p. 32.

[1316] Malgré cette absence, la Cour d'appel de Versailles permit à un JLD de consulter ce registre en énonçant que « c'est à l'établissement hospitalier de justifier du respect des dispositions de l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique et de fournir au juge les éléments lui permettant d'opérer le contrôle qui lui incombe sur les atteintes à la liberté du patient ». CA Versailles, 24 octobre 2016, n° 16/07393.

[1317] GUIGUE Sophie, « L'épilogue de l'adoption du dispositif de contrôle judiciaire des mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, n° 106, 2022, pp. 235-238.

[1318] Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021, JORF n° 0302 du 15 décembre 2020, Texte n° 1.

[1319] GUIGUE Sophie, « Le nouveau dispositif encadrant les mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, n° 101, 2021, p. 377.

le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de douze heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de quarante-huit heures. La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de six heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée par périodes maximales de six heures dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités, dans la limite d'une durée totale de vingt-quatre heures ».

La seconde contre-attaque des Sages. Au regard de cette rédaction, le législateur prit acte des remarques du Conseil constitutionnel et délimita un cadre temporel dans lequel ces mesures pouvaient s'appliquer. Cependant, il oublia le cadre très particulier des lois de financement de la sécurité sociale. En effet, ne peuvent être adoptées dans cette loi que des dispositions en lien avec les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, mais également des autres catégories mentionnées au paragraphe V de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale. En l'espèce, l'article 41 modifia uniquement « les conditions dans lesquelles sont exécutées les mesures de contention ou d'isolement appliquées à des personnes hospitalisées sans leur consentement, et notamment les cas dans lesquels le juge des libertés et de la détention doit être saisi pour les renouveler au-delà de certaines durées. Dès lors, elles ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale. Elles sont donc contraires à la Constitution[1320] ».

Cadre juridique de l'isolement et de la contention – Acte 3. Pressée une nouvelle fois par l'urgence de la réforme, la dernière intervention du législateur en la matière vit le jour avec la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022[1321]. Une fois encore, nous pouvons regretter l'absence de texte spécifique sur cette question. Cette mesure fut complétée[1322] quelques mois plus tard par le décret n° 2022-419 du 23 mars 2022[1323] ainsi que par l'instruction DGOS/R4/2022/85 du 29 mars 2022 à destination des établissements autorisés en psychiatrie. L'ensemble de ce dispositif constitue, à l'heure actuelle, le droit positif en matière de mesure d'isolement et de contention.

[1320] C. const., 16 décembre 2021, DC n° 2021-832, § 25 et 26.
[1321] 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, JORF n° 0019 du 23 janvier 2022, Texte n° 1.
[1322] GUIGUE Sophie, « La procédure applicable au contrôle judiciaire des mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, n° 107, mai 2022, p. 379.
[1323] Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0071 du 25 mars 2022, Texte n° 30.

2) Le droit positif des mesures d'isolement et de contention

Isolement et contention : des mesures obligatoirement subsidiaires. Toujours réglementées à l'article L. 3222-5-1 du CSP[1324], l'instruction DGOS du 29 mars 2022 rappelle qu'il s'agit de « mesures ultimes à mettre en œuvre après l'échec de mesures alternatives lorsque les troubles du comportement que présente le patient représentent pour lui ou pour autrui un danger important et immédiat[1325] ». En conséquence, ces mesures ne peuvent être mises en œuvre dans un cadre disciplinaire, ni servir à pallier les failles dans l'organisation des soins et/ou du service[1326]. L'instruction de la DGOS attire également l'attention des professionnels sur le fait qu'il n'existe pas encore de référentiel uniformisé[1327] pour apprécier la pertinence de la mesure. Celle-ci repose uniquement sur une observation et une appréciation des équipes soignantes. L'instruction recommande alors une traçabilité dans le dossier médical de l'état clinique du patient et de toutes les mesures alternatives tentées sans succès pour démontrer que la décision médicale d'isolement ou de contention est motivée, nécessaire, adaptée et prise en dernier recours[1328].

Des mesures aux durées inchangées. Sur les règles de fond, la réforme de 2022 n'apporte aucun changement. La mesure d'isolement est prise pour une durée maximale de 12 heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée dans la limite d'une durée totale de 48 heures, et fait l'objet de deux évaluations par 24 heures. La mesure de contention est prise dans le cadre d'une mesure d'isolement pour une durée maximale de 6 heures. Si l'état de santé du patient le nécessite, elle peut être renouvelée dans la limite

[1324] Si les dispositions du CSP envisagent le recours à ces mesures uniquement pour les SPSC, l'instruction de la DGOS du 29 mars 2022 autorise, de manière exceptionnelle, la possibilité d'y recourir pour un patient hospitalisé librement en psychiatrie ou accueilli dans une structure d'urgence. Ces mesures instaurées pour des motifs tenant à la sécurité du malade ou d'autrui doivent être transitoires dans l'attente de la résolution de la situation critique ou de la mise en œuvre du régime juridique de soins psychiatriques sans consentement. Si l'impératif sécuritaire justifie cette mesure, leur durée maximale n'est pas prévue. Ce cadre dérogatoire est attentatoire aux droits du patient ainsi qu'à sa liberté car pour rappel, le patient admis en soins psychiatriques dits libres dispose de toutes les prérogatives reconnues à tous les autres patients pris en charge pour une autre pathologie, dont notamment la liberté de quitter l'établissement. Une clarification de ce point dans les plus brefs délais est donc souhaitable afin d'éviter tout abus.

[1325] SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Précisions sur le cadre juridique des mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé,* n° 108, 2022, p. 509.

[1326] La difficulté rencontrée n'est pas un cas isolé dans le domaine des soins. Il illustre les conséquences délétères de la maltraitance institutionnelle à l'égard des soignants qui se répercute indubitablement sur les patients. Face à de telles difficultés, la réforme complète et profonde de la psychiatrique défendue par le CGLPL depuis plusieurs années semble s'imposer. La crise sanitaire liée à la COVID-19 n'aura pas manqué de rappeler aux différentes instances politiques et sanitaires les limites de la « culture entrepreneuriale » dans le soin. Si des réformes ont déjà été initiées, il faudra plusieurs années et d'autres mesures pour tenter de corriger cette problématique persistante.

[1327] Le seul guide en la matière a été élaboré par l'HAS en 2017 dans le cadre de l'un de ses guides de bonnes pratiques professionnelles intitulé *Isolement et contention en psychiatrie générale*.

[1328] SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Précisions sur le cadre juridique des mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé,* n° 108, 2022, p. 509.

d'une durée totale de 24 heures, et fait l'objet de deux évaluations par 12 heures. Le CSP précise que la surveillance des patients est assurée par un(e) infirmier(e)[1329]. Dans un souci de respect de la dignité de la personne ainsi que de son droit à la vie privée, la surveillance exigée n'implique pas le réveil systématique du patient en l'absence de symptômes physiques ou psychopathologiques inquiétants. Cependant, cette information doit être mentionnée dans le dossier médical ainsi que l'heure à laquelle l'état clinique a été vérifié[1330].

Une nouvelle réforme évitée. Malgré cette rédaction, plusieurs points suscitent encore des interrogations. Initialement, avant l'instauration d'une telle mesure, le médecin avait l'obligation d'informer les personnes habilitées à saisir le JLD à savoir : le patient, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure, la personne chargée d'une mesure de protection juridique relative à la personne faisant l'objet des soins, son conjoint, son concubin, son partenaire, la personne qui a formulé la demande de soins, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins et le procureur de la République. Désormais, il doit informer au moins un membre de la famille du patient, en priorité son conjoint, son partenaire ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt, dès lors qu'une telle personne est identifiée.

Au regard de cette rédaction, une interrogation se présente à nous : qu'en est-il de l'information à l'égard du patient ? Ce point n'est pas prévu par la loi du 22 janvier 2022 ni par le décret du 23 mars 2022. L'instruction DGOS du 29 mars 2022 souligne que le droit commun s'applique. Les mesures d'isolement et de contention doivent être appréhendées comme des actes de soins. Ainsi, la mise en œuvre de ces mesures doit faire l'objet d'une information à l'égard du patient[1331]. Ce point mériterait d'être inscrit explicitement à l'article L. 3222-5-1 du CSP pour éviter toute confusion. C'est dans cette optique que la Cour de cassation transmit le 27 janvier 2023[1332] deux questions prioritaires de constitutionnalité portant sur la conformité de l'article L. 3222-5-1 du CSP avec l'article 66 de la Constitution et l'article 16 de la DDHC.

[1329] Article R. 4311-6 du CSP : « Dans le domaine de la santé mentale, outre les actes et soins mentionnés à l'article R. 4322-5, l'infirmier ou l'infirmière accomplit les actes et soins suivants : (…) 3°Surveillance des personnes en chambre d'isolement ».
[1330] SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Précisions sur le cadre juridique des mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, n° 108, 2022, p. 509.
[1331] Article L. 1111-2 du CSP.
[1332] Cass. Civ., 1ère, 26 janvier 2023, n° 22-40.019 et n° 2240.021.

En l'espèce, les Sages se sont prononcés dans une décision du 31 mars 2023[1333]. Bien que l'article L. 3222-5-1 du CSP ne prévoit pas l'information de l'intéressé dès le début de la mesure d'isolement ou de contention, les Sages ont énuméré toutes les dispositions qui lui offrent un accès au juge. Combinée à l'intervention systématique du JLD, la méconnaissance du droit au recours juridictionnel effectif n'a pu être caractérisée. Pourtant, compte tenu de la situation particulière dans laquelle se trouve le patient admis en SPSC, une information sur ce point dès le début de la mesure liberticide ne semblait pas superflue, au regard de la jurisprudence antérieure du Conseil constitutionnel[1334].

La consolidation du cadre juridique des procédures dérogatoires. La loi du 22 janvier 2022 a maintenu le recours exceptionnel aux procédures dérogatoires. Parce qu'elles sont le plus attentatoires aux droits des patients et à leur dignité, une attention particulière doit être apportée sur leur encadrement. Si l'état de santé du patient nécessite un prolongement au-delà des 48 heures pour la contention et 24 heures pour l'isolement, le directeur de l'établissement doit informer immédiatement le JLD de cette mesure. Celui-ci peut se saisir d'office pour y mettre fin. Sauf opposition exprimée par le patient, la loi indique que le médecin doit prévenir un des proches du patient[1335]. Le cumul de la mesure initiale « complète » et celle de renouvellement ne peut excéder 72 heures pour l'isolement et 48 heures pour la contention. Si malgré cette première prolongation exceptionnelle l'état de santé nécessite de poursuivre la mesure, le JLD dispose, dans les deux cas, d'un délai de 24 heures pour se prononcer. Il pourra ordonner la mainlevée de la mesure[1336] ou sa poursuite si l'état du patient le justifie. Dans cette hypothèse, le renouvellement se fera dans les mêmes conditions à savoir 72 heures pour l'isolement et 48 heures pour l'isolement auxquelles il faut rajouter un délai de 24 heures pour que le JLD se prononce[1337].

Si un encadrement temporel de ces pratiques dérogatoires était nécessaire, il n'est pas certain que la solution proposée soit adaptée aux réalités du terrain. En effet, l'appréciation de l'état de santé du patient doit se faire par un psychiatre. La pénurie de praticiens en la matière laisse entrevoir des difficultés logistiques importantes. Par ailleurs,

[1333] C. const., 31 mars 2023, n° 2023-1040/1041 QPC.
[1334] C. const., 13 janvier 2012, n° 2012208 QPC.
[1335] Selon l'article L. 3222-5-1 II du CSP, sont considérés comme tels « le conjoint, le partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité ou son concubin, ou une personne susceptible d'agir dans son intérêt dès lors qu'une telle personne est identifiée ».
[1336] Sauf survenance de nouveaux éléments, aucune mesure d'isolement ou de contention ne pourra être prise à l'encontre du patient avant expiration d'un délai de 48 heures. Article L. 3222-5-1 II alinéa 4 du CSP.
[1337] Pour une représentation de ce dispositif en schémas, V. DUBOIS-HARVARD Lauren, *Protocoles d'isolement et contention : la France parmi l'Europe*, Thèse de doctorat, Médecine, Université de Franche-Comté, 2023.

la procédure ne semble pas tenir compte des organisations hospitalières induites par les groupements hospitaliers de territoire (GHT)[1338] qui aboutissent parfois à ce qu'un directeur d'établissement de santé administre plusieurs sites. Dans ce contexte, il n'est pas certain que la pression administrative mise sur l'ensemble du personnel de l'établissement de santé soit tenable dans la durée.

Au regard de ces observations, nous constatons que de nombreuses pratiques professionnelles portent atteinte, de manière plus ou moins forte, aux prérogatives reconnues aux patients DSPSC en tant que personne humaine. Malheureusement, d'autres atteintes sont également réalisées à l'égard des droits reconnus au patient relatives à son expression.

Section 2 : Des pratiques professionnelles contraires aux droits relatifs à l'expression du patient

Des entraves récurrentes aux fondamentaux de la relation médicale. Malgré la spécificité de leur situation, les patients DSPSC partagent la même aspiration que les patients libres, à savoir guérir de leurs maux ou du moins voir leur douleur s'atténuer. Outre l'instauration d'un protocole de soins adapté, nous savons qu'une partie de sa réussite réside dans l'adhésion du patient aux soins. Pour ce faire, les droits fondamentaux de la relation médicale ne doivent souffrir d'aucune atteinte. Pourtant, au regard des pratiques professionnelles, le droit à l'information et la prise en considération du consentement du patient ne sont pas toujours respectés (§ 1). Des pratiques délétères sont également observables à l'égard du respect du secret professionnel (§ 2).

[1338] Créés par la loi du 26 janvier 2016 en remplacement des communautés hospitalières de territoire issues de la loi HPST du 21 juillet 2009.

§ 1 : Les atteintes aux prolégomènes de la relation médicale

Un droit à l'information et au consentement entravés. En dépit des efforts entrepris pour harmoniser les normes relatives aux patients DSPSC avec celles relatives aux patients libres, la particularité de leur situation médicale et juridique induit la mise en œuvre de pratiques professionnelles dérogatoires. Si certaines se justifient sur le plan sécuritaire, d'autres mériteraient une réflexion plus globale afin que les prérogatives accordées soient plus effectives. L'objectif est de consolider le lien de confiance existant entre le patient et les professionnels de santé, en vue de renforcer l'adhésion aux soins. Dans ces circonstances, ne peuvent être qualifiées de pratiques adéquates l'instauration d'un droit incomplet à l'information (A) ainsi qu'une prise en considération variable du consentement (B).

A : La mise en œuvre incomplète du droit à l'information

Des défaillances observables tout au long de la prise en charge. Malgré l'existence de pathologies altérant leurs facultés de compréhension et/ou des barrières linguistiques, le droit à l'information des patients DSPSC à vocation à s'appliquer avec la même rigueur que pour les patients libres. Cette information doit d'être complète et adaptée afin que le patient puisse être en mesure de prendre les décisions adéquates relatives à son état de santé. Dans ce domaine, les pratiques professionnelles observées ne peuvent être qualifiées de satisfaisantes. Des défaillances sont constatables tant dans les échanges directs entre les praticiens et les patients (1) qu'au niveau de la consultation dématérialisée du dossier (2).

1) L'oubli récurant de la délivrance d'une information adaptée et proportionnée à l'état de santé du patient

La délicate appréhension du temps de l'information dans les SPSC. Dans les SPSC, le premier contact du patient avec le psychiatre se résume souvent à une information quant à son mode d'admission. Celle-ci n'est pourtant pas synonyme d'une défaillance cognitive complète du patient. Deux situations peuvent se dessiner : soit le patient n'est pas en état de recevoir l'information ; soit il l'est.

Dans la première hypothèse, il ne serait d'aucune utilité que le médecin transmette une quelconque information au patient ; ce dernier n'étant pas en mesure de les écouter et de les comprendre. L'information doit alors être suspendue. Ce « contre-temps » ne doit pas être considéré comme un renoncement à l'information. Les tentatives d'information doivent être tracées afin que le patient et/ou ses proches puissent comprendre le déroulé des soins. À cet égard, le CGLPL rappelle que « si les personnes privées de liberté ne sont pas en état de comprendre ces informations, elles doivent leur être de nouveau données dès qu'elles sont en mesure d'en comprendre le sens, et dans un temps utile à l'exercice des droits qui y sont rattachés[1339] ».

Dans la seconde hypothèse, aucun obstacle ne s'oppose au fait de délivrer une information complète au patient. L'article L. 3211-3 du CSP rappelle le droit de toute personne admise en SPSC d'être informée, de manière appropriée à son état[1340], de la décision d'admission et de toutes les décisions de maintien qui la suivent, ainsi que des raisons qui les motivent. De plus, elle doit être mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. Nous observerons que la loi reste silencieuse quant aux modalités du recueil de ces dernières et la procédure à suivre en termes de traçabilité. Selon le CGLPL, la vérification de cette démarche est complexe à obtenir car dans la majorité des établissements visités, ces observations sont retracées par

[1339] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté*, juin 2020, p. 10.

[1340] Sur le plan jurisprudentiel, la Cour de cassation a consacré ce point dans un arrêt du 23 mai 2000 vis-à-vis d'un patient maniaco-dépressif qui reprochait à son psychiatre de ne pas l'avoir informé du diagnostic (Cass., Civ., 1ère, 23 mai 2000, n° 98-18.513).

le médecin dans le dossier médical du patient. Elles sont donc soumises au secret professionnel[1341].

Une information essentiellement écrite dans les SPSC. Dans la pratique, l'information du patient en SPSC aboutit à la remise d'un écrit, comme sa notification d'admission. Elle comporte également des documents, dont l'énoncé des droits du patient. Encore faut-il que ces documents soient explicités. La simple remise d'un document ne peut satisfaire pleinement l'obligation d'information qui incombe aux praticiens. Dans de rares situations, il est possible d'observer la mise en place d'un protocole spécial, au sein des établissements de santé, où certains soignants ou agents administratifs sont formés et assignés à cette tâche[1342]. Cependant, le CGLPL souligne que la décision d'admission n'est notifiée au patient qu'après avoir été formellement prise, ce qui peut intervenir plusieurs jours après l'admission, notamment si elle a lieu juste avant ou au cours d'un week-end[1343]. Pendant ce laps de temps, le patient n'est donc pas pleinement en mesure d'exercer ses droits, ce qui peut nuire à la défense de ses intérêts[1344].

Ainsi, dans le cadre des SPSC, les informations sont certes délivrées par écrit[1345], mais leur compréhension n'est pas vérifiée de manière effective. Elles semblent limitées à des informations soignantes ou médicales et s'étendent rarement aux droits et aux recours que peut exercer le patient. Ce protocole diffère nettement de celui pratiqué en prison.

Le principe d'une information orale en détention. Qu'il s'agisse de l'examen d'entrée ou de tout autre examen médical au cours de la détention, le patient détenu sera informé de sa situation médicale par voie orale. La transmission d'une information écrite est exceptionnelle. Si cette pratique a le mérite d'opérer une délivrance rapide de l'information, elle ne permet pas toujours aux patients de pleinement comprendre les enjeux qui y sont sous-jacents. Cette situation peut induire un certain flou dans la compréhension de leur pathologie[1346], et être accentué par le choc de l'incarcération.

[1341] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz, 2016, p. 128.
[1342] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de visite du pôle psychiatrie-addictions du centre hospitalier universitaire Henri Mondor à Créteil, janvier 2018 ; Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé Georges Daumézon à Orléans, février 2017.*
[1343] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz, 2016, p. 127.
[1344] Tel est le cas de l'information relative à la désignation de la personne de confiance ou encore du rôle que peuvent jouer les tiers dans une demande de mainlevée.
[1345] Au regard des différents rapports de visite du CGLPL, cette délivrance n'est pas effectuée de manière uniforme au sein de l'ensemble des établissements de santé. Néanmoins, il est possible d'observer des efforts dans la majorité des établissements.
[1346] MAHI Lara, « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé*, n° 10, 2015, p. 9.

Des solutions plus limitées en prison. Contrairement aux SPSC, l'impossibilité de pouvoir conserver des informations confidentielles en cellule limite fortement les solutions. Le recours aux nouvelles technologies[1347] pourrait pallier cette difficulté, mais il n'est pas certain que l'investissement financier d'une telle démarche soit accepté. Pourtant, avec le renforcement du droit d'accès à Internet, cette proposition n'est pas utopiste, d'autant qu'elle s'inscrit dans la lignée des pratiques opérées en milieu libre ainsi que par les professionnels de santé. Par ailleurs, elle pourrait faciliter l'accès au dossier du patient.

2) Un accès limité au dossier du patient

Un accès au dossier parfois entravé. Bien que l'accès au dossier des patients DSPSC soit réglementé par les dispositions de droit commun issues des articles L. 1111-7 et R. 1111-1 du CSP, des spécificités inhérentes à leur situation personnelle et/ou pathologique entrainent une limitation de ce droit. Ces limites sont de deux ordres : technologiques et procédurales.

Une dématérialisation parfois inadaptée aux pratiques professionnelles. Si l'article R. 1112-2 du CSP impose la création d'un dossier pour chaque patient pris en charge par un établissement ou un professionnel de santé, aucune obligation n'est faite quant à sa forme. Face au déploiement du numérique en santé, il n'est pas surprenant que de plus en plus d'établissements choisissent d'abandonner le « dossier papier » pour se tourner vers des « dossiers numériques ». Par le biais de logiciels de système d'information tels que DXCARE ou HÔPITAL MANAGER, une synchronisation des données entre les structures de soins et les patients est désormais possible. Concrètement, par le biais d'une connexion à « Mon espace santé », le patient peut avoir accès à l'essentiel des documents rédigés à l'issue de son passage en consultation ou en hospitalisation, comme ses ordonnances ou encore son compte rendu. Cette solution est néanmoins conditionnée à la réunion de trois éléments : un service de prise charge piloté par un logiciel de système d'information hospitalier (SIH), une configuration de ce système qui permet une

[1347] Tel est le cas des bornes interactives d'information.

synchronisation des données avec « Mon espace santé », la création de « Mon espace santé » par le patient. Si l'instauration d'un SIH dans tous les établissements de santé ne pose guère de difficulté, l'effectivité des deux autres critères est très hétérogène. Le déploiement progressif du numérique en santé étant récent, il est normal que toutes les solutions promises ne soient pas encore effectives. Par ailleurs, à supposer que toutes les conditions citées soient caractérisées, l'accès à ces informations par les patients DSPSC demeure complexe[1348].

L'inaccessibilité de l'information électronique. En dépit de plusieurs recommandations[1349], rares sont les établissements pénitentiaires ou psychiatriques à proposer un accès à Internet. Pourtant, des dispositions réglementaires sont déjà effectives sur cette question. Pour ce qui est de l'accès à Internet en prison, les dispositions de la circulaire du 13 octobre 2009 relative à l'accès des détenus à l'informatique prévoient que ces derniers peuvent accéder à du matériel informatique connecté au sein de salles sécurisées. Pour ce qui est SPSC, les pratiques relatives à l'accès à Internet sont très diversifiées. Il n'est pas rare de voir un aménagement des installations au sein des établissements de santé. Ces derniers s'accompagnent parfois de l'instauration d'ateliers destinés à la maitrise de l'outil informatique. Dans ces circonstances, l'accessibilité de l'information médicale par voie électronique semble davantage favorisée dans les SPSC qu'en milieu carcéral. Cette affirmation se doit d'être relativisée, au regard de certaines dispositions du CSP.

La procédure dérogatoire dans le cadre des SPSC en cas de « risques d'une gravité particulière ». Si par principe le patient admis en SPSC peut accéder, dans les conditions de droit commun, à son dossier, le CSP a instauré une procédure dérogatoire. Selon l'alinéa 4 de l'article L. 1111-7, « à titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une admission en [SPSC], peut être subordonnée à la présence d'un médecin[1350] désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la [CDSP] est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur ». Plusieurs remarques s'imposent.

[1348] Tel est le cas également, en milieu libre, des personnes qui ne disposent pas d'un accès à Internet.
[1349] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 20 juin 2011 relatif à l'accès à l'informatique des personnes détenues*, JORF 12 juillet 2011, Texte n° 82 ; CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 12 décembre 2019 relatif à l'accès à Internet dans les lieux de privation de liberté*, JORF du 6 février 2020, Texte n° 110.
[1350] Selon le Conseil d'État, la décision du directeur de l'établissement de santé imposant à un patient hospitalisé de consulter son dossier en présence d'un médecin n'a pas à être motivée. CE, 10 avril 2009, n° 289794 B.

Le CSP ne précise pas ce qu'il entend par « risques d'une gravité particulière ». Dans la pratique, cette hypothèse traduit la situation où l'équipe de soins pense que la révélation d'une information au patient sur son état de santé risque de provoquer une réaction qui pourrait porter atteinte à son intégrité physique et/ou psychique[1351]. Si cette appréciation se fait *in concreto*, l'absence de critères précis et objectifs peut aboutir à des discriminations dans la conduite et le traitement des requêtes des patients.

L'arbitrage de la CDSP. Si le demandeur refuse de désigner un médecin, le détenteur de l'information doit saisir la CDSP. L'article R. 1111-5 du CSP indique que « le détenteur des informations fournit sans délai à la commission, sous pli confidentiel, les informations nécessaires relatives à la santé du demandeur et les éléments qui le conduisent à demander la présence d'un médecin. L'avis de la commission, qui s'impose au demandeur et au détenteur, leur est notifié dans le délai de deux mois à compter de la date de réception de la demande initiale de l'intéressé ». Au regard de cette disposition, il apparait que la CDSP joue un rôle d'arbitre. Cette procédure non contentieuse a le mérite de tenter de préserver l'intégrité psychique du patient en ménageant la délivrance d'information sur son état de santé. Cette bienveillance doit être le seul motif qui motive cette procédure. Elle ne doit pas être utilisée aux fins d'empêcher ou de décourager le patient admis en SPSC d'exercer son droit d'accès à son dossier.

La délivrance souhaitable d'une explication au patient. Par ailleurs, il faut prendre en compte les éventuelles répercussions procédurales d'une telle démarche car elle peut entrainer des retards sur les délais accordés aux établissements de santé pour faire droit à la demande du patient. Si cette procédure est envisagée, il conviendra d'expliquer clairement au patient les raisons inhérentes à la présence d'un médecin lors de la consultation afin qu'il puisse adhérer à la démarche. Il est donc impératif que le professionnel de santé motive sa décision et caractérise de manière sérieuse cette « particulière gravité » afin que sa responsabilité ne soit pas engagée pour restriction abusive d'accès au dossier du patient.

Un droit à l'information reconnu, mais surveillé par la pratique. Qu'il s'agisse du patient détenu ou admis en SPSC, leur accès à l'information est très surveillé. Pourtant, selon le Professeur François VIALLA, « l'information due au patient puise sa source dans

[1351] Nous retrouvons ici l'influence de l'article L. 1111-2 du CSP selon lequel l'information délivrée par le praticien se doit d'être adaptée à l'état de compréhension du patient, ainsi qu'à sa personnalité.

des impératifs pluriels, éthique, déontologique et juridique[1352] ». Elle constitue le préalable indispensable à l'obtention du consentement éclairé du patient, à son adhésion aux soins futurs. En effet, le droit à l'information est « un droit intimement lié à celui du consentement. Il ne peut y avoir de consentement sans information ; mais, par contre, il peut y avoir information sans consentement[1353] ». Dans la mesure où ce droit souffre de carences importantes, il n'est pas étonnant que la prise en compte du consentement dans les situations de soins de notre étude subisse elle aussi des atteintes.

B : Des améliorations souhaitables dans la prise en compte du consentement du patient

Un temps du consentement à (re)définir. Dans la relation de soins, le consentement occupe une place capitale. C'est lui qui est censé guider l'intégralité du parcours de soins du patient. Cependant, dès l'instant où un cadre restrictif de liberté vient entourer la relation médicale et soignante, la prise en compte du consentement se révèle inégale. En effet, dans le cadre de la mise en place des PDS ou des mesures de soins pénalement prononcées, ces protocoles sont souvent acceptés pour éviter une sanction. Pourtant, une meilleure prise en compte du consentement des patients DSPSC est possible. Deux pistes peuvent être proposées. La première réside dans une meilleure compréhension des concepts de volonté et de consentement (1). La seconde réside dans la prise d'un temps d'échange suffisant pour permettre la mise en place de protocoles de soins équilibrés (2).

[1352] VIALLA François, « Enjeux et logiques de l'information comme préalable au consentement », in LAUDE Anne (dir.), *Consentement et santé*, p. 37.
[1353] CLÉMENT Jean-Marie, *Les grands principes du droit de la santé*, Bordeaux, LEH, 2005, p. 142.

1) La nécessité d'une meilleure compréhension des concepts de volonté et de consentement

Volonté et consentement : une différenciation à opérer au regard de l'expression de la pensée de l'Homme. Généralement, les notions de volonté et de consentement sont abordées dans le cadre de la matière contractuelle. Si dans le langage courant et les pratiques professionnelles ces deux termes ont tendance à se confondre, une distinction mérite d'être esquissée. Sur le plan terminologique, la volonté s'entend comme la « faculté de l'Homme de se déterminer, en toute liberté et en fonction de motifs rationnels, à faire ou ne pas faire quelque chose[1354] ». C'est une qualité individuelle qui se caractérise par la fermeté et la constance dans la décision et l'exécution, par une énergie morale plus ou moins grande[1355]. Le consentement, lui, traduit un « acte libre de la pensée par lequel on s'engage entièrement à accepter ou à accomplir quelque chose[1356] ». Il s'apparente à la notion d'autorisation.

Par cette approche, nous constatons que la volonté possède une dimension intrinsèque à l'Homme qui relève exclusivement de son esprit. Tant que cette dernière n'est pas extériorisée, la volonté d'un individu relève de ses pensées. À l'inverse, le consentement possède une dimension extrinsèque car il exprime, de manière active ou passive[1357], un choix. Selon la Professeure Marie-Anne FRISON-ROCHE, « la volonté est au cœur de l'humanisme et marque l'intériorité incommensurable de l'Homme tandis que le consentement est un objet, conséquence de la volonté, symbole et extériorisation de la volonté, mais distinct de la volonté. Ainsi, par la volonté, la personne manifeste sa puissance, sa capacité à poser à elle-même sa propre loi, sa liberté. Tandis que le consentement est signe d'une sorte de capitulation[1358] ». Cette idée est d'ailleurs mise en lumière par LALANDE pour qui consentir c'est admettre, donner son assentiment, c'est-à-dire baisser pavillon devant une assertion ou devant une autre personne[1359].

Volonté et consentement : une association majoritairement acceptée dans le cadre des soins en détention. Mis en perspective avec la relation médicale, les notions de

[1354] *Trésor de la langue française* (en ligne), V° Volonté.
[1355] *Ibidem.*
[1356] *Trésor de la langue française* (en ligne), V° Consentement.
[1357] Cette dimension se trouve dans l'adage classique « Qui ne dit mot consent ».
[1358] ROCHE-FRISON Marie-Anne, « Remarques sur la distinction de la volonté et du consentement en droit des contrats », *RTD Civ*., juill-sept. 1995, pp. 573-574.
[1359] LALANDE André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, 2ème éd., PUF, coll. Quadrige, 1997, p. 177.

volonté et consentement questionnent la nature des liens du *colloque singulier* et trouvent un fort écho avec les patients DSPSC. L'article L. 1111-4 du CSP indique que « toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé ». Par ailleurs, « le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité[1360] ». D'une certaine façon, nous retrouvons ces deux concepts.

Dans un premier temps, la volonté du patient va porter sur son choix, ou non, de se faire prendre en charge sur le plan médical. Cette première étape traduit la liberté de soins dont dispose, par principe, chaque patient. Une fois ce choix opéré, interviendra l'étape du protocole adéquat à mettre en place. Comme ce dernier se traduit majoritairement par la réalisation d'actes (opérations, prise de médicaments, examens, etc.), il nécessite que le patient « s'abandonne » au savoir médical en exprimant son consentement aux différentes thérapeutiques proposées, après avoir reçu une information claire, loyale et appropriée[1361]. Ce schéma « classique » caractérise la majorité des protocoles administrés à l'égard des patients détenus, contrairement aux SPSC.

Volonté et consentement : une association brisée dans les SPSC à l'instauration de la mesure. Pour le patient admis en SPSC, les interrogations sur la prise en considération de sa volonté ou son consentement ne trouvent, en principe, pas leur place. Parce qu'il s'agit de soins imposés, cette réflexion ne semble d'aucune utilité et à plusieurs égards. Dans un premier temps, le choix d'être mis en relation avec un professionnel de santé est opéré par un tiers privé ou étatique. À aucun moment le patient n'est consulté. Ensuite, les traitements administrés au cours de la période initiale de soins et d'observation ne font pas l'objet d'une discussion avec le patient. Ils sont imposés à ce dernier, sous couvert de l'argumentaire qu'il faille l'empêcher d'aggraver son état de santé ou de porter atteinte à son intégrité physique ou celle d'autrui. Ce n'est qu'à l'issue de cette période qu'une prise en considération de la volonté et du consentement du patient peut être envisagée, dans le cadre de la mise en place d'un PDS[1362].

Volonté et consentement en SPSC : une association à développer par le biais d'une amélioration des pratiques professionnelles. Par principe, le non-respect du PDS

[1360] Article L. 1111-4 alinéa 3 du CSP.
[1361] Article R. 4127-35 du CSP.
[1362] Cette observation peut être déduite de l'article L. 3211-3 alinéa 2 du CSP selon lequel le patient est informé du projet de décision et mis à même de présenter ses observations par tout moyen et de manière appropriée à son état.

entraine la poursuite des SPSC sous la forme d'une hospitalisation complète. Compte tenu des effets liberticides de ce dispositif, la recherche de la volonté puis du consentement du patient s'avère déterminante. Dans cette perspective, la conception de la mission du psychiatre doit être retravaillée. Son action ne doit pas être cantonnée à la mise en œuvre d'un traitement visant l'aliénation pure et simple de la pathologie mentale. Elle doit également prendre en compte la recherche de l'autonomie de la personne. Cette perspective implique de « chercher à encourager autant que faire se peut le patient à faire ses choix, de lui attribuer une présomption de compétence décisionnelle[1363] ». Ainsi, le travail du psychiatre n'est plus entièrement axé sur le soin, mais consiste à faire ressortir une parcelle d'autonomie préservée du patient[1364]. Cependant, ce processus peut prendre du temps et il n'est pas certain que le délai de 72 heures de la période de soins et d'observation initiale soit suffisant.

Un avis du CCNE du 14 avril 2005 souligna qu'un « soin ne se limite jamais à un traitement, car il implique un accompagnement, une écoute et un respect de la personne soignée (…). Un refus de traitement ne doit jamais être compris comme un refus de soins, même si un refus de soins doit pouvoir être lui aussi envisagé dans sa réalité[1365] ». Dans une société de plus en plus procédurière, la tentation est grande pour les professionnels de santé, en particulier en psychiatrie, de limiter le temps de ces réflexions et de prendre des décisions rapides, sous couvert de l'obsession médico-légale du concept de « non-assistance à personne en péril[1366] ». Pourtant, à vouloir prendre des décisions trop rapidement, le risque est de confondre « volonté du soin » et « consentement aux soins ». Cette confusion peut s'avérer délétère.

La nécessité de distinguer la « volonté du soin » et le « consentement aux soins ». Si les expressions « volonté du soin » et « consentement aux soins » sont parfois considérées comme synonymes, la réalité médicale implique de mettre en avant une distinction entre ces deux formulations, en particulier dans le cadre des SPSC. La volonté de se faire soigner implique inévitablement la conscience de son état de santé. Le patient peut alors choisir d'entrer dans un processus de soins. Appliquée à la psychiatrie, une telle hypothèse relève des soins psychiatriques dits libres. L'expression « consentement aux soins » indique que le processus de soins est déjà entamé. Dans le cadre des SPSC, cette

[1363] HAZIF-THOMAS Cyril, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2016, p. 246.
[1364] *Ibidem.*
[1365] CCNE, *Refus de traitement et autonomie de la personne*, Avis n° 87 du 14 avril 2005.
[1366] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2019, p. 412.

recherche du « consentement aux soins » doit être renforcée, en particulier dans le cadre de l'élaboration du PDS. Si les professionnels de santé disposent des connaissances médicales et pharmacologiques pour élaborer un traitement adéquat, ils ne maitrisent pas les contraintes personnelles du patient. Qu'elles soient professionnelles, familiales, géographiques ou autre, leur prise en considération apparait comme un impératif pour que le patient consente au suivi du PDS. Outre une meilleure prise en considération du consentement du patient, une telle démarche s'inscrit dans le renforcement de l'alliance thérapeutique. Aussi, lorsqu'une défaillance survient, l'instauration d'une démarche bienveillante s'impose et doit primer sur l'aspect punitif, comme en témoigne l'arrêt rendu par le tribunal administratif de Rennes en date du 18 juin 2012[1367].

Ainsi, dans le cadre des SPSC, la recherche de la volonté puis du consentement aux soins doit toujours être recherchée. Encore faut-il disposer d'un temps suffisant pour créer les conditions adéquates qui permettent un réel échange sur ces différents points entre le patient et le médecin. Cependant, comme nous avons pu le constater, le temps dans les SPSC est un élément omniprésent.

2) La nécessaire prise en compte du temps dans le soin

Le cadre temporel unique des SPSC. Les SPSC s'inscrivent dans un cadre temporel singulier par rapport aux autres disciplines médicales. Outre le fait qu'il soit difficile de savoir avec précision le temps nécessaire pour que cette pathologie puisse être guérie, cette modalité de soins est entourée par un important cadre temporel déterminé par le législateur. Ce cadre crée une dissociation entre le « temps administratif » et le « temps du soin ».

Le « temps administratif » : un cadre contraignant pour les professionnels, mais essentiel pour les patients. Particulièrement contraignant au regard des diverses

[1367] En l'espèce, une patiente placée en SPSC à la suite d'une ordonnance du juge d'instruction n'a pas respecté le PDS initialement prévu. Elle a refusé l'augmentation du dosage de son traitement et a saisi en référé le juge administratif sur ce point. Dans ce cas, nous observons clairement la distinction qui doit être opérée entre volonté et consentement. En effet, ce n'est pas la volonté de se faire soigner qui est remise en cause par la patiente, mais les modalités choisies pour y parvenir. Le refus de soins doit être perçu comme la capacité pour le patient de dire « non » à un traitement et de solliciter de la part du professionnel une autre alternative thérapeutique. Cette idée a été reprise dans l'ordonnance de référé qui a considéré que « le droit pour le patient majeur de donner, lorsqu'il se trouve en état de l'exprimer, son consentement à un traitement médical, revêt le caractère d'une liberté fondamentale ». Le juge administratif rappela à cette occasion que « le principe du consentement aux soins emporte le droit de les refuser ». TA Rennes, 18 juin 2012, n° 1202373, *Mme A c/CHS Guillaume Régnier*.

obligations administratives qu'il impose, le « temps administratif » a vocation à éviter une prise en charge perpétuelle[1368]. Son objectif est d'éviter de porter atteinte, de manière trop importante, aux droits du patient. La CEDH rappela dans l'arrêt *Herczegfalvy c/ Autriche*[1369] que les mesures prises par le corps médical doivent toujours être proportionnées à l'état de santé du patient et ne pas lui causer une souffrance ou s'apparenter à un traitement inhumain ou dégradant[1370]. Les obligations du « temps administratif » étant toujours entourées d'évaluations médicales, l'objectif est de contraindre les professionnels de santé à toujours proposer au patient la prise en charge la plus adaptée à sa situation et éviter tout soin disproportionné. Si ce cadre temporel peut être perçu comme une garantie à l'égard du patient, encore faut-il qu'il puisse être pleinement respecté. Avec la diminution du nombre de psychiatres, il n'est pas certain que le « temps administratif » soit en adéquation avec les contraintes humaines et matérielles des établissements de santé ainsi qu'avec le « temps du soin ».

Le « temps du soin » : un temps d'isolement, mais pas uniquement. Dans les SPSC, le « temps du soin » ne peut se résumer à un temps d'isolement pour protéger le patient de lui-même ou bien la société de ce dernier. Il doit aboutir à l'instauration d'un protocole thérapeutique destiné à améliorer sa santé mentale. Pour cela, une dissociation doit être opérée entre le « temps administratif » et le « temps du soin ». Le CSP a prévu cette possibilité à l'alinéa 1 de l'article L. 3211-11. Il dispose que « le psychiatre (…) peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne ». Si l'alinéa 2 du même article envisage uniquement l'hypothèse d'une aggravation de l'état du patient, la formulation générale opérée dans l'aliéna 1 tend à faire penser que ce processus est également envisageable en cas d'amélioration. Dans cette hypothèse, une attention particulière devra être portée sur le cadre juridique qui entoure la poursuite des soins. Une intervention du JLD peut s'avérer opportune pour prononcer la mainlevée de la mesure.

La réunion du « temps administratif » et du « temps de soins » par le JLD. En tant qu'autorité judiciaire et gardien des libertés individuelles, le JLD dispose de la faculté de prononcer la mainlevée d'une mesure de SPSC[1371], mais également toute mesure

[1368] BERNEY Sylvie. « Le Temps », *Psychothérapies*, vol. 33, n° 4, 2013, pp. 201-202.
[1369] CEDH, 24 septembre 1992, *Herczegfalvy c/Autriche*, req n° 10533/83.
[1370] Article 3 de la CESDH.
[1371] Article L. 3211-12 alinéa 1 du CSP.

d'isolement ou de contention[1372]. Il peut œuvrer pour qu'un « temps de soins » moins contraignant pour le patient soit instauré. L'article L. 3211-12-1 du CSP lui offre la possibilité, « au vu des éléments du dossier et par décision motivée [de] décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de vingt-quatre heures, afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application du II de l'article L. 3211-2-1[1373] ». Par son pouvoir décisionnaire, le JLD peut donc faire concorder « temps administratif » et « temps de soins ». Cependant, le manque de praticiens tend à limiter ces différentes réflexions. Dans ce contexte, il n'est pas rare de voir des pratiques professionnelles qui s'inscrivent davantage dans un respect du « temps administratif » que celui du soin. Une dynamique quasi similaire est observable en milieu carcéral.

Le temps du soin en prison : une réflexion délicate à instaurer. Contrairement aux SPSC, les soins en milieu carcéral ne sont pas soumis à un « temps administratif » rigoureux. Cependant, l'impératif sécuritaire crée lui-même son propre temps dont l'influence est tout aussi contraignante. Le patient détenu, au même titre que toute autre personne incarcérée, est soumis au rythme carcéral. Outre la fixation des horaires pour les activités et les heures de repas, ce temps carcéral gouverne la gestion des déplacements au sein de l'établissement pénitentiaire. Cette situation peut être nuisible au « temps du soin ». En effet, le patient détenu peut avoir besoin de temps pour comprendre sa pathologie, échanger avec le professionnel de santé sur sa situation clinique, ou demander des précisions complémentaires. Si dans le milieu libre ce temps d'échange supplémentaire peut être géré, il n'en va pas de même en prison ou lors d'une extraction. Comme le souligne Dominique LHUILIER, « les mouvements des détenus sont le principe central d'organisation qui engage tous les surveillants de détention : même si le surveillant est seul à ouvrir la porte, il n'empêche que, plus globalement, le mouvement est balisé par d'autres collègues aux différents endroits où passent les détenus. Il y a donc là une coordination nécessaire entre les surveillants[1374] ». De plus, lorsque se rajoutent les forces de l'ordre, au titre de la garde du patient en milieu hospitalier, ce temps de soin est encore plus amoindri et subit des atteintes importantes au regard du respect du secret professionnel.

[1372] Compte tenu du caractère particulièrement liberticide de ces mesures et des importantes conséquences psychologiques qu'elles peuvent entrainer, la loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022 impose au JLD d'intervenir « dans les délais prévus au II de l'article L. 3222-5-1 ou, à défaut, dans un délai de vingt-quatre heures à compter de sa saisine ». Article L. 3211-12 alinéa 2 du CSP.
[1373] Article L. 3211-12-1 III du CSP.
[1374] LHUILIER Dominique, AYMARD Nadia, *L'univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison,* Paris, éd. Desclée de Brouwer, 1997, p. 226.

§ 2 : Les atteintes récurrentes au secret professionnel

Secret professionnel *versus* impératif sécuritaire : un délicat équilibre à trouver. La prise en charge des patients DSPSC mobilise un ensemble important d'acteurs. Ces derniers ne sont pas tous des professionnels de santé et n'appartiennent donc pas forcément à une équipe de soins au sens de l'article L. 1110-12 du CSP[1375]. Cependant, sous couvert du maintien d'un impératif sécuritaire, des données soumises au secret professionnel sont échangées entre les acteurs qui concourent à la prise en charge des patients DSPSC (A). De plus, à l'heure du développement des systèmes d'information, des atteintes sont observables avec la mise en place de fichiers numériques spéciaux (B).

A : Des dérogations au secret professionnel sous couvert d'un impératif sécuritaire

Une difficile appréhension des atteintes au secret professionnel. Que ce soit dans le cadre des SPSC ou de la prison, l'équipe soignante et médicale demeure indépendante, sur le plan hiérarchique, des autorités administratives, pénitentiaires ou judiciaires. Cette indépendance n'exclut pas la réalisation d'échanges d'informations entre ces professionnels. Dans cette perspective, le législateur a posé un cadre dérogatoire qui peut nuire au patient. Cette situation se rencontre tant dans le cadre des SPSC (1) qu'au sein de la prison (2).

[1375] L'équipe de soins se présente comme « un ensemble de professionnels qui participent directement au profit d'un même patient à la réalisation d'un acte diagnostique, thérapeutique, de compensation du handicap, de soulagement de la douleur ou de prévention de perte d'autonomie, ou aux actions nécessaires à la coordination de plusieurs de ces actes, et qui: 1° Soit exercent dans le même établissement de santé (…) ; 2° Soit se sont vu reconnaitre la qualité de membre de l'équipe de soins par le patient qui s'adresse à eux pour la réalisation des consultations et des actes prescrits par un médecin auquel il a confié sa prise en charge; 3° Soit exercent dans un ensemble, comprenant au moins un professionnel de santé, présentant une organisation formalisée et des pratiques conformes à un cahier des charges fixé par un arrêté du ministre chargé de la santé ».

1) La délicate préservation du secret professionnel dans le cadre des SPSC

Énoncé du cadre législatif dérogatoire. Les SPSC comportent plusieurs exemples où, sans l'intervention du législateur, les pratiques professionnelles constitueraient une violation du secret professionnel. Dans le cas des SDT ou des SPI, l'article L. 3212-5 du CSP oblige le directeur de l'établissement d'accueil à transmettre sans délai au préfet ou, à Paris, au préfet de police, et à la CDSP, toute décision d'admission. La CDSP doit en plus recevoir une copie du certificat médical d'admission, du bulletin d'entrée et des certificats médicaux de la période initiale d'observation et de soins. Une démarche identique est observable dans le cadre des SPDRE au regard des dispositions de l'article L. 3213-1 du CSP. Quelques remarques s'imposent.

Un secret professionnel mieux préservé dans le cadre des SDT et des SPI. Dans les SDT et les SPI, seule la CDSP est réceptionnaire d'informations à caractère médical. Bien que ses membres ne fassent pas partis de l'équipe de soins, le rôle que peut jouer cette instance dans la défense des patients admis en SPSC peut « légitimer » cette transmission. L'idéal serait d'informer préalablement le patient de cette démarche ou un de ses proches si ce dernier ne peut valablement exprimer sa volonté. Encore faut-il qu'un proche soit connu, ce qui n'est pas toujours le cas. Exception faite de ce point, le cadre des SDT et SPI ne suscite pas d'importantes interrogations, il n'en va pas de même pour les SPDRE.

Une réflexion opportune sur la limitation des informations à transmettre au représentant de l'État. Pour les SPDRE, la loi impose la transmission d'éléments médicaux à un professionnel qui n'appartient pas à l'équipe de soins et qui ne concourt pas à la défense des droits du patient. Dans la mesure où le prononcé d'une admission en SPDRE se fonde déjà sur un certificat médical circonstancié, nous pouvons nous interroger sur la légitimité de transmettre, de plein droit, l'ensemble des certificats médicaux réalisés au représentant de l'État. Si la suppression intégrale de ces transmissions ne peut valablement être envisagée, leur modération peut être discutée. Il ne serait pas utopiste de réserver la révélation de ces informations uniquement aux cas de discordance entre la proposition de levée de soins formulée par le psychiatre et le souhait du représentant de l'État de maintenir la mesure. Cette modification aurait le mérite de protéger davantage les

informations médicales du patient, mais également de rééquilibrer les pouvoirs étatiques et médicaux. Pour l'heure, une telle proposition n'est pas envisagée.

Un principe à réaffirmer. Si des dérogations au secret professionnel peuvent se justifier, il convient de ne pas oublier qu'il demeure un droit fondamental de la relation de soins. Son respect doit constituer le principe et le cadre dérogatoire doit demeurer une exception. Afin que ce point soit clair dans l'esprit de tous les professionnels qui concourent à la prise en charge des patients admis en SPSC, un rappel en ce sens pourrait être fait dans le CSP. Nous pourrions suggérer l'ajout d'un 9° à l'article L. 3211-3 du CSP mentionnant que « hors les cas où la loi impose aux professionnels de santé la révélation d'une information couverte par le secret professionnel, ce dernier est dû en toutes circonstances aux patients pris en charge en application des dispositions des chapitres II, III et IV du présent titre ». L'objectif d'une telle disposition est de renforcer les droits des patients admis en SPSC, mais également d'ancrer plus solidement cette disposition dans les analyses de pratiques professionnelles. Cette dynamique mériterait d'être reprise dans le milieu pénitentiaire.

2) La mise à mal du secret professionnel par les pratiques en milieu pénitentiaire

Un principe affirmé à l'effectivité contestable. Contrairement au SPSC, le respect du secret professionnel est clairement énoncé dans les normes qui gouvernent le milieu carcéral. Selon l'article L. 322-3 du Code pénitentiaire, « l'administration pénitentiaire respecte le droit au secret médical des personnes détenues ainsi que le secret de la consultation, dans les conditions prévues par les dispositions de l'article L. 6141-5 du code de la santé publique ». De plus, la jurisprudence reconnait que « le détenu a, comme tout malade, droit au secret médical et à la confidentialité de son entretien avec son médecin[1376] ».

[1376] CE, 30 mars 2005, n° 276017 A.

Malgré ces consécrations, les pratiques professionnelles décrites par le CGLPL[1377] montrent que ces dispositions manquent d'effectivité. Tout comme les autorités administratives et judiciaires, l'ensemble du personnel pénitentiaire est soumis au secret professionnel[1378]. Néanmoins, dans la mesure où leurs missions n'entrent pas dans les prérogatives reconnues à l'équipe de soins, ils ne devraient pas avoir connaissance d'information à caractère médical. Cependant, il existe plusieurs situations où ces informations sont portées à leur connaissance.

Des atteintes inopinées au secret professionnel. La première hypothèse puise ses sources dans la vulnérabilité des patients détenus et/ou d'un défaut matériel. Comme nous l'avons précédemment souligné, les demandes de consultations auprès de l'USMP doivent se faire par écrit, soit sur un papier déposé dans la boite aux lettres de l'USMP, soit par le biais d'une borne informatique. Lorsque le détenu se trouve dans une situation d'isolement et/ou d'illettrisme, il n'est pas rare de voir le personnel pénitentiaire faire office « d'intermédiaire ». Ce point a été mis en avant dans le rapport du CPT rendu à l'occasion de sa visite en 2010. Ce dernier mentionne que « les boites aux lettres étaient vidées par les surveillants et les courriers transitaient par l'administration » et que « les demandes de consultations médicales des détenus n'étant pas systématiquement transmises sous pli fermé, les surveillants pouvaient en prendre connaissance[1379] ». Si dans le cadre de ses différents bilans annuels le CGLPL fait état d'une certaine amélioration sur ce point, des atteintes restent encore observables[1380]. Il en va de même dans le cadre des consultations.

Secret professionnel et consultations médicales : une association souvent malheureuse. Bien que le législateur affirme à plusieurs reprises que les consultations et autres examens s'effectuent hors présence du personnel pénitentiaire[1381], les hommes et

[1377] Des observations en ce sens sont faites dans la majorité des rapports annuels d'activité depuis la création du CGLPL. À cela se rajoutent les observations et recommandations qu'il publie lors de ces visites.
[1378] Initialement, cette disposition a été reconnue dans le cadre du Décret n° 2010-1711 du 30 décembre 2010 portant Code de déontologie du service public pénitentiaire. Dans son article 10, il était indiqué que « le personnel de l'administration pénitentiaire est astreint au devoir de réserve et au respect de la discrétion et du secret professionnel, dans les conditions prévues par les lois et règlements ». De nos jours, avec l'entrée en vigueur du Code pénitentiaire, ce point est désormais prévu à l'article R. 122-4 dudit code.
[1379] Cette observation n'a été faite que dans un seul établissement. Cependant, elle rend parfaitement compte de l'équilibre précaire qui s'opère en ces lieux entre secret professionnel et impératif sécuritaire. V. COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France du 28 novembre au 10 décembre 2010*, 19 avril 2012, p. 46.
[1380] Dans le cadre de sa visite au Centre pénitentiaire de Lorient-Plomeur en 2018, le CGLPL constata que la boîte aux lettres destinée à l'unité sanitaire n'était toujours pas installée. V. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel 2021*, Paris, Dalloz, 2022, p. 267. Il en va de même à l'égard du Centre pénitentiaire de Moulins-Yzeure réalisée en 2018. *Ibidem,* p. 277.
[1381] À titre d'exemple, nous pouvons citer l'article L. 322-10 du Code pénitentiaire selon lequel « tout accouchement ou examen gynécologique se déroule sans entraves et hors la présence du personnel pénitentiaire, afin de garantir le droit au respect de la dignité des femmes détenues ».

femmes qui composent ce corps professionnel ne sont jamais très loin[1382]. Le CGLPL indique que « dans au moins 50% des cas, les soins dispensés dans la chambre sécurisée sont réalisés porte entrouverte (…). Lorsque la porte est fermée, les soins sont réalisés *a minima* avec l'oculus non occulté. Aucun établissement de santé ne délivre des soins aux personnes détenues, hors la présence de l'escorte, porte fermée et rideaux occultants fermés[1383]. Dans ces circonstances, la captation[1384] d'une information médicale relative à un patient détenu est aisée et met à mal le respect du secret professionnel. Le CGLPL confirme régulièrement que cette situation est particulièrement délétère pour le patient détenu, qui, par crainte, préfère renoncer à des soins[1385]. Il indique également que la majorité des professionnels « pensent que ces mesures de contrainte (menottes, entraves) et la présence systématique de surveillants pénitentiaires lors des examens médicaux[1386] relèvent de directives des ministères de la Justice ou de l'Intérieur auxquelles ils ne peuvent s'opposer ».

Ainsi, les atteintes opérées semblent relever d'un manque d'information voire de formation sur les bonnes pratiques professionnelles à mettre en œuvre[1387]. Contrairement à l'adoption d'une mesure législative, cette carence peut être « facilement » corrigée, à condition que l'ensemble des acteurs souhaitent s'investir dans une démarche d'amélioration des pratiques professionnelles. Ces formations pourront également servir pour rappeler le cadre juridique de la communication d'informations initialement couvertes par le secret.

Des atteintes « justifiées » par la préservation de l'impératif sécuritaire. Selon l'article L. 6141-5 du CSP, « dès lors qu'il existe un risque sérieux pour la sécurité des personnes (…), les personnels soignants (…) ayant connaissance de ce risque sont tenus de

[1382] Pourtant, la confidentialité, entendue comme la possibilité de s'entretenir hors de portée de l'ouïe d'un tiers, est également une prérogative reconnue en prison. V. CEDH, 12 mai 2005, *Öcalan c/Turquie*, req. n° 46221/99. Cette confidentialité s'impose tant au personnel soignant et médical qu'autres membres du personnel pénitentiaire. Le Guide méthodologique évoque à ce titre qu'en « tout état de cause, les personnels soignants, comme les personnels pénitentiaires, doivent respecter le secret professionnel et la confidentialité des soins, tels que définis par le CSP et la loi pénitentiaire de 2009 ». MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 62.

[1383] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de synthèse des visites relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans les établissements de santé, janvier-décembre 2019*, p. 8.

[1384] Cette captation de l'information est caractérisée, peu importe qu'elle soit lue, entendue, comprise ou être cru comprise. Article R. 4127-4 du CSP.

[1385] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 234.

[1386] Le CGLPL révèle que cette présence systématique fut observée sur 8 sites visités. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de synthèse des visites relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans les établissements de santé, janvier-décembre 2019*, p. 8.

[1387] « Aucun des établissements de santé contrôlés n'avait mis en place de formation pour le personnel soignant et médical concerné. Le personnel soignant et médical, mais également le personnel administratif pouvant être amené à prendre en charge des patients détenus doit avoir une formation préalable sur cette population, son statut, les règles la régissant, les droits de ces personnes et sur les missions et contraintes de l'administration pénitentiaire et de la police. Le dialogue est le seul moyen de remédier à ces situations dont les patients sont *in fine* les seules "victimes" ». CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *op.cit.*, p. 7.

le signaler dans les plus brefs délais au directeur de l'établissement en lui transmettant, dans le respect des dispositions relatives au secret médical, les informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection ». En l'espèce, la loi impose aux professionnels de santé la révélation d'une information afin de maintenir l'impératif sécuritaire. Contrairement aux SPSC, il n'existe pas de liste des éléments à transmettre. Le législateur fait simplement référence aux « informations utiles à la mise en œuvre de mesures de protection ». Dans ces circonstances, les soignants doivent trouver le juste équilibre entre ce qui relève de la confidence et les informations à transmettre en vue de la prévention d'un risque. Cet équilibre peut être complexe à trouver, en particulier dans le cadre des commissions pluridisciplinaires uniques (CPU)[1388].

Le cas particulier des CPU. Théoriquement, la CPU a été instaurée pour que les différents services de la prison travaillent conjointement au « parcours d'exécution de peine ». Dans la pratique, sa compétence est beaucoup plus vaste car elle examine la situation des personnes détenues, même celles prévenues, pour donner son avis sur leur régime de détention en fonction de leur comportement, leur personnalité, leur état de santé et leur « dangerosité » supposée[1389]. En 2012, une circulaire ministérielle[1390] est venue préciser la place et le rôle des professionnels de santé au sein de cette instance. Ils apportent des éléments permettant d'instaurer une prise en charge plus adéquate du détenu au regard de son état de santé. La circulaire précise que « le chef d'établissement ne peut jamais solliciter la présence des membres de l'équipe soignante dans le but d'obtenir des renseignements couverts par le secret médical » et que « les propos échangés en CPU ne peuvent porter sur des informations couvertes par le secret médical ».

Au regard des objectifs affichés par la CPU, le respect du secret professionnel parait délicat. Dans ces circonstances, il n'est pas rare d'observer une absence des professionnels de santé à ces instances ou une participation passive[1391]. S'il faut se féliciter de leur attitude, cette situation peut être nuisible au patient car l'échange d'informations avec les autres membres de l'établissement pénitentiaire peut constituer une source

[1388] La CPU remplace l'ensemble des commissions de professionnels qui se réunissaient auparavant et dont la compétence était dévouée à un domaine précis, comme la commission « prévention suicide ».
[1389] OIP section française, *Le guide du prisonnier*, Paris, La Découverte, 2021, p. 93.
[1390] Circulaire interministérielle N°DGS/MC1/DGOS/R4/DAP/DPJJ/2012/94 du 21 juin 2012 relative aux recommandations nationales concernant la participation des professionnels de santé exerçant en milieu carcéral à la commission pluridisciplinaire unique (CPU) prévue initialement par l'article D90 du CPP (repris par l'article D. 211-34 du Code pénitentiaire) ou à la réunion de l'équipe pluridisciplinaire prévue par l'article D514 du même code et au partage d'informations opérationnelles entre professionnels de santé et ceux de l'administration pénitentiaire et de la protection judiciaire de la jeunesse.
[1391] OIP, section française, *Le Guide du prisonnier*, Paris, La découverte, 2021, p. 461.

importante d'informations pour assurer une prise en charge adéquate. C'est en somme la finalité avancée de l'utilisation de certains fichiers informatiques.

B : La mise à mal du secret professionnel dans le cadre de l'utilisation de fichiers informatiques spécialisés

HOPSYWEB et GENESIS : les fichiers de tous les dangers. Depuis plusieurs années, les nombreux faits-divers[1392] ont alimenté l'idée de créer des fichiers informatiques pour centraliser des informations relatives aux individus identifiés comme dangereux ou susceptibles de l'être. Sous couvert de faciliter la prise en charge des personnes privées de liberté, tant sur le plan médical que sur le plan de la réinsertion dans la société, les SPSC ainsi que le milieu carcéral n'ont pas échappé à ce mouvement. À cet égard, les « fichiers » HOPSYWEB (1) et GENESIS (2) nourrissent de très nombreuses interrogations.

1) L'instauration controversée d'HOPSYWEB dans le cadre des SPSC

Une mise à jour du fichier HOPSY. Le fichier HOPSYWEB est issu l'ancien logiciel HOPSY, mis en place pour permettre aux ARS de réaliser un suivi des mesures de SPSC. L'objectif était de concourir à l'élaboration d'un PTSM adapté à la réalité des besoins de la population et de mieux répartir l'offre de soins. Cependant, comme de très nombreuses normes prises dans ce cadre, l'actualité guide souvent l'action du législateur qui est souvent contraint d'agir sur le vif et dans l'urgence.

C'est dans le cadre d'un plan national de prévention de la radicalisation que le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère

[1392] Pour une contextualisation détaillée, V. COUTURIER Mathias, « Hopsyweb : d'un fichier sanitaire à un fichier policier ? », *Cahiers de la Recherche sur les Droits Fondamentaux*, n° 21, 2023, p. 73.

personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement[1393] fut adopté. Selon son article 1, ce fichier a notamment pour objectif la tenue d'un échéancier des certificats médicaux et des arrêtés du représentant de l'État dans le département, avec contrôle des délais prescrits et des saisines du JLD, au titre de la procédure de contrôle des mesures sous forme d'hospitalisation complète. Il doit permettre la production des projets d'actes et des documents prescrits dans le cadre des SPSC ainsi que la production des courriers aux destinataires des informations statistiques, dûment habilitées par le ministère de la Santé. Enfin, il vient appuyer la tenue du secrétariat des CDSP[1394].

Énoncé de la sorte, la mise en œuvre de ce logiciel s'apparente à un outil destiné à améliorer la prise en charge des patients en SPSC. En assurant une traçabilité des mesures, nous pourrions penser que ce fichier soit une garantie des droits du patient. Cette affirmation mérite d'être nuancée au regard des informations collectées pour alimenter ce fichier.

HOPSYWEB : un premier « outil d'étiquetage » des patients admis en SPSC. La liste des informations collectées par le logiciel est inscrite à l'article 2 du même décret[1395]. Elles permettent d'identifier la personne en SPSC, ses avocats, son tuteur ou curateur éventuel, mais aussi les médecins, auteurs des certificats médicaux ou des rapports d'expertise concernant ce patient et les personnes chargées de son suivi. Compte tenu des craintes relatives à une nouvelle stigmatisation de la pathologie mentale ainsi qu'à une mauvaise utilisation d'informations à caractère médical[1396], un premier contentieux devant le Conseil d'État a été initié. Ce dernier valida l'essentiel de ce dispositif[1397].

[1393] Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0117 du 24 mai 2018, Texte n° 21.

[1394] CORDIER Caroline, « Un décret autorise les ARS à suivre via Hopsyweb les personnes placées en soins sans consentement », *Hospimédia*, 24 mai 2018.

[1395] Article 2 du Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 : « Les catégories de données à caractère personnel et informations qui font l'objet des traitements "HOPSYWEB" sont : 1° Les données d'identification de la personne en soins psychiatriques sans consentement : nom, prénoms, domicile, sexe, date et lieu de naissance ; 2° Les données d'identification des médecins, auteurs des certificats médicaux ou des rapports d'expertise prévus par le code de la santé publique : nom, prénoms, adresse, courriel et numéro de téléphone ; 3° Le cas échéant, les données transmises par les autorités judiciaires concernant les personnes ayant fait l'objet d'un classement sans suite ou d'une décision d'irresponsabilité pénale pour des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens ; 4° Les informations sur la situation administrative ou juridique des personnes en soins psychiatriques sans consentement : adresse de l'établissement de santé d'accueil, nom, prénoms, numéro de téléphone, courriel de la personne référente dans cet établissement, existence d'une mesure de protection juridique, date des certificats médicaux, date des expertises le cas échéant, date des arrêtés du représentant de l'État dans le département, date des sorties de courte durée, arrêté de passage en programme de soins et levée de la mesure, date de saisine du juge des libertés et de la détention, date d'audience et date des décisions ou arrêts des juridictions ; 5° Les adresses électroniques des professionnels intervenant dans le suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement et énumérés à l'article 5 ; 6° Les données d'identification des avocats représentant la personne en soins psychiatriques sans consentement : nom, prénoms, raison sociale, adresse, et numéro de téléphone ; 7° Les données d'identification de la personne chargée de la protection juridique de la personne en soins psychiatriques sans consentement : nom, prénoms, adresse, courriel et numéro de téléphone ».

[1396] PÉCHILLON Éric, « Hopsyweb, circulez, il n'y a rien à voir », *Santé mentale*, n° 247, avril 2020, p. 7.

[1397] CE, 4 octobre 2019, CRPA, n° 421329. V. MIJUSKOVIC Volodia, « HOPSYWEB : acte 3 », *Revue Droit & Santé*, n° 93, janvier 2020, pp. 150-153.

Un an plus tard, la législation autorisa[1398] le croisement direct des données contenues dans « HOPSYWEB 1 » avec le fichier de traitement des signalements pour la prévention de la radicalisation à caractère terroriste (FSPRT)[1399]. En l'espèce, seuls le représentant de l'État dans le département du lieu de prise en charge ainsi que les personnes placées sous son autorité étaient informés en cas de correspondance de « profil » entre les deux fichiers. L'ajout d'un nouveau destinataire a donné lieu à l'ouverture d'un nouveau contentieux. Dans un souci de protection de l'ordre public, mais également de la nécessité d'un partage d'informations entre les administrations, le Conseil d'État rejeta [1400] les demandes formulées par les requérants, qui tendaient notamment à l'annulation de cette synchronisation et à l'abrogation générale d'HOPSYWEB[1401].

Vers une confusion des notions de « troubles psychiatriques » et de « dangerosité ». Malgré un rapport de la Fédération française de psychiatrie qui affirma « l'existence d'un "fort consensus" pour conclure que les terroristes n'ont pas une psychopathologie spécifique et qu'il n'y a pas plus de troubles mentaux chez les terroristes qu'en population générale[1402] », les diverses attaques terroristes subies sur notre sol renforcèrent l'idée d'un partage d'informations entre les administrations. Avec le décret n° 2020-487 du 28 avril 2020[1403], est autorisé l'enregistrement des données à caractère personnel et notamment « l'existence d'une mesure d'hospitalisation sans consentement (…)[1404] ». Si l'objectif affiché est toujours de protéger l'ordre public, des interrogations peuvent être émises quant aux risques de confondre troubles psychiatriques et dangerosité.

La dernière « version » d'HOPSYWEB issue de la loi n° 2021-998 du 30 juillet 2021[1405] et du Décret n° 2022-714 du 27 avril 2022[1406] va encore plus loin dans ce partage d'informations. Pour contrer les éventuelles requêtes fondées sur le secret médical

[1398] V. CHAPEAU Pierre-Yves, MIJUSKOVIC Volodia, « Le recul des libertés en psychiatrie sous couvert de prévention de la radicalisation », *Revue Droit et Santé*, n° 85, 2018, pp. 832-834.
[1399] Décret n° 2019-412 du 6 mai 2019 modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0106 du 7 mai 2019, Texte n° 5. V. CASTAING Cécile, « Soins psychiatriques sans consentement et terrorisme », *AJDA*, 2020, p. 1622.
[1400] CRICHTON Cécile, « Le croisement des données de la base HOPSYWEB et du FSPRT est licite », *Dalloz actualité*, 28 avril 2020.
[1401] CE, 27 mars 2020, req. n° n° 431350, 431530, 432306, 432329, 432378 et 435722. V. MIJUSKOVIC Volodia, « HOPSYWEB : acte 4 », *Revue Droit & Santé*, n° 97, septembre 2020, pp. 994-996.
[1402] BOTBOL Michel, CAMPELO Nicolas, LACOUR GONAY Catherine, ROCHE-RABREAU Danièle, TEBOUL Roger, CHAMBRY Jean, DAVID Michel, « Psychiatrie et radicalisation, rapport intermédiaire du groupe de travail de la Fédération française de psychiatrie », *Bulletin de la Fédération française de psychiatrie*, nº 93-94, juin-septembre 2017, p. 16.
[1403] Décret n° 2020-487 du 28 avril 2020 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « système d'information sur les armes », JORF n° 0104 du 29 avril 2020, Texte n° 24.
[1404] Article R. 312-85, V, 4° du Code de la sécurité intérieure.
[1405] Loi n° 2021-998 du 30 juillet 2021 relative à la prévention d'actes de terrorisme et au renseignement, JORF n° 0176 du 31 juillet 2021, Texte n° 1.
[1406] Décret n° 2022-714 du 27 avril 2022 modifiant le Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0099 du 28 avril 2022, Texte n° 34.

partagé[1407] « considérant que la simple connaissance par des agents préfectoraux de l'admission d'une personne dans un établissement psychiatrique constituait une violation du secret médical[1408] », le législateur instaura une dérogation. Prévue à l'article L. 3211-12-7 du CSP, la loi autorise la transmission de données d'identification et relatives à la situation administrative des personnes faisant l'objet d'une mesure de SPSC aux services de renseignements et au préfet de département ou, à Paris au préfet de police ; aux fins d'assurer le suivi d'une personne représentant une menace grave pour la sécurité et l'ordre public en raison de sa radicalisation.

Outre une extension des professionnels pouvant avoir accès à ces données, une démarche similaire est engagée à l'égard des données transmises. Auparavant, seuls les noms, prénoms et dates de naissance faisaient l'objet d'une recherche de correspondance. Désormais, ces données feront toujours l'objet d'une mise en relation, mais le champ des informations transmises en cas de correspondance vérifiée est plus large. Seront alors communiquées les données d'identification du patient ainsi que des informations relatives à la nature et aux dates des décisions administratives afférentes à la mesure de soins sans consentement[1409] (admission, maintien des soins sans consentement, modifications de la forme de la prise en charge, fin et levée, adresse de l'établissement de santé d'accueil)[1410].

L'instauration de la procédure de levée de doute : une maigre consolation. Pour tenter de préserver « la peau de chagrin du secret professionnel en psychiatrie », le décret du 27 avril 2022 relatif à « HOPSYWEB 3 » a créé la procédure de « levée de doute ». Son objectif est de s'assurer que les « profils HOPSYWEB » et les « profils FSPRT » concernent bien la même et unique personne avant toute transmission. Cette recherche approfondie est menée par des agents des ARS identifiés et habilités à cette fin. Le décret précise que « l'existence d'une correspondance ne peut, en l'absence de levée de doute, conduire à l'enregistrement de cette information dans un autre traitement que celui

[1407] Article L. 1110-4 du CSP.
[1408] COUTURIER Mathias, « Hopsyweb : d'un fichier sanitaire à un fichier policier ? », *Cahiers de la Recherche sur des Droits Fondamentaux*, 2023, n° 21, p. 77.
[1409] Dans sa délibération n° 2022-046 du 14 avril 2022 portant avis sur un projet de décret modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, la CNIL a invité le ministère à s'assurer que l'information relative à « la forme de la prise en charge » constitue bien une donnée pouvant être traitée dans le cadre du projet de décret dont elle est saisie. La Commission a également relevé que « le ministère ne prévoit aucune modalité relative à la mise à jour des informations transmises au préfet de département et, à Paris, au préfet de police, ainsi qu'aux services de renseignement, lorsque ces informations sont intégrées au FSPRT et qu'une mesure de soins sans consentement est ensuite déclarée irrégulière par le juge des libertés et de la détention ». Cité par GUIGUE Sophie, « HOPSYWEB 3 », *Revue Droit & Santé*, n° 108, juillet 2022, p. 517.
[1410] GUIGUE Sophie, « HOPSYWEB 3 », *Revue Droit & Santé*, n° 108, juillet 2022, p. 517.

prévu[1411] ». Ce n'est qu'à l'issue de cette procédure de levée de doute que des informations sont transmises aux différentes autorités et services de renseignement.

Si une procédure de contrôle préalable est en principe un gage de sécurité voire d'indépendance, cette affirmation ne trouve pas à s'appliquer car la vérification est confiée au préfet sanitaire de l'État. De plus, une telle procédure renforce l'amalgame historique entre troubles psychiatriques et dangerosité. Ce point a d'ailleurs été mis en avant dans un communiqué du 29 avril 2022 émanant des représentants des experts psychiatres. Ces derniers soulignent que « les personnes avec troubles psychiatriques graves ne doivent pas être fichées comme des personnes dangereuses et à surveiller » et demandent par conséquent le retrait de la mesure[1412]. Pour l'heure, une telle démarche n'est pas envisagée par les pouvoirs publics. La situation n'est guère mieux dans le milieu carcéral avec l'utilisation du logiciel GENESIS.

2) La délicate protection du secret professionnel en prison avec le logiciel GENESIS

GENESIS : un « dossier pénitentiaire partagé ». Depuis 2014[1413], un logiciel a fait son apparition dans les pratiques professionnelles carcérales : GENESIS[1414]. Il résulte de la fusion des cahiers électroniques de liaison (CEL) et de la gestion informatisée des détenus en établissements (GIDE). Au même titre que le dossier d'un patient, le fichier GENESIS d'une personne détenue est composé de 15 subdivisions[1415] qui regroupent des données autour d'un thème précis, permettant aux différents acteurs de s'y référer pour la mise en œuvre du parcours d'exécution des peines[1416].

[1411] Décret n° 2022-714 du 27 avril 2022 modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0099 du 28 avril 2022, Texte n° 34.
[1412] CORDIER Caroline, « Le retrait immédiat du nouveau décret sur l'accès des préfets à HOPSYWEB est exigé », *Hospimedia*, 5 mai 2022. Cité par GUIGUE Sophie, « HOPSYWEB 3 », *Revue Droit & Santé*, n° 108, juillet 2022, p. 518.
[1413] Le fichier GENESIS a été introduit par le Décret n° 2014-558 du 30 mai 2014 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS, JORF n° 0125 du 31 mai 2014, Texte n° 10.
[1414] GENESIS est l'acronyme de « Gestion nationale des personnes écrouées pour le suivi et la sécurité ».
[1415] Le contenu d'un fichier GENESIS est prévu à l'article R. 240-3 du Code pénitentiaire. Depuis l'entrée en vigueur, le 1er janvier 2023 du Décret n° 2022-1287 du 4 octobre 2022 relatif à la prise en charge des personnes détenues à Wallis-et-Futuna et portant diverses modifications du code pénitentiaire (JORF n° 0231 du 5 octobre 2022, Texte n° 13), le fichier comporte également une fiche pénale synthétique relative à la nature des décisions ainsi qu'aux dates de début et de fin de peine.
[1416] OIP section française, *Le guide du prisonnier*, Paris, La découverte, 2021, p. 85.

L'association souhaitée des professionnels de santé à l'utilisation de GENESIS. En tant que logiciel de gestion de l'administration pénitentiaire, des accès ont été ouverts pour permettre son utilisation par les professionnels de santé. Il se réalise au moyen d'une carte à puce « agents extérieurs justice[1417] ». Par l'instauration de ce système, l'indépendance professionnelle du personnel soignant et médical intervenant en milieu pénitentiaire, consacrée depuis la loi de 1994, est sérieusement remise en question[1418]. Certains observateurs vont même à dire que ce procédé « est une nouvelle illustration de la volonté de l'administration pénitentiaire d'assimiler les professionnels de santé. Sous le vocable de la "pluridisciplinarité", elle les incite à s'associer à la gestion de la détention en transmettant des informations sur leurs patients[1419] ».

Une sémantique inappropriée. Bien que l'instruction interministérielle du 4 juillet 2016 précise que « GENESIS ne porte pas atteinte au secret médical », des doutes peuvent être permis au regard de la sémantique employée. Cette dernière énonce que GENESIS doit notamment permettre « la saisie d'observations à partager entre les secteurs justice et santé ». En l'espèce, une distinction entre les concepts d'« échange d'informations » et de « partage d'informations » doit être opérée.

L'échange d'informations consiste en la transmission, entre les professionnels visés par un texte, des informations qu'ils jugent opportunes de porter à la connaissance des autres, dans l'intérêt du patient[1420]. Cet échange entre professionnels, eux-mêmes soumis au secret professionnel, ne constitue pas une obligation. Chacun est libre de déterminer les informations qu'il estime utiles et nécessaires à la bonne prise en charge d'un patient. S'il est par exemple utile pour un moniteur en milieu pénitentiaire de savoir si une attention particulière doit être accordée à une personne détenue pour le bon déroulement de l'atelier, la connaissance précise de son état de santé n'est pas opportune[1421].

Le partage d'informations s'inscrit dans une logique différente. Il autorise un accès libre aux mêmes sources d'informations aux professionnels désignés par la loi. Cette

[1417] Instruction ministérielle n°SG/DSSIS/SGMJ/2016/217 du 4 juillet 2016 relative à la fourniture de carte à puce « agents extérieurs justice » aux professionnels de santé et personnels administratifs habilités à accéder au système d'information du ministère de la Justice,
[1418] LÉCU Anne, « Le secret médical : regard historique et enjeux actuels », *in* WOLFF Hans, NIVEAU Gérard, *Santé en détention*, Genève, RMS éditions, 2019, p. 112.
[1419] BONNEME Romane, CRÉTENOT Marie, « GENESIS ou la mise en péril du secret médical en prison », *Dedans-Dehors*, n° 94, décembre 2016, p. 9.
[1420] LÉCU Anne, « Le secret médical : regard historique et enjeux actuels », in WOLFF Hans, NIVEAU Gérard, *Santé en détention*, Genève, RMS éditions, 2019, p. 113.
[1421] En effet, une discussion préalable sera effectuée entre les membres du SPIP et de l'USMP pour voir si l'activité est adéquate avec l'état du patient.

hypothèse se retrouve vis-à-vis de l'équipe de soins. Lorsqu'un professionnel ne fait pas partie de l'équipe de soins, au sens de l'article L. 1110-12 du CSP, le patient doit, au préalable, donner son consentement pour qu'une transmission d'informations soit assurée. Appliqué à GENESIS, cela sous-entendrait qu'un accord préalable doit être demandé au patient détenu si un professionnel n'appartenant pas à l'équipe de l'USMP souhaite consulter des informations contenues dans son dossier. Par ailleurs, dans la mesure où le Code pénitentiaire dispose expressément que le droit d'opposition prévu par les dispositions de l'article 110 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 ne s'applique pas[1422], un détenu ne peut s'opposer à la constitution de son fichier GENESIS. Nous retrouvons une hypothèse commune avec les SPSC dans le cadre de la création du « profil HOSPSYWEB ». Cette situation légitime une modification sémantique de cette disposition ainsi que du Guide méthodologique[1423] qui reprend cette expression inappropriée.

Une utilisation précautionneuse de GENESIS par les professionnels de santé. Si les professionnels de santé sont invités à utiliser GENESIS, cette utilisation ne fait pas l'objet d'une obligation par l'instruction interministérielle du 4 juillet 2016 et l'article R. 240-3 du Code pénitentiaire. S'ils souhaitent s'engager dans cette démarche, ils sont invités à répondre aux informations demandées par l'utilisation des items suivants : « oui » ; « non » ; « ne se prononce pas ». Si ces derniers peuvent paraitre suffisamment vagues pour maintenir un secret professionnel, deux remarques méritent d'être faites.

Tout d'abord, s'il n'est techniquement pas possible d'accéder aux informations détaillées relatives à l'état de santé du patient, l'utilisation d'un système informatique appartenant à l'administration pénitentiaire permet de tracer informatiquement l'activité des personnels de santé. Ce traçage est unique et personnel. Il se réalise par l'utilisation de la carte à puce remise par le chef d'établissement. Par ailleurs, GENESIS intègre un agenda partagé. Si l'administration pénitentiaire met en avant son utilité pour faciliter les déplacements et organiser les extractions, cette fonctionnalité permet, pour tout utilisateur du logiciel, personnel de soins ou non, de connaitre quelles sont les personnes détenues qui se rendent en consultation à l'USMP, mais également qui est le professionnel assigné à sa prise en charge. Dans ces circonstances, le renseignement d'informations par les professionnels de santé dans GENESIS doit obéir à une réflexion préalable. Chacun doit

[1422] Article R. 240-8 du Code pénitentiaire.
[1423] MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous-main de justice*, janvier 2019, p. 216.

s’assurer que l’enregistrement d’une information ne porte pas atteinte aux patients détenus. Cette démarche peut être délicate à assurer compte tenu du manque de personnel pour assurer convenablement la mission de soins en milieu pénitentiaire.

Au regard de ces développements, il apparait clairement que de nombreuses entorses au secret professionnel sont faites au sein des institutions de notre étude. Ces dernières veulent se justifier par la conduite d’une bonne prise en charge interdisciplinaire du patient, mais au regard des situations énoncées, c’est l’impératif sécuritaire qui prime sur les soins. Si des actions de prévention et de formation peuvent constituer des outils adéquats pour tenter de limiter les abus, ces démarches ne sont pas suffisantes pour garantir, de manière effective, les droits des patients DSPSC. Dans ces circonstances, le recours à des acteurs externes pour protéger et garantir leurs droits s’impose.

Conclusion Titre I

Un impératif sécuritaire dominant. Au regard de la réalité du terrain, il apparait que le processus de normalisation souhaité par le législateur pour garantir aux patients DSPSC un droit à la protection de la santé demeure perfectible. Si la reconnaissance de droits fondamentaux constitue un préalable nécessaire, l'effectivité de cette démarche trouve rapidement ses limites si les moyens matériels et humains alloués à cette tâche sont insuffisants et/ou inégalement répartis.

Outre ces défaillances logistiques, l'équilibre souhaité entre d'un côté, le respect des droits des patients et de l'autre côté, le maintien de l'impératif sécuritaire ne tient pas. La crainte que les patients DSPSC inspirent à la société nourrit l'accentuation des mesures sécuritaires au profit des mesures sanitaires. Cette position est plus complexe à comprendre à l'égard du patient admis en SPSC que du patient détenu. En effet, avec son libre arbitre, la personne détenue a généralement fait le choix de commettre une infraction ayant conduit à sa privation de liberté. Le patient atteint de troubles mentaux, lui, n'a pas choisi d'être malade. Ce n'est pas sa dangerosité qui le rend malade, mais bien sa maladie qui influe sur son comportement.

Un rééquilibrage souhaitable de l'impératif sanitaire. Dans tous les cas, la poursuite du « rééquilibrage » entre le respect des droits des patients DSPSC et l'impératif sécuritaire qui entoure leur lieu de vie doit être encouragée. Ce travail complexe passe par une construction et/ou une consolidation des bonnes pratiques professionnelles. L'objectif d'une telle démarche est double. Dans un premier temps, elle concourt à une meilleure prise en charge du patient. Respecté dans ses droits et écouté, le patient peut ainsi construire une relation de soins saine, basée sur la confiance. Il devient ainsi pleinement acteur de sa santé. Il s'agit là d'un aspect individuel. Cette démarche peut également poursuivre un objectif collectif. En respectant le patient dans ses droits, les professionnels concourent à la mise en place d'une démarche bientraitante. Outre ses bénéfices pour le patient, elle permet aux équipes de soins de retrouver du sens dans leurs pratiques professionnelles.

Dans tous les cas, en dépit des efforts entrepris pour tenter de garantir aux patients DSPSC les mêmes prérogatives que celles allouées aux patients libres, la privation de

liberté a une incidence négative sur l'effectivité des droits préalablement reconnus. Pour tenter de rééquilibrer cette situation, la recherche de garants s'impose.

Titre II : L'effectivité renforcée des garanties des patients DSPSC

Des lieux singuliers de « non-droit ». Depuis sa création, l'institution carcérale a toujours été présentée comme un lieu de « non-droit » et majoritairement délabrée. Malgré les récentes actions en la matière, elle se heurte toujours violemment au déni politique face aux problématiques qu'elle recèle. Ce constat s'applique également à l'égard de l'institution psychiatrique, qui, plus que jamais, est le « parent pauvre de la médecine ». En considérant ces institutions comme des lieux totalement clos et en retrait de la vie libre, les pouvoirs publics et la société prennent le risque de dénaturer leurs missions et de priver les personnes qui y sont retenues de la qualité de personne humaine. Cet état d'esprit risque de compromettre l'insertion ou la réinsertion de ces dernières lors de leur sortie et reviendrait à leur attribuer indéfiniment une étiquette[1424]. Si les murs constituent une barrière physique immuable entre le milieu libre et les lieux privatifs de liberté, ils demeurent perméables à la reconnaissance de certaines prérogatives. Bien que le criminel[1425] ou la personne atteinte de troubles mentaux suscitent méfiance et rejet de la part de la société, ils demeurent des sujets de Droit. À ce titre, ils doivent voir leurs prérogatives préservées, en particulier celles issues de la qualité de personne humaine.

Des garanties législatives insuffisantes. Selon l'article 16 de la DDHC[1426], « toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée, ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de constitution ». Pour que l'ensemble des prérogatives des patients DSPSC possèdent une force effective et obligatoire, elles doivent être garanties par la loi. Traditionnellement, la notion de garantie se rencontre dans le droit des sûretés. Elle se définit comme des « moyens juridiques permettant de protéger le créancier contre le risque d'insolvabilité du débiteur[1427]». Dans notre étude, la garantie qui doit être assurée à l'égard des patients DSPSC ne se situe pas sur un terrain pécuniaire. Il est attendu du

[1424] La dangerosité d'une telle attitude a d'ailleurs fait l'objet de plusieurs études, notamment en criminologie et sociologie avec les travaux d'Howard BECKER et de Frank TANNENBAUM dans l'élaboration de la théorie de l'étiquetage.
[1425] En l'espèce, la notion de criminel n'est pas prise dans sa conception juridique *stricto sensu*, mais dans son sens criminologique. En criminologie, le mot « crime » n'est pas employé dans sa conception juridique restreinte (qui désigne les infractions les plus graves), mais dans un sens très large (l'infraction en général). MERLE Roger, VITU André, *Traité de droit criminel. Tome 1 « Problèmes généraux de la science criminelle-Droit pénal général »*, 7ème éd., Paris, Cujas, 1997, p. 22.
[1426] Déclaration du 26 août 1789 des Droits de l'Homme et du citoyen.
[1427] GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., DALLOZ, p. 520.

pouvoir législatif qu'il prenne toutes les dispositions nécessaires afin de prévenir toute violation des droits de l'homme[1428]. Cependant, les droits des patients DSPSC subissent de nombreuses atteintes. Dans la mesure où les interventions législatives et réglementaires ont montré leurs limites pour assurer un équilibre entre le respect de l'impératif sanitaire et le maintien de l'impératif sécuritaire, la recherche des garanties allouées aux patients DSPSC doit être recherchée auprès d'autres acteurs.

La recherche de garants supplémentaires. Face à cette mission complexe, l'intervention judiciaire s'impose d'elle-même, au regard des dispositions de notre Constitution[1429]. En l'espèce, le rôle des juges européens et internes est déterminant (Chapitre I). Cependant, leur compétence peut être complétée par une diversité d'acteurs issus de champs pluridisciplinaires, et qui ne sont pas des autorités judiciaires (Chapitre II).

[1428] GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., DALLOZ, p. 521. V. Garantie des droits.
[1429] Article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958 : « 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 ».

Chapitre I : La reconnaissance par le juge de garanties effectives en faveur des patients DSPSC

Des garants communs. Afin que les patients DSPSC puissent faire valoir leurs droits, ils doivent avoir la possibilité de saisir les autorités compétentes susceptibles de pouvoir faire cesser toute atteinte à leur personne et à leurs prérogatives. Dans cette perspective, la reconnaissance d'un droit au recours effectif s'impose. À cet égard, il est intéressant d'observer que les autorités étatiques compétentes sont quasi identiques[1430].

Par définition, une autorité étatique tire son pouvoir et ses prérogatives de la puissance publique. Dans la mesure où cette dernière est intimement liée à la nation à laquelle elle se rapporte, il est compréhensible que chaque pays dispose de ses propres autorités étatiques et attribue cette qualité aux institutions reconnues comme telles au sein de ses législations internes. Avec notre appartenance à l'Union européenne et au Conseil de l'Europe, la notion d'autorité étatique ne peut être prise *stricto sensu* tant l'influence de ces deux institutions est importante dans notre législation interne (Section 1). Cependant, elles ne peuvent être saisies directement. Il apparait donc nécessaire qu'un premier niveau de garantie soit instauré sur notre territoire. Cette mission est assurée par l'ensemble de nos institutions judiciaires qui disposent de la particularité d'être divisées en deux ordres : ordre administratif et ordre judiciaire. Si cette division apparait bénéfique pour apprécier les différentes spécificités de chaque branche du Droit, elle peut être source de difficulté, notamment dans le cadre du traitement des recours exercés par les patients DSPSC (Section 2).

[1430] Seule la CDSP a une intervention limitée, contrairement au JLD ou encore au CGLPL qui interviennent indifféremment au sein des deux institutions.

Section 1 : L'influence du juge européen dans la construction des garanties en faveur des patients DSPSC

L'influence prépondérante de la CEDH. Parmi toutes les institutions européennes, la CEDH joue un rôle de premier ordre. Bien que l'article 35 § 1 de la CESDH[1431] oblige le justiciable à s'adresser, en premier lieu, aux juridictions nationales de l'État membre, le caractère subsidiaire de cette procédure ne doit pas nous faire oublier la portée de la jurisprudence de la CEDH au sein de nos juridictions internes[1432]. Outre les législations internes des États membres, la CEDH s'appuie sur les différentes obligations imposées par la CESDH pour dégager des fondements destinés à la construction de garanties en faveur des patients DSPSC. Ces obligations sont dites « positives » ou « négatives »[1433], bien qu'une double lecture soit possible pour la majorité des dispositions[1434]. De plus, « l'exécution d'un engagement assumé en vertu de la Convention appelle parfois des mesures positives de l'État lequel, en pareil cas, ne saurait se borner à demeurer passif, [1435] mais doit adopter des mesures raisonnables et adéquates[1436] pour protéger le droit considéré[1437] ».

L'objectif d'une telle démarche est d'assurer une protection concrète et effective des droits reconnus à l'ensemble des individus soumis à l'influence de la CESDH. Cette dynamique s'applique également à l'égard des patients DSPSC. Elle se fonde sur les droits fondamentaux de la personne humaine qui constituent des garanties préventives *a priori* (§

[1431] Article 35 § 1 de la CESDH : « La Cour ne peut être saisie qu'après l'épuisement des voies de recours internes, tel qu'il est entendu selon les principes de droit international généralement reconnus, et dans un délai de quatre mois à partir de la date de la décision interne définitive ».

[1432] Initialement, les requêtes en lien avec la violation des droits consacrés dans la CESDH étaient recueillies par la Commission européenne des droits de l'homme. Si la requête était jugée recevable et que le règlement amiable du litige ne pouvait s'opérer, elle était transmise à la CEDH qui n'était pas une institution permanente. Cette procédure a été modifiée en 1998 afin que la CEDH puisse désormais être saisie directement et à titre permanent par l'ensemble des justiciables des États membres du Conseil de l'Europe. Cette modification a été opérée par l'adoption du protocole n° 11 à la CESDH en date du 1er novembre 1998. En conséquence, la Commission européenne des droits de l'homme fut supprimée.

[1433] Selon le Conseil de l'Europe, « les obligations positives mettent à la charge des autorités de l'État le devoir de prendre des mesures en vue de sauvegarder les droits de la Convention » tandis que « les obligations négatives mettent à la charge des autorités de l'État le devoir de s'abstenir d'agir pour ne pas interférer de manière injustifiée avec les droits de la Convention ». Définitions données par le Conseil de l'Europe (en ligne) : https://www.coe.int/fr/web/echr-toolkit/definitions (consultée le 4 janvier 2022).

[1434] AKANDJI-KOMBÉ Jean-François, Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Un guide pour la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'Hommes, Précis sur les droits de l'homme, n° 7, 2006, p. 6, (en ligne) : https://rm.coe.int/168007ff61

[1435] CEDH, 9 octobre 1979, *Airey c/Irlande*, n° 6289/73.

[1436] CEDH, 9 décembre 1994, *López Ostra c/Espagne*, n° 16798/90.

[1437] MARGUÉNAUD Jean-Pierre, *La Cour européenne des droits de l'Homme*, 7ème éd., Paris, Dalloz, coll. « Connaissance du droit », 2016, p. 56.

1). Par la suite, le juge européen a étoffé ces garanties par la consécration de garanties procédurales *a posteriori* (§ 2).

§ 1 : L'instauration de garanties préventives a priori

L'influence majeure des articles fondamentaux relatifs à la dignité humaine. Parce que les atteintes à l'intégrité physique et/ou psychique d'un individu peuvent avoir des conséquences irréversibles, leur prévention doit s'effectuer de la manière la plus précautionneuse possible. Bien que la CEDH ne dispose pas d'un pouvoir normatif, elle se sert des prérogatives fondamentales de la personne humaine, reconnues par la CESDH, pour protéger et garantir les droits des patients DSPSC. Parmi tous les articles présents dans « l'instrument constitutionnel de l'ordre public européen[1438] », les articles 2 et 3 occupent une place majeure dans le cadre de notre étude. Aussi convient-il d'observer, à l'égard des patients DSPSC, les garanties dégagées par le juge européen sous l'angle des dispositions des articles 2 (A) et 3 (B) de la CESDH.

A : Les garanties reconnues par le juge européen à l'égard des patients DSPSC à l'aune de l'article 2 de la CESDH

Une protection contre les atteintes subies et provoquées. Le droit à la vie, énoncé par l'article 2 de la CESDH, constitue « la valeur suprême dans l'échelle des droits de l'homme au plan international[1439] ». À cet égard, la CEDH a estimé, à plusieurs reprises, que l'article 2 de la CESDH pouvait parfaitement être convoqué au soutien de la prétention

[1438] CEDH, 30 juin 2005, Bosphorus Hava Yolları Turizm ve Ticaret Anonim Şirketi c/Irlande, n° 45036/98, § 156.
[1439] CEDH, 22 mars 2001, *Streletz, Kessler, Krenz c/Allemagne*, n° 35532/97, §72 ; n° 34044/96, § 87 et n° 44801/98, § 94.

d'un requérant bien que ce dernier ne soit pas effectivement décédé[1440]. Ce faisant, elle semble porter son attention sur la nécessaire caractérisation d'un risque de mort et non sur la matérialité *stricto sensu* d'un décès[1441]. Cette précision est importante, en particulier lorsqu'elle est mise en perspective avec les lieux singuliers de notre étude. En somme, l'article 2 de la CESDH se distingue des autres dispositions de ladite convention dans la mesure où elle met expressément à la charge des parties une obligation positive substantielle (1). De plus, parce que les séquelles de l'enfermement peuvent avoir des conséquences dévastatrices sur le psychisme de l'individu, les patients DSPSC doivent être protégés contre les atteintes qu'ils pourraient eux-mêmes s'infliger, en particulier dans le cadre du suicide (2).

1) Une garantie générale issue de la qualité de personne humaine

Une protection contre les atteintes des personnes privées ou publiques. Selon l'arrêt *LCB c/ Royaume-Uni*[1442], « la première phrase de l'article 2 § 1 astreint l'État non seulement à s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, mais aussi à prendre les mesures nécessaires à la protection de la vie des personnes relevant de sa juridiction ». Dans ces conditions, les autorités nationales ont le « devoir primordial d'assurer le droit à la vie en mettant en place une législation pénale concrète dissuadant de commettre des atteintes contre la personne ». Elles doivent aussi « prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu dont la vie est menacée par les agissements criminels d'autrui[1443]».

Pour les DSPSC, la mise à l'écart d'une exigence de mort effective est importante[1444]. Elle vient mettre un rempart à toute atteinte[1445] pouvant être affligée par les

[1440] V. notamment CEDH, 20 décembre 2004, *Makaratzis c/Grèce*, n° 50385/99, § 55 ; CEDH, 14 juin 2011, *Trévalec c/Belgique*, n° 30812/07, § 55-61.
[1441] CEDH, 31 juillet 2020, *Jeanty c/Belgique*, n° 82284/17, § 40.
[1442] CEDH, 9 juin 1998, *LCB c/Royaume-Uni*, n° 23413/94, § 36.
[1443] CEDH, 28 octobre 1998, *Osman c/Royaume-Uni*, n° 23452/94, § 115.
[1444] V. notamment BELDA Béatrice, Les droits de l'homme des personnes privées de liberté. Contribution à l'étude du pouvoir normatif de la Cour européenne des droits de l'homme, Bruxelles, Bruylant, 2010.
[1445] Des exceptions sont néanmoins admises par le juge européen, afin de préserver l'ordre public ou la sécurité d'autrui. Ainsi, « l'interdiction de principe de donner la mort n'empêche pas un éventuel recours à la force meurtrière par les autorités étatiques pour assurer leurs missions essentielles ». CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/Royaume-Uni*, n° 18984/91.

personnes privées (codétenus, patients, personnel de soin), ou par les autorités publiques (force de l'ordre, administration pénitentiaire[1446]). Elle renforce l'obligation de surveillance qui incombe à l'ensemble du personnel, indépendamment de leur statut professionnel[1447]. Cette obligation semble évaluée de manière plus exigeante dans le cadre des SPSC.

Une protection renforcée à l'égard des patients en SPSC. La double vulnérabilité[1448] du patient en SPSC, induite par l'enfermement et sa pathologie, légitime qu'une attention particulière à sa vie soit portée par la CEDH. En 2008, dans l'affaire *Renolde c/ France*[1449], la CEDH énonça que « la vulnérabilité des malades mentaux appelle une protection particulière (…) d'autant plus lorsqu'un détenu souffrant de troubles graves est placé (…) en isolement ou en cellule disciplinaire pour une longue durée, ce qui ne peut manquer d'avoir des répercussions sur état psychique, et qu'il a déjà effectivement tenté de mettre fin à ses jours peu de temps auparavant ». Cette jurisprudence a été renforcée en 2012[1450] où la CEDH rappela une nouvelle fois la « particulière vulnérabilité » des malades mentaux, puis en 2015 à l'égard plus spécifiquement des personnes souffrant de schizophrénie, dont le risque de suicide est plus élevé[1451].

L'exigence d'une explication « convaincante » en cas d'atteinte à la vie. Dans tous les cas, « il incombe à l'État de fournir une explication convaincante quant à l'origine des blessures survenues à l'occasion de toute privation de liberté, cette obligation étant particulièrement stricte lorsque la personne meurt[1452] ». La formulation générale de cette exigence sous-entend que cette procédure est applicable dans le cas du décès d'un patient DSPSC dans des conditions suspectes[1453].

Pourtant, selon l'adage latin « *Actori incumbit probatio* », la partie demanderesse a l'obligation de « rechercher, et d'exposer, l'ensemble des éléments et des indices qui confirmeront que celui qu'elle accuse a effectivement participé aux faits qui lui sont reprochés[1454] ». Dans le cas présent, la CEDH fait fi de cette règle et instaure une

[1446] CEDH, 20 mai 2010, *Persian et autres c/Turquie*, n° 12336/03.
[1447] On retrouve ici l'idée développée par le Professeur Jean-François RENUCCI selon lequel le droit à la vie énoncée par l'article 2 de la CESDH se divise en deux branches : le droit au respect de la vie et le droit à la protection de la vie. V. RENUCCI Jean-François, *Droit européen et international des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, 6ème éd., Paris, LGDJ, coll. « Manuels », 2015, p. 80.
[1448] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/Belgique*, n° 8595/06, § 75.
[1449] CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/France*, n° 5608/05, § 109.
[1450] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/France*, n° 39447/09, § 73.
[1451] CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/France*, n° 32432/13, § 48.
[1452] CEDH, 3 octobre 2001, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/Ukraine*, n° 4299/03, § 36 ; CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/Royaume-Uni*, n° 27229/95, § 91.
[1453] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, éd. LEH, coll. Thèses, 2018, p. 270.
[1454] MERLE Robert et VITU André, *Traité de Droit Criminel, T.2 Procédure Pénale*, 5ème éd., Paris, Cujas, 2001, p. 183.

présomption de culpabilité[1455] à l'égard de l'État membre suspecté d'avoir manqué à ses obligations. Ce dernier doit démontrer qu'il n'a pas commis de faute ou d'infraction en application de l'adage « *Reus in excipiendo fit actor*[1456]».

Les obligations jurisprudentielles dégagées. Pour permettre une dynamique commune des États membres, la CEDH précisa les contours de l'obligation imposée à ces derniers. Selon l'arrêt *Keenan c/ Royaume-Uni*[1457], l'obligation ne peut résulter simplement « d'une législation pénale concrète dissuadant de commettre des atteintes contre la personne et s'appuyant sur un mécanisme d'application conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations [1458]». L'analyse opérée par la CEDH indique que les États doivent s'abstenir de provoquer la mort de manière volontaire et irrégulière, puis prendre les mesures nécessaires pour assurer la protection de la vie de personnes, peu importe leur statut ou leur qualité juridique, qui relèveraient de leur juridiction[1459]. Aussi, les exigences jurisprudentielles européennes ne se limitent pas à une obligation d'abstention, mais imposent aux États membres l'instauration de dispositifs effectifs à travers la mise en place de mesures destinées à la protection de la vie[1460] des personnes relevant de leurs juridictions[1461]. Ces dernières sont examinées *in concreto* par le juge européen qui détermine si les autorités compétentes ont pris les dispositions nécessaires pour « prendre préventivement des mesures d'ordre pratique pour protéger l'individu contre autrui, ou, dans certaines circonstances particulières, contre lui-même[1462]».

Une obligation de moyen à adapter à la situation particulière des patients DSPSC. La particulière vulnérabilité dans laquelle se trouve les patients DSPSC exige un devoir de protection plus accru à leur égard. Cependant, il serait erroné de croire que les

[1455] Selon l'article 9 de la DDHC, « tout homme étant présumé innocent jusqu'à ce qu'il ait été déclaré coupable, s'il est jugé indispensable de l'arrêter, toute rigueur qui ne serait pas nécessaire pour s'assurer de sa personne doit être sévèrement réprimée par la loi ». Cet article, repris notamment par l'article préliminaire du CPP pose le principe de la présomption d'innocence. Bien qu'étant considéré comme l'un des droits les plus fondamentaux de notre procédure, il comporte certaines exceptions, comme la présomption de culpabilité établie en matière d'infraction contre la route à l'égard du titulaire de la carte grise du véhicule. Le Conseil constitutionnel a eu l'occasion de se prononcer sur ces pratiques et estime, dans une décision du 16 juin 1999 que de telles dispositions sont parfaitement conformes à la Constitution, sous réserve qu'elles soient établies à titre exceptionnel et qu'elles ne revêtent pas de caractère irréfragable.
[1456] [En alléguant le défendeur devient demandeur]. Le demandeur doit d'abord prouver le bien-fondé de sa prétention. Mais si le défendeur oppose une exception, il reçoit alors à son tour la charge de la preuve ; selon la formule de cet adage d'origine romaine, il se trouve dans la même position que le demandeur. HILAIRE Jean, *Adages et maximes du droit français*, 2ème éd., Dalloz, coll. À Savoir, Paris, 2015, pp. 198-199.
[1457] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/Royaume-Uni*, n° 27229/95.
[1458] *Ibidem*, § 89.
[1459] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/France*, n° 38447/09, § 70.
[1460] Dans le cadre de notre étude, tel est le cas par exemple des demandes de placement volontaire à isolement formulées par la personne détenue ou encore la mise en œuvre de procédure de contention dans le cadre des SPSC.
[1461] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/France*, n° 38447/09, § 70.
[1462] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/France*, n° 38447/09, § 70. V. également CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/France*, n° 32432/13, § 46.

États membres sont soumis à une obligation de résultat[1463]. Une telle exigence constituerait un « fardeau insupportable ou excessif » pour les autorités étatiques[1464]. En conséquence, l'obligation de moyen[1465] instaurée par le juge européen doit être appréciée en tenant compte de la situation du patient, mais aussi des ressources matérielles, humaines et logistiques dont l'établissement dispose[1466]. Les carences récurrentes sur ces différents points au sein des deux institutions de notre étude laissent facilement entrevoir la difficulté pour les autorités étatiques de satisfaire correctement à ces demandes. Dans cette perspective, la CEDH énonce que « les autorités pénitentiaires doivent s'acquitter de leurs tâches de manière compatible avec les droits et libertés de l'individu concerné[1467] ». Bien qu'une référence soit faite aux autorités pénitentiaires, aucune objection ne s'oppose à l'application d'un tel raisonnement pour le patient admis en SPSC dans ses relations avec le personnel médical et administratif. S'il est compréhensible qu'une telle démarche soit imposée pour protéger la personne vulnérable des risques inhérents aux comportements des autorités, il convient d'observer qu'une attention particulière est également exigée dans le cadre de la prévention du suicide dans ces lieux singuliers.

2) Une garantie renforcée l'égard de la prévention du suicide

Le suicide : un comportement délicat à appréhender. La compréhension exacte du phénomène suicidaire est très complexe. Il résulte de l'interaction de nombreux facteurs tels que les déterminants biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux. Depuis plusieurs années, la prévention du suicide est régulièrement inscrite dans les politiques générales de santé publique. En février 2022, la Direction générale de la santé

[1463] « Obligation en vertu de laquelle le débiteur est tenu d'un résultat précis. (…). L'existence d'une telle obligation permet au créancier de mettre en jeu la responsabilité de son débiteur par la simple constatation que le résultat promis n'a pas été atteint, sans avoir à prouver une faute ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., Paris, Dalloz, p. 954.
[1464] CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/France*, n° 58828/13, § 38.
[1465] « Obligation en vertu de laquelle le débiteur n'est pas tenu d'un résultat précis. Ainsi le médecin s'engage seulement à tout mettre en œuvre pour obtenir la guérison du malade sans garantir cette dernière. Le créancier d'une telle obligation ne peut mettre en jeu la responsabilité de son débiteur que s'il prouve que ce dernier a commis une faute, n'a pas utilisé tous les moyens promis ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., DALLOZ, p. 709.
[1466] L'obligation de moyen qui incombe aux autorités étatiques doit être appréciée au regard des « difficultés qu'ont les forces de l'ordre à exercer leur fonction dans les sociétés contemporaines », de « l'imprévisibilité du comportement humain », et des « choix opérationnels à faire en matière de priorités et de ressources ». CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/France*, n° 58828/13, § 38. V. également BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, éd. LEH, coll. Thèses, 2018, p. 272.
[1467] CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/France*, n° 38447/09, § 73.

(DGS) a publié une feuille de route dans le cadre de la mise en place de la stratégie nationale de prévention du suicide[1468]. De plus, la question du suicide est généralement source de douleurs voire de traumatismes chez les proches du suicidé. Dans le cadre des patients DSPSC, ces difficultés se répercutent également à l'égard des professionnels de santé et des professionnels de l'administration pénitentiaire[1469].

Une protection commune à l'égard des patients DSPSC. De manière générale, est considéré comme une violation de l'article 2 de la CESDH tout manquement au devoir d'assurer la protection et l'effectivité du droit à la vie. Dans ces circonstances, la mise en place d'un protocole en matière de prévention du suicide s'impose comme une nécessité, en particulier dans ces lieux singuliers[1470].

La CEDH a eu l'occasion de rappeler le nécessaire renforcement des mesures de prévention vis-à-vis du suicide à l'égard des patients DSPSC[1471]. Selon elle, « la vulnérabilité des malades mentaux appelle une protection particulière[1472] » et « toute privation de liberté peut entrainer, de par sa nature, des bouleversements psychiques[1473] ». Parce que la détention et la maladie mentale peuvent coexister, cette protection doit être renforcée « lorsqu'un détenu souffrant de troubles graves est placé en isolement ou cellule disciplinaire pour une longue durée, ce qui ne peut manquer d'avoir des répercussions sur son état psychique[1474] ». Il faut que des protections renforcées soient instaurées à l'égard des personnes les plus vulnérables, en particulier lorsque leur maladie mentale entraine une élévation connue du risque de suicide,[1475] mais également d'automutilation[1476].

[1468] À l'échelle nationale, bien que le taux de suicide soit en baisse depuis 20 ans, le suicide représente en France encore près de 9 200 décès et 200 000 tentatives de suicide par an. Le taux de suicide reste en France l'un des plus élevés d'Europe avec 12,5 suicides pour 100 000 habitants, pour une moyenne européenne de 10,3 pour 100 000 habitants. DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ, *Stratégie nationale de prévention du suicide*, Feuille de route Santé mentale et psychiatrie, février 2022 (en ligne) : https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/plaquette_strategie_nationale_de_prevention_du_suicide_04.02.22_.pdf .

[1469] On considère qu'un suicide endeuille en moyenne 7 proches et impacte plus de 20 personnes. Il est aussi démontré que le risque de suicide augmente significativement dans l'entourage d'une personne suicidée (famille, camarades de classe, collègues de travail, etc.). *Ibidem*, p. 2.

[1470] CEDH, 2 octobre 2019, *Fernandes de Oliveira c/Portugal*, n° 78103/14, § 110 : « Lorsque le risque en question vient de l'intéressé lui-même, par exemple le suicide en détention ou dans un hôpital psychiatrique, il doit être établi que les autorités savaient ou auraient dû savoir sur le moment que la vie d'une personne identifiée était menacée de manière réelle et immédiate et que, dans l'affirmative, elles n'ont pas pris, dans le cadre de leurs pouvoirs, les mesures qui, d'un point de vue raisonnable, auraient sans doute pallié ce risque ». CEDH, *Guide sur l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme*, 31 décembre 2021, p. 11 (en ligne).

[1471] Dans les arrêts *Renolde c/France* puis *S.F c/Suisse* (CEDH, *S.F c/Suisse*, 30 juin 2020, n° 23405/16, § 78), la CEDH a estimé que « les malades mentaux sont considérés comme un groupe particulièrement vulnérable qu'il faut protéger de l'automutilation ».

[1472] CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/France*, n° 32432/13, § 50.

[1473] CEDH, 21 octobre 2008, *Kilavuz c/Turquie*, n° 8327/03, § 89.

[1474] CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/France*, n° 32432/13, § 50.

[1475] En l'espèce, le patient détenu souffrait de schizophrénie. CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/France*, n° 32432/13, § 48.

[1476] CEDH, 2 octobre 2019, *Fernandes de Oliveira c/Portugal*, n° 78103/14, § 124 : « Les autorités ont une obligation générale de prendre des mesures raisonnables pour empêcher les malades mentaux de s'automutiler, qu'ils aient été hospitalisés avec ou sans leur consentement. Les mesures spécifiques requises dépendront des circonstances particulières de l'affaire et seront souvent différentes selon qu'il s'agit d'une hospitalisation avec consentement ou sans consentement. Toutefois, dans le cas de patients hospitalisés en exécution d'une ordonnance judiciaire, et donc sans leur consentement, la Cour peut, dans sa propre appréciation, appliquer un critère de contrôle plus strict ». CEDH, *Guide sur l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme*, 31 décembre 2021, p. 11 (en ligne).

L'instauration d'un suivi médical : une solution adéquate, mais empreinte de difficultés. Pour prévenir ce passage à l'acte, l'instauration d'un suivi médical effectif et régulier s'impose, tant sur le plan psychique que somatique. Les examens réalisés au cours de l'emprisonnement[1477] ou des SPSC[1478] peuvent concourir à cet objectif, à condition qu'ils puissent être réalisés dans des conditions satisfaisantes[1479]. Il en va de même pour le traitement médical éventuellement proposé qui doit être administré de manière effective[1480]. Pour y parvenir, une collaboration entre l'ensemble des acteurs est impérative. Si cette démarche entre personnel soignant et médical s'impose d'elle-même, une dynamique similaire avec le personnel pénitentiaire apparait plus complexe. Pour comprendre cette difficulté, il convient de s'intéresser au cœur de métier de chacun des protagonistes en question[1481]. Bien que le personnel soignant et médical n'occupe pas les mêmes fonctions ni les mêmes responsabilités, tous concourent à la dispensation des soins[1482]. La problématique est tout autre entre les membres de l'équipe de soins et le personnel pénitentiaire. Cette situation nous renvoie à la distinction entre « fonction sanitaire » et « fonction sécuritaire ». Pourtant, une collaboration entre les deux corps de métier apparait comme une nécessité et relève de la responsabilité des autorités internes[1483]. Un tel effort se doit d'être poursuivi dans le cadre de la prévention de la torture et des autres comportements énoncés par l'article 3 de la CESDH.

[1477] CEDH, 30 juin 2009, *Pitalev c/Russie*, n° 34393/03, § 54 : « Les autorités doivent également faire en sorte que les intéressés bénéficient promptement d'un diagnostic et d'un suivi précis et qu'ils fassent l'objet, lorsque la maladie dont ils sont atteints l'exige, d'une surveillance régulière et systématique associée à une stratégie thérapeutique globale visant à porter remède à leurs problèmes de santé ou à prévenir leur aggravation ». CEDH, *Guide sur l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme*, 31 décembre 2021, p. 15 (en ligne).

[1478] Il est fait référence ici à l'examen médical pratiqué à l'entrée d'écrou ou encore aux examens psychiatriques et somatiques réalisés lors des 72 heures de la période initiale. Se rajoutent également les divers examens réalisés au cours de la privation de liberté, que cette dernière s'effectue dans le cadre d'un soin ou d'une peine privative de liberté.

[1479] Pour y parvenir, l'instauration d'un référentiel ou d'un guide de bonnes pratiques professionnelles peut être sollicitée. Dans le cadre de l'institution carcérale, une telle démarche a été mise en œuvre par le biais du Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice. Une démarche similaire est également présente dans le cadre des SPSC par le biais des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS.

[1480] CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/Pologne*, n° 28326/05, § 78.

[1481] En somme, tel est l'un des objectifs du Guide méthodologique.

[1482] Article L 1110-1 du CSP : « Le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé, les organismes d'assurance maladie ou tous autres organismes ou dispositifs participant à la prévention, aux soins ou à la coordination des soins, et les autorités sanitaires contribuent, avec les usagers, à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ».

[1483] « Les difficultés, voire l'absence, de communication et de coordination entre le personnel pénitentiaire et les différents services médicaux appelés à intervenir auprès des détenus au sein de la maison d'arrêt – tels que l'UCSA et le SMPR – relèvent de la responsabilité des autorités internes ». CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/France*, n° 38447/09, § 82.

B : Les garanties reconnues par le juge européen à l'égard des patients DSPSC à l'aune de l'article 3 de la CESDH

Une protection face aux influences extrinsèques et intrinsèques. Selon l'article 3 de la CESDH, « nul ne peut être soumis à la torture ni à des peines ou traitements inhumains ou dégradants ». Combiné avec l'article 2 de la CESDH, la CEDH offre une complète protection contre toute forme d'asservissement qui pourrait porter atteinte à la dignité de la personne humaine, peu importe que cette dernière soit libre ou que sa liberté soit entravée par la contrainte judiciaire, administrative ou médicale. Contrairement aux atteintes à la vie qui ont un caractère spontané et immédiat, la torture et les traitements inhumains ou dégradants s'inscrivent dans le temps. Dans la mesure où pour les patients DSPSC la privation de liberté peut être longue, les autorités étatiques doivent instaurer des mesures garantissant un environnement de vie adéquat (1). Il conviendra aussi de ne pas oublier que le corps des patients DSPSC constitue pour eux leur dernière source « accessible » de liberté ainsi qu'un outil de communication. Aussi, faudra-t-il veiller à ce que les actes et faits infligés à ce dernier ne portent pas atteinte à l'intégrité du patient enfermé. En l'espèce, une attention particulière devra être portée à la gestion de la grève de la faim (2).

1) Une protection générale applicable aux conditions matérielles de vie

La nécessité d'une appréciation *in concreto*. Au regard de leur privation de liberté ainsi qu'à leur dépendance vis-à-vis des autorités pénitentiaires et/ou médicales, la CEDH a eu l'occasion d'apporter des précisions relatives à l'application de l'article 3 de la CESDH vis-à-vis des patients DSPSC. Dans le cadre des SPSC, ces exigences apparaissent clairement dans l'arrêt *Herczegfalvy c/ Autriche*. Il y est précisé que « la situation d'infériorité et d'impuissance qui caractérise les patients internés dans les hôpitaux psychiatriques appelle une vigilance accrue dans le contrôle du respect de la

Convention[1484] ». Bien que la protection initiée par l'article 3 de la CESDH s'applique de manière absolue, la CEDH prend la précaution de souligner l'influence de la pathologie mentale sur le comportement du patient. En conséquence, si la pratique de l'isolement et de la contention est relativement courante dans ces soins, ils doivent être justifiés par une nécessité thérapeutique et prouvés[1485].

La situation du patient détenu est plus complexe à appréhender, car des atteintes limitées et proportionnées sont admises dans le cadre de l'exécution d'une peine. La dimension afflictive de ce châtiment a été prise en compte par le juge européen qui estime que l'exécution d'une sanction pénale ne peut placer la personne détenue face à « une détresse ou à une épreuve d'une intensité qui excède le niveau inévitable de souffrance inhérent à la détention[1486] ». À la lecture de cet énoncé, il conviendra de s'interroger sur les critères qui fondent « le niveau inévitable de souffrance » et sur les agissements qui caractérisent la gravité du mauvais traitement.

Une sémantique affinée par des apports pratiques et jurisprudentiels. Le « niveau inévitable de souffrance » comporte une part subjective inhérente à la personnalité de chaque individu. Pour tenter de définir un cadre de référence, la détermination de critères objectifs s'impose. Cette méthode s'inspire de la démarche qualité[1487] et permet la mise en place d'indicateurs et/ou de recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Ces pratiques commencent à émerger dans le secteur pénitentiaire[1488] et se confirment dans le secteur des SPSC[1489]. Aussi, pourra-t-on espérer des instances législatives et/ou réglementaires la poursuite de tels efforts à travers la mise en place de groupes de travail pluridisciplinaires afin que l'ensemble des problématiques de chaque corps de métier soient

[1484] CEDH, 24 septembre 1992, *Herczegfalgy c/Autriche*, n° 10533/83, § 82.
[1485] *Ibidem.*
[1486] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/Pologne*, n° 30210/96, § 96. Le juge européen a par la suite réaffirmé cette position en 2017 dans l'arrêt *Valentin Batsovoi c/République de Moldova* en date du 28 novembre.
[1487] À titre d'exemple, nous pouvons citer le nouveau référentiel publié en mars 2022 par l'HAS pour évaluer la qualité dans le social et le médico-social.
[1488] Bien qu'elles ne prennent pas *stricto sensu* ce nom, un protocole similaire s'être instauré à travers les RPE adoptées par l'ensemble des 47 pays membres du Conseil de l'Europe, dont la France, le 11 janvier 2006. Elles ont été révisées à l'occasion de la 1380ème réunion des Délégués des Ministres le 1er juillet 2020. En France, dès 2008, un référentiel a été diffusé dans l'ensemble des établissements pénitentiaires. Il recense les bonnes pratiques professionnelles et méthodes d'organisation correspondant aux règles pénitentiaires européennes dont certaines ont été intégrées dans la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Selon la Chancellerie, « l'objectif de cette démarche est de porter une appréciation indépendante sur la qualité des procédures et pratiques professionnelles d'un établissement pénitentiaire afin de les valoriser. Ce sont les pratiques de prise en charge des personnes détenues arrivantes, telles que décrites dans le référentiel, qui font l'objet d'une labellisation. Cela permet aux établissements pénitentiaires de faire reconnaitre la qualité et la rigueur de leur dispositif en matière d'accueil des arrivants ». http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/la-vie-en-detention-10039/labellisation-du-circuit-arrivant-21364.html.
[1489] HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Guide relatif à la mise en œuvre du Programme de soins psychiatriques sans consentement*, 2021, (en ligne).

prises en compte et entendues. De plus, au même titre que les patients libres, l'association des patients DSPSC à une telle démarche apparaitrait opportune.

Sur les agissements qui caractérisent la gravité du mauvais traitement, des critères d'évaluation ont été instaurés par la jurisprudence européenne. Selon elle, il faut « une souffrance ou une humiliation allant au-delà de celles que comporte inévitablement une forme donnée de traitement ou de peine légitimes[1490] ». Est-ce à dire que la CEDH remet en question la notion de peine ? La réponse se doit d'être négative, car « il serait absurde de soutenir que toute peine judiciaire, en raison de l'aspect humiliant qu'elle présente d'ordinaire et presque inévitablement, revêt un caractère "dégradant" au sens de l'article 3 ». Il faut donc caractériser une humiliation particulièrement grave et importante, distincte de la « simple humiliation » et inhérente au caractère afflictif de la peine[1491]. Pour la CEDH, le traitement est qualifié d'inhumain lorsque ce dernier provoque « volontairement de vives souffrances mentales ou physiques, voire des troubles psychiques[1492] ». Une illustration de ces attentes peut être donnée par l'énoncé de l'arrêt *Öcalan c/ Turquie,* dans lequel la CEDH considéra que « l'isolement sensoriel complet, combiné à un isolement social total, peut détruire la personnalité, et constitue une forme de traitement inhumain qui ne saurait se justifier par les exigences de sécurité ou toute autre raison[1493] ». Bien que l'arrêt eut été rendu à l'égard d'un détenu, une application par analogie serait adéquate pour apprécier la situation du patient en SPSC, en particulier lorsque ce dernier est en situation d'isolement et/ou de contention.

Dans tous les cas, le caractère humiliant du traitement ou de la peine ne doit pas être apprécié au regard de l'institution, mais au regard du propre ressenti de la personne. De plus, une présomption de gravité est instaurée, à charge pour le gouvernement en question d'en apporter la preuve contraire[1494].

Des précisions jurisprudentielles relatives à la promiscuité. En parallèle de ces énoncés plutôt généralistes, la CEDH s'est prononcée sur des points plus précis tels que la promiscuité.

[1490] CEDH, 12 juin 2007, *Frérot c/France*, n° 70204/01, § 37.
[1491] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention,* coll. Thèses, Bordeaux, LEH, 2018, p. 288.
[1492] CEDH, 25 avril 1978, *Tyrer c/Royaume-Uni*, n° 5856/76, § 29.
[1493] CEDH, 12 mai 2005, *Öcalan c/Turquie*, n° 46221/99, § 191. Une formulation similaire a été reprise à l'égard de la France dans l'arrêt *Ramirez Sanchez c/France* en date du 4 juillet 2006, n° 59450/00.
[1494] BELDA Béatrice, *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté. Contribution à l'étude du pouvoir normatif de la cour européenne des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 2010, p. 65.

En prison, la CEDH, dans son appréciation de la réalité matérielle[1495] de l'atteinte, se montre plus précautionneuse. Elle exige la démonstration du caractère « objectivement inacceptable des conditions de détention pour déterminer si elles portent atteinte à la dignité de la personne détenue et si elles sont de fait constitutives d'un mauvais traitement[1496] ». Elle rappelle également que les États doivent « s'assurer que tout prisonnier est détenu dans des conditions qui sont compatibles avec le respect de la dignité humaine[1497] ». Sont ici visées les cellules ainsi que les chambres d'hospitalisation. Sur le premier point, la CEDH opère toujours une appréciation *in concreto* des faits soumis à son attention. À plusieurs reprises, les conditions de détention de la personne détenue ont été jugées contraires aux exigences imposées par l'article 3 de la CESDH au motif que le détenu « a été contraint de passer une grande partie de la journée sur son lit, dans une cellule dépourvue de fenêtres et de système d'aération[1498] » ou « qu'il devait utiliser les toilettes en présence de son codétenu[1499] ». De plus, parce que la prison est régulièrement touchée par la problématique de la surpopulation carcérale, la CEDH s'est également prononcée sur cette question. En la matière, il est reconnu que « le degré de surpeuplement d'une prison, ou dans une partie de celle-ci, peut être tel qu'il constitue, à lui seul, un traitement inhumain ou dégradant[1500] ». Pour caractériser ce surpeuplement, la CEDH a retenu un critère objectif à savoir la mise à disposition à l'égard de la personne détenue d'un « espace de vie » d'une surface minimale de 3 m². En deçà de ce seuil et en dépit de toute autre considération, fussent-elles réelles ou non, la violation de l'article 3 de la CESDH est caractérisée[1501]. Bien qu'une légère remise en cause de ce critère soit apparue[1502], ce critère a le mérite d'être mesurable. En conséquence, il constitue un outil d'évaluation qui mérite d'être intégré dans l'actualisation de la démarche qualité en détention[1503].

[1495] Cette réalité matérielle est évoquée dans la règle n° 18.10 des RPE selon laquelle « les conditions de logement des détenus doivent satisfaire aux mesures de sécurité les moins restrictives possibles et compatible avec le risque que les intéressés s'évadent, se blessent ou blessent d'autres personnes ».

[1496] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, coll. Thèses, Bordeaux, LEH, 2018, p. 306.

[1497] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/Pologne*, n° 30210/96, § 94. Ces exigences ont par la suite été rappelées dans les Règles pénitentiaires européennes.

[1498] CEDH, 19 avril 2001, *Peers c/Grèce*, n° 28524/95, § 74.

[1499] CEDH, 15 décembre 2015, *Szafranski c/Pologne*, n° 17249/12. En l'espèce, il convient de préciser que la CEDH s'était également appuyée sur l'article 8 de la CESDH et avait conclu à une violation de ce dernier.

[1500] COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Deuxième rapport général d'activités* (1er au 31 décembre 1991), Strasbourg, 13 avril 1992, § 46.

[1501] CEDH, 10 janvier 2012, *Ananyev et autres c/Russie*, n° 42525/07.

[1502] Dans le cadre notamment de l'arrêt *Rezmives et autres c/Roumanie* du 25 avril 2017, la CEDH a souligné que le manque d'espace personnel (espace inférieur à 3 m²) fait peser une forte présomption, mais non irréfutable, de conditions de détention constitutives d'un traitement dégradant et contraire à l'article 3 de la CESDH. V. CEDH, 25 avril 2017, *Rezmives et autres c/Roumanie*, n° 61467/12, 39516/13, 48231/13 et 68191/13.

[1503] Dans la continuité de cette démarche, le CPT a préconisé quelques règles fondamentales en la matière, dans le cadre d'un rapport intitulé « *Espace vital par détenu dans les établissements pénitentiaires : Normes du CPT* », en date du 15 décembre 2015. À cet égard, « une cellule individuelle devrait mesurer 6 m² auxquels on ajouterait la superficie nécessaire à une annexe sanitaire (généralement d'1 à 2 m²) et l'espace occupé par l'annexe sanitaire devrait être exclue du calcul des 4 m² par personnes dans les cellules collectives ».

Des précisions jurisprudentielles relatives à l'hygiène et à l'insalubrité. Outre la question de la promiscuité, la CEDH s'est prononcée sur les questions d'hygiène et d'insalubrité ; éléments présentés de manière récurrente comme des sources d'altération de l'état de santé des patients DSPSC.

Dans le cadre de la prison, la CEDH a rappelé que « d'autres aspects des conditions de détention étaient à prendre en compte dans l'examen du respect de [l'article 3 de la CESDH][1504] ». Il en va par exemple de « la possibilité d'utiliser les toilettes de manière privée, l'aération disponible, l'accès à la lumière et à l'air naturels, la qualité du chauffage et le respect des exigences sanitaires de base[1505] ». Ainsi, la promiscuité et le manquement aux règles d'hygiène constituent, aux yeux du juge européen, une violation de l'article 3 de la CESDH[1506].

Cette dynamique est également présente dans le cadre de l'examen des requêtes des patients admis en SPSC. Dans l'arrêt *Stanev c/ Bulgarie*[1507], la CEDH considère que « lorsque la nourriture n'est pas suffisante ou de mauvaise qualité ; que le bâtiment n'est pas suffisamment chauffé et que, en hiver, le requérant devait se coucher avec son manteau ; qu'il pouvait prendre une douche une fois par semaine dans une salle de bain insalubre et délabrée ; que les toilettes étaient dans un état déplorable », la violation de l'article 3 de la CESDH était caractérisée, en dépit de la volonté manifeste de l'État de vouloir infliger au requérant un traitement inhumain ou dégradant. Il en va de même lorsque le patient est admis au sein d'une structure dépourvue du matériel et du personnel adéquat pour assurer sa prise en charge optimale, lui causant ainsi, des souffrances dues à une inadéquation du traitement médical[1508].

Compte tenu de la vulnérabilité des patients DSPSC et des conditions matérielles de vie régulièrement dénoncées par le CGLPL, l'attention portée par le juge européen sur ces différents points ne peut être que saluée. Elle se retrouve également à l'égard de la gestion des grèves de la faim en ces lieux singuliers.

[1504] CEDH, 25 avril 2017, *Rezmives et autres c/Roumanie*, n°61467/12, 39516/13, 48231/13, 69191/13, § 78-79.
[1505] *Ibidem.*
[1506] CEDH, 25 avril 2013, *Canali c/France*, n° 40119/09, § 50.
[1507] CEDH, 17 janvier 2012, *Stanev c/Bulgarie*, n° 36706/06. V. également CEDH, Fiches thématiques, *Les personnes handicapées et la Convention européenne des droits de l'homme*, février 2022, p.8 (en ligne). https://www.echr.coe.int/documents/fs_disabled_fra.pdf
[1508] CEDH, *L.R c/Macédoine du Nord, 23 janvier 2020*, n° 38067/15. V. également CEDH, Fiches thématiques, *Les personnes handicapées et la Convention européenne des droits de l'homme*, février 2022, p.8 (en ligne). https://www.echr.coe.int/documents/fs_disabled_fra.pdf

2) Une protection spéciale dans le cadre de la gestion des grèves de la faim

L'utilisation néfaste du corps. Privés de liberté, les corps des patients DSPSC deviennent un outil d'expression et de communication particulièrement puissant. Dans ces circonstances, diverses pratiques[1509] peuvent être mises en œuvre, afin de permettre à la personne de manifester son désaccord, son incompréhension de la situation voire sa colère. Parmi l'ensemble de ces comportements, la grève de la faim, aussi parfois nommée « jeûne de protestation », mérite une attention particulière[1510].

La pratique de la grève de la faim s'inscrit dans le cadre de la liberté de pouvoir disposer de son propre corps, et plus généralement de l'autonomie personnelle. Toute personne est en principe libre de disposer comme elle l'entend de son corps, mais il y a des exceptions. Sur le plan médical, lorsqu'une personne souhaite refuser un traitement, mettant ainsi sa vie en danger[1511], une information claire et adaptée doit lui être communiquée[1512] sur les conséquences d'un tel choix. Sauf cas d'urgence, sa volonté doit être respectée[1513] et aucun acte ne peut être administré sans son consentement.

La grève de la faim ne peut être considérée comme un traitement. Cependant, lorsqu'elle se prolonge dans le temps, elle peut rapidement produire des effets délétères sur l'état de santé du patient, en particulier lorsqu'elle s'accompagne d'un arrêt de l'hydratation. Cumulée à l'environnement dans lequel les patients DSPSC évoluent, sa prise en considération par les professionnels exerçant entre ses murs est une nécessité, d'autant plus qu'elle peut conduire à un trouble menaçant l'impératif sécuritaire de l'institution (révoltes, médiatisation).

Un équilibre délicat à trouver. La gestion de la grève de la faim se doit d'être appréhendée de manière différente entre le patient détenu et celui en SPSC. Dans le premier cas, la qualité de « détenu » ne fait pas obstacle à une prise de décision de manière libre et

[1509] Il est possible de citer à titre d'exemple la pratique intensive du sport, la réalisation de tatouages, ou encore une modification des pratiques sexuelles de l'individu.
[1510] Cette terminologie recouvre aussi bien les cas dans lesquels une personne « saute » un repas que les cas plus prolongés. Sur le plan médical, il est parfaitement compréhensible que ces deux réalités ne soient pas traitées et prises en compte de la même façon.
[1511] Tel est le cas du refus de soins.
[1512] Ces exigences sont décrites dans le CSP aux alinéas 2 et 3 de l'article L 1111-4 qui disposent notamment que « toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. Le suivi du malade reste cependant assuré par le médecin, notamment son accompagnement palliatif. Le médecin a l'obligation de respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix et de leur gravité ».
[1513] *Ibidem.*

autonome[1514]. En revanche, la ou les pathologies subies par le patient en SPSC ne permettent pas une interprétation similaire, compte tenu des difficultés à pouvoir établir de manière certaine, l'expression de sa volonté. Dans ces circonstances, il est heureux de constater que les formulations employées par la CEDH soient suffisamment larges pour s'appliquer aux deux situations.

Une évaluation minutieuse par la CEDH. Dans l'arrêt *Nevmerjitski c/ Ukraine*[1515], la CEDH indiqua qu'« une mesure dictée par une nécessité thérapeutique selon les conceptions médicales établies ne saurait en principe passer pour inhumaine ou dégradante. Il en va de même de l'alimentation de force destinée à sauver la vie[1516] ». Pour cela, la CEDH exige que la nécessité médicale soit démontrée de manière convaincante[1517] et « que les garanties procédurales devant accompagner la décision d'alimentation de force soient respectées[1518] ». Ainsi, lorsqu'un État membre ne parvient pas à démontrer que l'alimentation du requérant contre son gré a été dictée par une nécessité thérapeutique, la CEDH présume qu'il s'agissait d'une mesure arbitraire, constitutive d'une violation de l'article 3 de la CESDH[1519].

La caractérisation de cette nécessité médicale est un point central dans la jurisprudence de la CEDH sur cette question. En effet, l'absence d'alimentation forcée ne peut être reprochée aux autorités compétentes si la situation médicale du requérant ne justifiait pas un tel acte[1520]. Il en va de même lorsque les médecins laissent, sous surveillance médicale[1521], la grève de la faim se poursuivre, tant qu'il n'y a pas de dégradation de l'état de santé du patient. Dès lors que cette nécessité médicale est établie, l'intervention médicale se justifie, car elle a pour « but d'empêcher des dommages

[1514] CEDH, 29 avril 2002, *Pretty c/Royaume-Uni*, n° 2346/02, § 41. En l'espèce, elle énonça que « les mesures qui peuvent raisonnablement être prises pour protéger un détenu contre lui-même sont soumises aux restrictions imposées par les autres clauses de la Convention, tels les articles 5 et 8, de même que par les principes plus généraux de l'autonomie personnelle ». Il est intéressant d'observer que la logique argumentaire du juge européen s'appuie ici sur une combinaison d'articles à savoir l'article 2, mais également l'article 8 de la CESDH relatif au droit à la vie privée et familiale.
[1515] CEDH, 5 avril 2005, *Nevmerjitski c/Ukraine*, n° 54825/00.
[1516] *Ibidem.* § 94-95.
[1517] CEDH, 24 septembre 1992, *Herczegfalvy c/Autriche*, n° 10533/83. En l'espèce, le requérant soutenait qu'il avait été « menotté à une chaise ou à un appareil de chauffage et contraint à subir l'insertion dans l'œsophage d'un tube en caoutchouc relié à un seau contenant un mélange nutritionnel spécial ».
[1518] CEDH, 5 avril 2005, *Nevmerjitski c/Ukraine*, n° 54825/00, § 94-95.
[1519] Selon la CEDH, « Si [les autorités ukrainiennes] s'étaient conformées aux instructions énoncées dans le décret pertinent quant aux modalités d'une alimentation de force, les moyens de contrainte qu'elles avaient utilisés (menottes, écarteur buccal et tube spécial introduit dans l'œsophage), associés à l'emploi de la force, au mépris de l'opposition manifestée par le requérant, avaient constitué un traitement atteignant un tel degré de gravité qu'il mérite la qualification de torture. La Cour a également conclu à la violation de l'article 3 (interdiction des traitements dégradants) de la Convention quant aux conditions de détention du requérant et à l'absence de soins médicaux adéquats ». *Ibidem.*
[1520] CEDH, 20 juin 2006, *Pandjikidzé et autres c/Géorgie*, n° 30323/02.
[1521] Ce point est énoncé à l'article R. 322-4 du Code pénitentiaire selon lequel « si un détenu se livre à une grève de la faim prolongée, il ne peut être traité sans son consentement, sauf lorsque son état de santé s'altère gravement et seulement sur décision et sous surveillance médicales ».

irréversibles. [Le requérant] n'avait en outre aucunement été établi que l'intervention médicale avait eu pour but de l'humilier et de le punir[1522] ».

La CEDH va encore plus loin dans son analyse. Outre la nécessité médicale, encore faut-il que les moyens d'intervention employés soient proportionnés. Dans l'arrêt *Ciorap c/ République de Moldavie*[1523], la CEDH relève l'utilisation de menottes (…) « sans tenir compte d'une éventuelle résistance et de la vive douleur causée par les instruments métalliques utilisés pour ouvrir la bouche à l'intéressé et lui tirer la langue. Il existait d'autres méthodes moins intrusives, par exemple une perfusion intraveineuse, qui n'avaient pas été envisagées, malgré la demande expresse du requérant ». La CEDH indiqua que « la méthode utilisée avait été inutilement douloureuse et humiliante et, en conséquence, méritait la qualification de torture », constitutive d'une violation de l'article 3 de la CESDH.

D'une manière générale, le juge européen se montre précautionneux dans ses décisions et tente de concilier au mieux la protection des intérêts de chacun des protagonistes. Dans tous les cas, les situations rencontrées méritent une réponse rapide et adéquate de la part de l'autorité judiciaire. Pour y parvenir, la sollicitation des autorités étatiques internes apparait comme la solution adéquate. Dans cette optique, la CEDH a dégagé plusieurs fondements destinés à l'instauration effective d'un droit de recours auprès des instances internes des États membres.

[1522] CEDH, 6 mars 2007, *Özgül c/Turquie*, n° 7715/02.
[1523] CEDH, 19 juin 2007, *Ciorap c/République de Moldavie*, n° 12066/02.

§ 2 : L'instauration de garanties procédurales a posteriori

L'instauration d'obligations positives par la CEDH. Pour que les garanties reconnues *a priori* soient réellement effectives, la CEDH a progressivement instauré des obligations positives afin de renforcer les dispositions de la CESDH. L'idée d'une telle démarche est de permettre à cet « instrument vivant[1524] », de produire pleinement ses effets et de « faire évoluer le mécanisme de protection dans le sens de la meilleure efficacité possible[1525] ». Parce que les patients DSPSC voient trop souvent leurs droits bafoués, il est naturel que l'une des premières obligations instaurées soit la reconnaissance d'un droit au recours effectif (A). Cependant, compte tenu de leur isolement et de leur vulnérabilité, il peut être complexe pour les patients DSPSC d'établir la véracité de leurs allégations. C'est pourquoi la CEDH a instauré des obligations procédurales d'enquête en cas de violation des dispositions des articles 2 ou 3 de la CESDH (B).

A : La garantie d'un droit au recours effectif par la norme européenne

Définition. Les patients DSPSC doivent pouvoir exercer un recours contre les décisions prises à leur encontre ou si leur situation personnelle constitue une atteinte effective à leur dignité. Issue du terme latin « *recursus* », la notion de recours est traditionnellement employée dans les expressions « avoir recours à quelqu'un ou quelque chose [1526] ». Cette notion, qui sous-entend un besoin d'aide, a une signification différente en Droit. Selon le Doyen CORNU, elle désigne « en un sens vague et général, tout droit de

[1524] CEDH, 9 octobre 1979, *Airey c/Irlande*, n° 6289/73, § 26.
[1525] RENUCCI Jean-François, *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, 9ème éd, Paris, Lextenso, 2021, n° 89.
[1526] *Trésor de la langue française* (en ligne), V° Recours.

critique ouvert contre un acte, quelques que soient la nature de cet acte et la qualité de l'autorité de recours[1527] ».

Cadre juridique. Sur le plan européen, le droit au recours effectif repose sur les articles 6 et 13 de la CESDH. À titre liminaire, il convient de souligner que l'article 6 porte sur le « droit à un procès équitable » et l'article 13 sur le « droit à un recours effectif »[1528]. Malgré ces désignations, il est surprenant de constater que les plaideurs se réfèrent principalement à l'article 6 plutôt qu'à l'article 13 lorsqu'ils s'estiment lésés de leur droit au juge. Cette particularité peut s'expliquer par l'influence des arrêts *Golder*[1529] et *Airey*[1530] qui ont consacré le droit au juge sur le fondement de l'article 6 de la CESDH. La CEDH précisa par la suite que « l'obligation d'assurer un droit d'accès à la justice est une obligation positive de l'État, indispensable à la bonne exécution par l'État de ses engagements conventionnels ; le manque de clarté et de garantie concernant les modalités d'exercice des recours est contraire au droit à un procès équitable[1531] ».

Bien que la formulation de ces articles ne fasse pas expressément référence aux patients DSPSC, leur application à la situation d'espèce ne pose guère de difficulté, en application des dispositions de l'article 1 de la CESDH[1532] (1). Ces dispositions générales sont complétées par des apports plus adaptés à la situation des personnes privées de liberté afin que le droit au recours des patients DSPSC soit le plus effectif possible (2).

[1527] CORNU Gérard (dir.), *Vocabulaire juridique*, 12ème éd., Paris, PUF, 2018, p. 1827, V° Recours.
[1528] Il eût sans doute été plus logique d'inverser la disposition des deux articles dans la mesure où le droit à un procès équitable ne peut pleinement produire ses effets si le droit d'accès effectif au juge n'est pas lui-même préalablement reconnu et protégé.
[1529] CEDH, 21 février 1975, *Golder c/Royaume-Uni*, n° 4451/70, § 36 : « L'article 6 garantit à chacun le droit à ce qu'un tribunal connaisse de toute contestation relative à ses droits ». Cet arrêt consacre ainsi pour la première fois le « droit à un tribunal ». Ce droit a également été reconnu à l'égard du juge d'appel. V. notamment CEDH, 31 mars 2011, *Chatellier c/France*, n° 34658/07.
[1530] CEDH, 9 octobre 1979, *Airey c/Irlande*, n° 6289/73, § 26.
[1531] CEDH, 30 octobre 1998, *F. E. c/France*, n° 38212/97, § 46 et s.
[1532] Article 1 de la CEDSH : « Les Hautes Parties contractantes reconnaissent à toute personne relevant de leur juridiction les droits et libertés définis au titre I de la présente Convention ». Le Titre I de la CESDH se compose des articles 2 à 18. Y sont ainsi respectivement consacrés : le droit à la vie, l'interdiction de la torture, l'interdiction de l'esclavage et du travail forcé, le droit à la liberté et à la sûreté, le droit à un procès équitable, le principe de légalité, le droit au respect de la vie privée et familiale, la liberté de pensée, de conscience et de religion, la liberté d'expression, la liberté de réunion et d'association, le droit au mariage, le droit à un recours effectif, l'interdiction de la discrimination, et des dispositions dérogatoires ou restrictives dans certains cas particuliers.

1) Un droit au recours issu des dispositions générales des articles 6 et 13 de la CESDH

Les contours de l'article 13 de la CESDH. Selon les dispositions de l'article 13 de la CESDH, « toute personne dont les droits et libertés reconnus dans la présente Convention ont été violés, a droit à l'octroi d'un recours effectif devant une instance nationale, alors même que la violation aurait été commise par des personnes agissant dans l'exercice de leurs fonctions officielles ». En l'espèce, plusieurs remarques s'imposent.

Une application « *erga omnes* ». Tout d'abord, l'application de cette disposition n'est pas soumise à une quelconque qualité de la part des plaideurs et d'adresse à « toute personne ». Aussi, rien ne s'oppose à son application à l'égard des patients DSPSC, à condition qu'ils puissent faire valoir un grief défendable[1533]. En l'absence de définition légale de ce terme, la jurisprudence de la CEDH considère que la plainte déposée par le requérant doit faire état de « soupçons plausibles » vis-à-vis des faits allégués[1534].

Le rappel du caractère subsidiaire de la saisine de la CEDH. L'article 13 de la CESDH fait ensuite référence à un « recours effectif devant le juge national ». Cette formulation souligne le caractère subsidiaire de la saisine du juge européen[1535]. Il appartient alors aux États membres de fournir un moyen au travers duquel les justiciables puissent obtenir, au niveau national, le redressement des violations de leurs droits garantis par la Convention, avant d'avoir à mettre en œuvre le mécanisme international de plainte devant la Cour[1536]. En conséquence, le requérant qui ne sollicite pas les voies de recours internes ne saurait se prévaloir de l'article 13 seul ou en combinaison avec un autre article[1537]. Reste à savoir ce que la CESDH et le juge européen entendent par « instance nationale ». Selon les travaux préparatoires de la CESDH, l'instance nationale devant laquelle le recours est effectif peut être un organe juridictionnel ou non juridictionnel[1538] qui doit démonter qu'il peut « directement remédier à la situation critiquée[1539]». Cette appréciation se réalise *in*

[1533] CEDH, 6 octobre 2005, *Maurice c/France*, n° 11810/03, § 106.
[1534] CEDH, 18 octobre 2011, *Indelicato c/Italie*, n° 31143/96, § 37.
[1535] Cette subsidiarité est également soulignée dans le cadre de l'article 35§ 1 de la CESDH et rappelé à plusieurs reprises par la jurisprudence. V. notamment CEDH, 29 mars 2006, *Cocchiarella c/Italie*, n° 64886/01, § 38.
[1536] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/Pologne*, n° 30210/96, § 152.
[1537] CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/France*, n° 57671/00, § 39-42.
[1538] *Recueil des Travaux préparatoires de la Convention européenne des Droits de l'Homme*, vol. II, pp. 485 et 490, et vol. III, p. 651. Selon la CEDH, l'instance nationale peut être une autorité quasi juridictionnelle telle qu'un ombudsman (CEDH, 26 mars 1987, *Leander c/Suède*, n° 9248/81), ou une autorité politique telle qu'une commission parlementaire (CEDH, 6 septembre 1978, *Klass et autres c/. Allemagne*, n° 5029/71).
[1539] CEDH, *Guide sur l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme, Droit à un recours effectif*, 31 décembre 2021, p. 13 (en ligne).

concreto, au regard des dispositions internes de l'État du requérant, ainsi que par rapport à la ou les normes violées[1540]. La CEDH précise que, selon la situation du requérant, des garanties supplémentaires peuvent être exigées. Dans le cadre d'une personne privée de liberté, elle a pu exiger que le recours interne s'exerce obligatoirement devant une instance judiciaire[1541].

Les influences complémentaires de l'article 6 de la CESDH. L'influence de l'article 6 relatif au droit au procès équitable est considérable dans la construction d'un droit effectif au recours. Sur ses fondements, la CEDH a consacré le droit d'accès à un tribunal[1542]. Sa jurisprudence s'est ensuite affinée et elle a exigé l'existence d'une voie judiciaire effective pour faire valoir les droits civils[1543]. Il en va de même sur le plan pénal[1544]. Face à ces différents articles, la difficulté pour les plaideurs réside dans le choix des fondements juridiques qui vont soutenir leurs prétentions. À cet égard, la CEDH précisa dans l'arrêt *Kudla c/ Pologne*[1545] que les dispositions de l'article 6 § 1 de la CESDH se sont vues reconnaitre le « statut » de « *lex specialis*[1546] » par rapport à l'article 13 dans la mesure où « ses exigences, qui incluent toute la panoplie des garanties propres aux procédures judiciaires, sont plus strictes que celles de l'article 13 qui se trouvent ainsi absorbées par elles[1547] ».

Bien que les termes de cette solution soient clairs, la situation des patients DSPSC mériterait un cadre clair et précis sur cette question. C'est en somme tout l'apport de la jurisprudence européenne fondée sur les dispositions de l'article 5 de la CESDH.

[1540] La notion de recours effectif est appréciée de manière plus stricte dans le cadre des droits fondamentaux de la personne humaine tels que le droit à la vie ou encore l'interdiction de la torture ou des traitements inhumains ou dégradants.
[1541] Vis-à-vis d'une personne détenue placée à l'isolement : V. CEDH, 4 juillet 2006, *Ramirez Sanchez c/France*, n° 59450/00, § 165-166. En l'espèce, « compte tenu de l'importance des répercussions d'une mise à l'isolement prolongée pour un détenu, la Cour a conclu à la violation de l'article 13 de la Convention au regard de l'article 3 en l'absence en droit interne d'un recours effectif devant une instance juridictionnelle pour permettre de contester aussi bien la forme que le fond, et donc les motifs, des mesures de prolongation d'une mise à l'isolement durant huit ans d'un détenu terroriste ». CEDH, *Guide sur l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme, Droit à un recours effectif*, 31 décembre 2021, p. 11 (en ligne).
[1542] CEDH, 21 janvier 1975, *Golder c/Royaume-Uni*, n° 4451/70, § 28-36.
[1543] CEDH, 12 mars 2003, *Běleš et autres c/République tchèque*, n° 47273/99, § 49.
[1544] CEDH, 27 février 1980, *Deewer c/Belgique*, n° 6903/75, § 49.
[1545] CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/Pologne*, n° 30210/96, § 146.
[1546] « *lex specialis derogat legi generali* ». La loi spéciale déroge à la loi générale.
[1547] CEDH, *Guide sur l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'homme, Droit à un procès équitable (volet civil)*, 31 décembre 2021, p. 27 (en ligne).

2) Un droit au recours renforcé par les dispositions de l'article 5 de la CESDH

Définition d'une personne privée de liberté au regard de l'article 5 de la CESDH. L'article 5 de la CESDH garantit le droit à la liberté et à la sûreté. Dans la mesure où nul ne peut être arbitrairement dépouillé de sa liberté[1548], cet article entend protéger la liberté physique des personnes[1549] contre toute arrestation ou détention arbitraire ou abusive. Cet article revêt donc une importance particulière au sein de nos sociétés démocratiques[1550]. Aussi convient-il de s'interroger sur les critères retenus pour qualifier une personne comme étant « privée de liberté ».

L'application de l'article 5 de la CESDH s'adresse à toute personne privée « réellement » de liberté et non à celles qui font l'objet d'une simple restriction de liberté[1551]. Cette privation de liberté comporte un aspect objectif, à savoir l'internement d'une personne dans un certain espace restreint pendant un laps de temps non négligeable, et un aspect subjectif, matérialisé par le fait que la personne n'a pas valablement consenti à son internement[1552]. Au regard de ces critères, l'application de l'article 5 de la CESDH aux patients DSPSC s'impose. Nous noterons que la CEDH fait plus précisément référence au terme « d'aliénés [1553]». Cette qualification, dont la formulation peut être jugée maladroite, exige la réunion de plusieurs éléments : l'établissement de manière probante et objective[1554] de l'aliénation de l'intéressé au moyen d'une expertise médicale objective, sauf dans les cas où un internement d'urgence est nécessaire ; un trouble mental qui revêt un caractère légitimant l'internement et la mise en œuvre d'une expertise médicale objective persistant tout au long de la durée de l'internement afin d'attester formellement l'effectivité actuelle et continue du trouble[1555]. Il est également exigé que sa détention se déroule dans un établissement approprié[1556].

[1548] CEDH, 1er juillet 1961, *Lawless c/Irlande*, n° 332/57, § 14.
[1549] CEDH, 8 juin 1976, *Engel et autres c/Pays-Bas*, n° 5100/71, § 58 et 59.
[1550] CEDH, 29 mars 2010, *Medvedyev c/France*, n° 3394/03, § 76.
[1551] RENUCCI Jean-François, Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH, 9ème éd., Paris, Lextenso, 2021, n° 308 (en ligne).
[1552] CEDH, 17 janvier 2012, *Stanev c/Bulgarie*, n° 36760/06, § 117. Parmi les éléments objectifs à prendre en compte figurent la possibilité de quitter le lieu d'internement, l'intensité de la surveillance et du contrôle exercés sur les déplacements de la personne internée, le degré d'isolement de celle-ci et les occasions de contacts sociaux qui lui sont offertes. CEDH, *Guide sur l'article 5 de la Convention européenne des droits de l'homme, Droit à la liberté et à la sûreté*, 31 décembre 2021, pp. 9-10 (en ligne).
[1553] CEDH, 18 juin 1971, *De Wilde, Ooms et Versyp c/Belgique*, n° 2832/66; 2835/66; 2899/66.
[1554] CEDH, 5 octobre 2000, *Varbanov c/Bulgarie*, n° 31365/96. En l'espèce, est constitutif d'une violation de l'article 5 § 1 de la CESDH un internement dans un hôpital psychiatrique ordonné par un procureur sans l'avis d'un médecin viole l'art. 5 § 1.
[1555] CEDH, 24 octobre 1979, *Winterwerp c/Pays-Bas*, n° 6301/73, § 39.
[1556] CEDH, 28 novembre 2013, *Glien c/Allemagne*, n° 7345/12, § 71 s.

L'applicabilité de l'article 5 de la CESDH aux patients DSPSC étant entendu, il convient de s'intéresser aux garanties que cette disposition renferme. Dans le cadre qui nous intéresse, les paragraphes 4 et 5 vont principalement retenir notre attention.

Les apports de l'article 5 § 4. Selon l'article 5 § 4 de la CESDH, « toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit 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 ». Cette disposition peut se traduire comme l'*Habeas corpus* de la CESDH dans la mesure où il donne à toute personne privée de liberté le droit de faire contrôler sa détention devant un tribunal[1557]. Encore faut-il s'accorder sur la définition de ce terme. La CEDH le définit comme « un organe décisionnel indépendant et impartial[1558] ». Il est intéressant d'observer que les critères d'indépendance et d'impartialité, traditionnellement associés aux dispositions de l'article 6 de la CESDH, trouvent à s'appliquer. Cette influence se ressent à travers la jurisprudence qui estime que ledit tribunal doit offrir « les garanties procédurales fondamentales en matière de privation de liberté[1559] : ces garanties comme le respect du contradictoire[1560] et des droits de la défense sont importantes même s'il n'est pas nécessaire qu'elles soient identiques[1561] à celles de l'article 6 § 1[1562] ». Dans le cadre des privations de liberté, le tribunal en question doit être doté des moyens effectifs de statuer sur la légalité de la détention, et, au besoin, d'ordonner la libération de la personne en cas de détention illégale[1563]. De plus, la jurisprudence précise qu'un tribunal n'est pas compétent si sa composition « n'est pas prévue par la loi[1564] ».

Les apports de l'article 5 § 5 de la CESDH. Outre la possibilité de faire cesser la détention illégale, la Convention garantit un droit à réparation à l'égard des personnes privées de liberté sur le fondement de l'article 5 § 5[1565]. Ce droit peut être convoqué lorsque le requérant souhaite faire reconnaitre une violation des dispositions énoncées par l'article 5 et que cette dernière ait été valablement constatée par une autorité nationale ou

[1557] CEDH, 9 juillet 2009, *Mooren c/Allemagne*, n° 11364/03, § 106.
[1558] CEDH, 29 mars 2001, *D. N. c/Suisse*, n° 27154/95, § 42.
[1559] CEDH, 4 juillet 2000, *Niedbala c/Pologne*, n° 27915/95.
[1560] CEDH, 22 octobre 2019, *Venet c/Belgique*, n° 27703/16.
[1561] CEDH, 12 mai 1992, *Megyeri c/Allemagne*, n° 13770/88, § 22.
[1562] RENUCCI Jean-François, *Droit européen des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, 9ème éd., Paris, Lextenso, 2021, n° 326 (en ligne).
[1563] CEDH, 5 novembre 1981, *X/c/Royaume-Uni*, n° 7215/75, § 61.
[1564] CEDH, 12 février 2013, *Yefimenko c/Russie*, n° 152/04, § 109-111.
[1565] Article 5 § 5 de la CESDH : « Toute personne victime d'une arrestation ou d'une détention dans des conditions contraires aux dispositions de cet article a droit à réparation ».

la CEDH[1566]. Ce droit à réparation est de nature pécuniaire rappelant ainsi nos dispositions internes[1567]. Toutefois, une réduction de peine peut valoir réparation au sens de l'article 5 § 5 si elle est expressément accordée pour redresser la violation en question et si elle a une incidence mesurable et proportionnée sur la peine purgée par l'intéressé[1568].

Dans tous les cas, la caractérisation effective d'un dommage est une condition préalable à l'octroi d'une telle indemnisation. La CEDH rappelle qu'il ne peut y avoir de réparation s'il n'y a aucun dommage matériel ou moral à réparer[1569] et que ses modalités de preuve ne doivent pas concourir, du fait de la sévérité des règles établies, à vider le droit à réparation de sa substance[1570]. Pour que ce droit ne soit pas illusoire et dénoué de son intérêt, le montant de la réparation se doit d'être proportionné et en adéquation avec la gravité des violations invoquées par le requérant et reconnues par la Cour[1571].

Au regard de ces différents développements, nous constatons que les patients DSPSC ont un droit au recours effectif. Si cette reconnaissance est opportune, elle peut être mise à mal par une difficulté procédurale qui réside dans l'apport de preuves effectives des allégations allouées. Parce que les patients DSPSC sont dans une situation de vulnérabilité, des obligations procédurales d'enquête ont été instaurées.

B : Des garanties renforcées par le juge européen à travers l'instauration d'obligations procédurales d'enquête

Une construction jurisprudentielle. La notion de procédure fait référence à la « branche du droit dont l'objet est de fixer les règles d'organisation et de compétence des tribunaux, d'instruction des procès et d'exécution des décisions de justice[1572]». Dans un

[1566] CEDH, 18 décembre 2002, *N.C c/Italie*, n° 24952/94, § 49.
[1567] Article 1240 du Code civil « Tout fait quelconque de l'homme, qui cause à autrui un dommage, oblige celui par la faute duquel il est arrivé à le réparer ».
[1568] CEDH, 8 octobre 2019, *Porchet c/Suisse*, n° 36391/16, § 18.
[1569] CEDH, 27 septembre 1990, *Wassink c/Pays-Bas*, n° 12535/86, § 38.
[1570] CEDH, 2 décembre 2010, *Danev c/Bulgarie*, n° 9411/05, § 34-35.
[1571] CEDH, 3 décembre 2010, *Vasilevskiy et Bogdanov c/Russie*, n° 52241/14 et 74222/14, § 22 et 26.
[1572] GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., Paris, Dalloz, p. 844.

sens plus restrictif, elle désigne « l'ensemble des formalités qui doivent être suivies pour parvenir à une solution juridictionnelle de nature civile, pénale ou administrative selon le cas[1573] ». Ces règles sont traditionnellement établies par les lois internes de chaque État. En cela, l'obligation procédurale d'enquête diffère puisqu'elle est issue de la jurisprudence de la CEDH. Elle a été introduite dans le cadre d'allégations de violations des articles 2 et 3 de la Convention[1574]. Comme toute procédure, elle obéit à un cadre (1), réglementé par des conditions de validité particulière (2).

1) Le cadre de l'obligation procédurale d'enquête

Cadre général de l'obligation procédurale d'enquête issue de l'article 2 de la CESDH. Précédemment, nous avons observé que l'article 2 de la CESDH impose aux États membres d'assurer le droit à la vie par la mise en place d'une législation pénale concrète, dissuadant de commettre des atteintes contre la personne et s'appuyant sur un mécanisme d'application conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations[1575]. C'est sur ce fondement que la CEDH s'appuie pour instaurer une obligation procédurale d'enquête (OPE). Elle s'applique quand un individu a subi des blessures potentiellement mortelles, est décédé ou a disparu dans des conditions violentes ou suspectes, indépendamment de ce que les personnes censément responsables soient des agents de l'État[1576] ou des particuliers, de ce que celles-ci soient inconnues ou non, ou de ce que la victime se soit infligée les blessures elle-même ou non[1577].

Application de l'OPE en prison. La CEDH s'est ainsi prononcée sur la question d'une personne décédée dans des conditions suspectes[1578]. Dans l'arrêt *Slimani c/ France*[1579], elle impose la conduite d'une enquête officielle et effective afin que les causes

[1573] GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., Paris, Dalloz, p. 844.
[1574] L'obligation positive d'enquêter trouve également à s'appliquer dans le cadre de l'article 4 de la CESDH, particulièrement dans les affaires de traite des êtres humains et de servitude domestique. Dans cette hypothèse, l'enquête doit répondre aux mêmes exigences de transparence, d'efficacité et d'indépendance que dans le cadre des articles 2 et 3 de la CESDH.
[1575] CEDH, *Guide sur l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, 31 décembre 2021*, p. 33, (en ligne).
[1576] CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/Royaume-Uni*, n° 18984/91, § 161.
[1577] En matière de violences entre détenus, V. notamment CEDH, 14 mars 2002, *Paul et Audrey Edwards c/Royaume-Uni*, n° 46477/99, § 69.
[1578] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, éd. LEH, coll. Thèses, 2018, p. 328.
[1579] CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/France*, n° 57671/00, § 30.

de la mort de la personne détenue soient identifiées et que les responsables reconnus soient punis. Par la suite, le juge européen a affiné sa position et a estimé que « dans tous les cas où un détenu décède dans des conditions suspectes et que les causes de ce décès sont susceptibles d'être rattachées à une action ou une omission d'agents ou de services publics, les autorités ont l'obligation de mener d'office une enquête officielle et effective de nature à permettre d'établir les causes de la mort et d'identifier les éventuels responsables de celle-ci et d'aboutir à leur punition[1580] ».

L'OPE dans les SPSC. Pour l'application de ce mécanisme dans les SPSC, l'arrêt *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu c/Roumanie* du 17 juillet 2014 doit retenir notre attention. La CEDH a considéré que l'État roumain n'avait pas mis en place un dispositif propre à offrir une réparation aux personnes atteintes de déficience mentale qui se disent victimes au regard de l'article 2. Elle recommanda à la Roumanie l'instauration de « mesures générales nécessaires pour que les personnes atteintes d'un handicap mental et se trouvant dans une situation comparable à celle de Valentin Câmpeanu bénéficient d'une représentation indépendante apte à leur permettre de faire examiner par un organe indépendant leurs griefs relatifs à leur santé et au traitement qui leur est réservé [1581]».

Une extension du champ d'application de l'OPE au domaine sanitaire. Outre le milieu carcéral et celui des SPSC, la CEDH a étendu le champ d'application de cette obligation à plusieurs domaines, dont celui du domaine de la santé[1582], lorsque « l'ordre juridique interne est incapable de mettre en jeu les responsabilités pour des négligences risquant de causer ou entrainant des décès[1583] ». Ainsi, « la Cour a interprété l'obligation procédurale découlant de l'article 2 comme imposant aux États l'instauration d'un système judiciaire effectif et indépendant apte, en cas de décès d'un individu se trouvant sous la responsabilité de professionnels de la santé, qu'ils relèvent du secteur public ou du secteur privé, à établir la cause du décès et à obliger les responsables éventuels à répondre de leurs actes[1584] ». Dans le cadre d'une atteinte à la vie ou à l'intégrité physique, un recours devant les juridictions pénales semble s'imposer, mais le juge européen a préféré laisser cette

[1580] CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/Belgique*, n° 8595/06, § 61 et 85.
[1581] CEDH, 17 juillet 2014, *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu c/Roumanie*, n° 47848/08. V. également CEDH, 27 septembre 2016, *Centre de ressources juridiques au nom de Mioriţa Malacu et autres c/Roumanie*, n° 55093/09.
[1582] CEDH, 19 décembre 2017, *Lopes de Sousa Fernandes c/Portugal*, n° 56080/13, § 214.
[1583] CEDH, 18 juin 2013, *Banel c/Lituanie*, n° 14326/11, § 70.
[1584] CEDH, *Guide sur l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme*, 31 décembre 2021, p. 44 (en ligne). Pour une consécration jurisprudentielle, V. notamment CEDH, 9 avril 2009, *Šilih c/Slovénie*, n° 71463/01, § 192 ; CEDH, 19 décembre 2017, *Lopes de Sousa Fernandes c/Portugal*, n° 56080/13, § 214.

appréciation à chaque État ; l'essentiel étant que le requérant puisse mettre en jeu la responsabilité de l'autorité publique[1585].

L'apport de cette démarche double. Outre le renforcement des garanties offertes à tous les patients, elle souligne les apports qui peuvent découler de l'examen des affaires de négligence médicale. Selon l'arrêt *Oyal c/ Turquie* de 2010[1586], « la connaissance des faits et des erreurs éventuellement commises dans l'administration de soins médicaux est essentielle pour permettre aux établissements concernés et au personnel médical de remédier aux défaillances potentielles et de prévenir des erreurs similaires. Le prompt examen de telles affaires est donc important pour la sécurité des usagers de l'ensemble des services de santé[1587] ». Cette formulation est à mettre en parallèle avec les attentes inhérentes à la procédure de certification ou encore avec les protocoles instaurés au sein de nos établissements de santé tels que les signalements d'événements indésirables associés aux soins (EIAS)[1588] ou les revues de mortalité et de morbidité (RMM)[1589].

Cadre général de l'OPE issue de l'article 3 de la CESDH. L'obligation procédurale instaurée en cas de violation de l'article 3 de la CESDH comporte des attendus similaires à ceux précédemment énoncés. Lorsqu'un individu soutient, dans le cadre de sa prétention, une atteinte aux droits reconnus par l'article 3 de la CESDH, des investigations approfondies et effectives propres à conduire à l'identification et à la punition des responsables et comportant un accès effectif du plaignant à la procédure d'enquête doivent être instaurées[1590]. Ainsi, par combinaison des articles 3 et 13 de la CESDH ainsi qu'au regard de l'importance fondamentale de la prohibition de la torture, le juge européen « impose aux États, sans préjudice de tout autre recours disponible en droit interne, une obligation de mener une enquête approfondie et effective au sujet des cas de torture[1591] ».

[1585] L'obligation positive de mettre en place un « système judiciaire efficace » peut être satisfaite par l'instauration d'un recours devant les juridictions civiles. Ce processus n'exclut pas le recours devant les juridictions pénales. À cet égard, l'action intentée devant les juridictions civiles peut être combinée avec une action au pénal (CEDH, 19 décembre 2017, *Lopes de Sousa Fernandes c/Portugal*, n° 56080/13, § 137 et 215. Cette combinaison d'actions n'exclut pas la mise en œuvre de mesures disciplinaires lorsque des agents de l'État ou des membres de professions réglementées, tels que les médecins, sont impliqués à l'instance (CEDH, 28 janvier 2020, *Zinatullin c/Russie*, n° 10551/10, § 32).

[1586] CEDH, 23 mars 2010, *Oyal c/Turquie*, n° 4864/05, § 76.

[1587] V. notamment CEDH, Guide sur l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme, 31 décembre 2021, p. 46 (en ligne).

[1588] Selon l'HAS, « un événement indésirable est un événement ou une circonstance associé aux soins qui aurait pu entrainer ou a entrainé une atteinte pour un patient et dont on souhaite qu'il ne se reproduise pas ». HAS, *Événement indésirable associé aux soins (EIAS), Sécurité du patient – Gérer les risques*, octobre 2014.

[1589] Une revue de mortalité et de morbidité (RMM) est une analyse collective, rétrospective et systémique de cas marqués par la survenue d'un événement indésirable associé aux soins (décès, complication, mais aussi tout événement indésirable qui aurait pu causer un dommage au patient), qui a pour objectif la mise en œuvre et le suivi d'actions pour améliorer la qualité des soins et la sécurité des patients. HAS, *Revue de mortalité et de morbidité (RMM), Recommander les bonnes pratiques*, février 2022.

[1590] CEDH, 18 décembre 1996, *Aksoy c/Turquie*, n° 21987/93, § 98.

[1591] CEDH, *Guide sur l'article 13 de la Convention européenne des droits de l'homme*, 31 décembre 2021, p. 29 (en ligne). V. également CEDH, 18 décembre 1996, *Aksoy c/Turquie*, n° 21987/93, § 98.

Un formalisme différencié entre les deux cadres d'enquête. Si les deux procédures induites par les articles 2 et 3 de la CESDH partagent des lignes communes, une distinction s'opère au niveau de leur déclenchement. Dans le cadre de l'article 2, « les autorités sont tenues d'agir d'office dès que les faits sont portés à leur attention, sans attendre une plainte formelle des proches[1592] ». Dans le cadre de l'article 3, les autorités étatiques sont « obligées d'agir qu'à partir du moment où elles ont été saisies par la victime ou par ses proches d'allégations de mauvais traitement[1593] ». Si ce cadre semble plus défavorable que celui instauré pour les allégations d'atteintes à l'article 2, la jurisprudence s'est montrée flexible. Il n'est pas obligatoire que les dénonciations s'inscrivent une procédure strictement juridictionnelle. Selon le Professeur Jean-François AKANDJI-KOMBÉ[1594], « dès lors que les reproches sont adressés aux autorités, ils peuvent en principe être présentés sous n'importe quelle forme. (…). Il arrive que la Cour examine le grief de défaut d'enquête alors même qu'elle a déjà conclu à l'absence de violation substantielle de l'article 3[1595], voire même qu'elle retienne le grief dans ces conditions[1596] ».

Bien que la gravité de l'atteinte subie ne soit pas la même, une telle différence dans les deux procédures peut être nuisible à la situation de l'intéressé. Contrairement au décès, la torture, les traitements inhumains ou dégradants peuvent prendre diverses formes, dont certaines peuvent être complexes à démontrer de manière effective. Aussi, la procédure qui concourt à garantir l'effectivité d'un droit peut, en ces circonstances, constituer une véritable entrave dans la mesure où le déclenchement d'une enquête repose d'une part sur le dépôt d'une plainte, mais également sur des allégations « impérativement défendables[1597]». En conséquence, la simple dénonciation de faits de mauvais traitements ne suffit pas à la mise en œuvre d'une enquête approfondie et effective[1598]. Si cette souplesse d'appréciation est bénéfique pour le requérant, elle tranche avec les critères de qualité exigés dans le cadre de ladite enquête.

[1592] CEDH, 26 février 2004, *Natchova et autres c/Bulgarie*, n° 43577/98, § 110.
[1593] AKANDJI-KOMBÉ Jean-François, *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme, Précis sur les droits de l'homme n° 7*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2006, p. 35.
[1594] *Ibidem.*
[1595] CEDH, 24 juillet 2001, *Valasinas c/Lituanie*, n° 44558/98, § 117.
[1596] CEDH, 2 novembre 2004, *Martínez Sala et autres c/Espagne*, n° 58438/00, § 78.
[1597] AKANDJI-KOMBÉ Jean-François, *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des droits de l'homme. Un guide sur la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'homme, Précis sur les droits de l'homme n° 7*, Conseil de l'Europe, Strasbourg, 2006, p. 35. V. également CEDH, 18 octobre 2011, Indelicato c/Italie, n° 31143/96, § 37.
[1598] CEDH, 24 juillet 2011, *Valasinas c/Lituanie*, n° 44558/98, § 122.

2) Les critères qualitatifs de l'obligation procédurale d'enquête

Des critères influencés par l'article 6 § 1 de la CESDH. Traditionnellement, lorsque nous évoquons la question des critères qualitatifs d'une procédure au niveau européen, c'est l'article 6 § 1 de la CESDH[1599] qui est convoqué. Dans le cadre l'OPE, la CEDH ne fait pas référence à cette disposition. Néanmoins, il est difficile de nier son influence au regard des critères dégagés à savoir : l'indépendance, le caractère adéquat de la procédure, la célérité, et la possibilité de contrôle par les parties, en particulier les parties privées. Nous observerons que la CEDH se montre particulièrement bienveillante dans la mesure où elle tient compte de la vulnérabilité du requérant[1600].

Le critère de l'indépendance dans les OPE. Critère fondamental de l'ensemble de nos procédures, le principe de l'indépendance constitue l'un des piliers fondamentaux du droit à un procès équitable, tant sur le plan civil que pénal. Selon la jurisprudence européenne, ce critère d'indépendance s'entend d'une part à l'égard des autres pouvoirs régaliens[1601], mais également à l'égard des parties à l'instance[1602]. Sur ce dernier point, la CEDH se prononce régulièrement sur cette question, notamment à l'égard du ministère public dans le procès pénal[1603].

Pour que le critère d'indépendance soit respecté dans la procédure qui nous intéresse, la CEDH estime que les personnes chargées de l'enquête soient parfaitement indépendantes de celles impliquées dans le cadre du contentieux[1604]. Cela suppose une absence de lien hiérarchique ou institutionnel, mais également une indépendance concrète[1605]. Cette appréciation doit impérativement se faire *in concreto*[1606]. À cet égard, il

---

[1599] Ce dernier dispose notamment que « toute personne a droit à ce que sa cause soit entendue équitablement, publiquement et dans un délai raisonnable, par un tribunal indépendant et impartial, établi par la loi, qui décidera, soit des contestations sur ses droits et obligations de caractère civil, soit du bien-fondé de toute accusation en matière pénale dirigée contre elle ».

[1600] Dans l'affaire *Z.H c/Hongrie* (CEDH, 8 novembre 2012, *Z.H c/Hongrie*, n° 28973/11), la vulnérabilité du requérant a été prise en compte. En l'espèce, le requérant était sourd-muet, illettré et incapable d'utiliser le langage officiel des signes. Souffrant également de multiples handicaps, le juge européen a reconnu sa particulière vulnérabilité. En pratique, la charge de la preuve des faits allégués fut imputée au Gouvernement. En outre, « bien que les allégations du requérant concernant son agression par d'autres détenus ne soient pas étayées, la Cour constate qu'il aurait été extrêmement difficile à une personne dans la situation de l'intéressé de porter de tels incidents, en cas de survenance, à l'attention des gardiens, car cela aurait pu accroître les sentiments de crainte et de vulnérabilité de l'intéressé.

[1601] CEDH, 24 novembre 1994, *Beaumartin c/France*, n° 15287/89, § 38. Le respect de cette exigence se vérifie notamment sur la base de critères de nature statutaire, comme les modalités de nomination et la durée du mandat des membres du tribunal, ou l'existence de garanties suffisantes contre les pressions extérieures (CEDH, 6 novembre 2018, *Ramos Nunes de Carvalho e Sá c/Portugal*, n° 55391/13, 57728/13 et 74041/13, §153-156).

[1602] CEDH, 22 octobre 1984, *Sramek c/Autriche*, n° 8790/79, § 42.

[1603] Vis-à-vis du ministère public en France, V. notamment CEDH 29 mars 2010, *Medvedyev et a. c/France*, n° 3394/03 ; CEDH 23 novembre 2010, *Moulin c/France*, n° 37104/06.

[1604] L'absence d'indépendance est également retenue lorsque les autorités chargées de l'enquête sont des suspects potentiels (CEDH, 20 avril 2010, *Bektas et Özalp c/Turquie*, n° 10036/03, § 66.

[1605] CEDH, 21 janvier 2008, *Armani Da Silva c/Royaume-Uni*, n° 5878/08, § 232.

[1606] CEDH, 18 février 2015, *Mustafa Tunç et Fecire Tunç c/Turquie*, n° 22978/05, § 222.

n'est pas nécessaire que « les personnes et organes en charge de l'enquête disposent d'une indépendance absolue, mais plutôt qu'elles soient suffisamment indépendantes des personnes et des structures dont la responsabilité est susceptible d'être engagée. Le caractère suffisant du degré d'indépendance s'apprécie au regard de l'ensemble des circonstances, nécessairement particulières, de chaque espèce[1607] ».

L'appréciation du caractère adéquat dans l'OPE. En ce qui concerne le caractère adéquat de la procédure, il s'entend comme « l'obligation pour les autorités, à travers la mise en œuvre d'une enquête, de prendre des mesures raisonnables. Cette exigence vise à lutter contre l'inertie des autorités nationales[1608]». En d'autres termes, il s'agit d'évaluer si les autorités chargées de l'enquête ont pris l'ensemble des dispositions adéquates pour établir la preuve des faits allégués. Ce critère est apprécié de manière extrêmement stricte par la CEDH, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre de l'article 2[1609]. Dans tous les cas, un juste équilibre doit être trouvé entre ce critère et l'exigence de célérité.

L'appréciation du critère de célérité dans l'OPE. Le critère de célérité constitue une exigence classique du procès équitable. Il n'est donc pas surprenant qu'il soit convoqué au soutien de l'élaboration des critères qualitatifs de l'OPE. Dans l'arrêt *Mocanu et autres c/Roumanie*[1610], son impact qualitatif est clairement exprimé par la formule suivante : « le passage du temps est de nature non seulement à nuire à une enquête, mais aussi à compromettre définitivement ses chances d'aboutissement ». Au regard de la vulnérabilité dans laquelle peuvent se trouver les patients DSPSC, nous comprenons aisément que ce critère puisse être fondamental dans le cadre de recherche d'effectivité de leurs droits.

L'appréciation du critère de transparence dans l'OPE. Enfin, le dernier critère énoncé par la CEDH concerne la transparence de la procédure. Le public doit avoir un droit de regard suffisant sur l'enquête ou sur ses conclusions, de sorte qu'il puisse y avoir mise en cause de la responsabilité tant en pratique qu'en théorie. Cette exigence n'est pas d'applicabilité absolue et peut se voir réduite pour éviter des conséquences préjudiciables pour les parties à l'instance ou pour d'autres enquêtes en cours[1611]. Dans tous les cas,

---

[1607] CEDH, *Guide sur l'article 2 de la Convention européenne des droits de l'homme*, 31 décembre 2021, p. 35 (en ligne). Pour une application jurisprudentielle, V. [1607] CEDH, 18 février 2015, *Mustafa Tunç et Fecire Tunç c/Turquie*, n° 22978/05, § 224.
[1608] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, éd. LEH, coll. Thèses, 2018, p. 334.
[1609] CEDH, 7 juillet 2011, *Al-Skeini et autres c/Royaume-Uni*, n° 55721/07, § 166. En l'espèce, le juge énonça que, « toute carence de l'enquête affaiblissant sa capacité à établir la cause du décès ou à en identifier les responsables risque de ne pas répondre à cette norme ».
[1610] CEDH, 17 septembre 2014, *Mocanu et autres c/Roumanie*, n° 10865/09, 45886/07 et 32431/08 ; CEDH, 3 novembre 2011, *M.B. c/Roumanie*, n°. 43982/06, § 64.
[1611] CEDH, 24 mars 2011, *Guiliani et Gaggio c/Italie*, n° 23458/02, § 304.

l'association de la victime ou de ses proches à la procédure doit être assurée « dans toute la mesure nécessaire à la protection de leurs intérêts légitimes[1612] ». Cependant, cette obligation ne constitue pas un blanc-seing à toutes les exigences formulées par les parties privées en matière d'investigation[1613] ; de sorte que les enquêteurs puissent pouvoir contrôler le bon déroulement de l'enquête.

Au regard de l'ensemble de ces dispositions, il apparait que les garanties procédurales offertes par la CEDH aux patients DSPSC disposent d'une solide assise. Il est donc souhaitable que ce niveau d'exigence soit repris au niveau de nos procédures internes, dont l'accessibilité semble plus aisée.

Section 2 : L'admission d'une diversité de recours devant les juridictions nationales à l'égard des patients DSPSC

Un droit au recours diversifié. « Tous les justiciables ont droit à une bonne justice et, même si la justice des hommes est par essence relative, tout doit être fait pour que celle-ci soit rendue de manière la plus satisfaisante possible[1614] ». La formulation générale de cet énoncé tend à ce que ce principe soit applicable à l'égard des patients DSPSC. En somme, notre Justice a la particularité d'être organisée en deux ordres avec d'un côté les juridictions judiciaires et de l'autre côté les juridictions administratives. S'il eut été plus simple de confier l'intégralité du contentieux relatif aux patients DSPSC à l'un ou l'autre de ces deux ordres, la réalité des faits offre un panorama plus complexe et plus méticuleux à appréhender. En effet, des recours vont pouvoir être intentés devant ces deux ordres, tant dans le cadre des patients admis en SPSC (§ 1) que des patients détenus (§ 2).

[1612] CEDH, 7 juillet 2011, *Al-Skeini et autres c/Royaume-Uni*, n° 55721/07, § 167.
[1613] CEDH, 24 mars 2011, *Guiliani et Gaggio c/Italie*, n° 23458/02, § 306.
[1614] RENUCCI Jean-François, *op.cit.*

§ 1 : Les recours offerts aux patients admis en SPSC

Le patient en SPSC : un justiciable ordinaire ? L'incapacité pour un patient de ne pas pouvoir consentir librement à des soins psychiatriques ne doit pas l'empêcher de pouvoir faire valoir ses droits en tant que justiciable[1615]. Cette affirmation découle de l'article 5 § 4 de la CESDH. Si le patient admis en SPSC subit une atteinte, il est fondé à saisir le juge[1616]. Au même titre que tout justiciable, ce contentieux poursuivra généralement deux finalités : une finalité réparatrice (A) ou une finalité sanctionnatrice (B).

A : Les recours ouverts aux patients admis en SPSC en vue de la réparation d'un dommage

Un contentieux dispersé. Au regard des liens séculaires qui existent entre les SPSC et la puissance publique, nous aurions pu penser que les juridictions administratives bénéficieraient d'une plénitude de compétence pour trancher l'ensemble du contentieux en la matière. Cependant, dès 1997, le Tribunal des conflits[1617] reconnut au juge judiciaire un bloc de compétence pour lui permettre de connaitre du contentieux de la légalité et de la responsabilité. Cette attribution de compétence s'est accentuée avec la loi du 5 juillet 2011[1618]. Désormais, le juge judiciaire est compétent pour contrôler la légalité interne et externe des actes administratifs relatifs à l'admission en SPSC (2), mais une compétence résiduelle demeure à l'égard du juge administratif (1).

[1615] V. par exemple CEDH, 18 novembre 2010, *Baudoin c/France*, req. n° 35935/03, § 101 et § 109. En l'espèce il a été jugé que l'articulation des compétences entre le juge administratif et judiciaire n'a pas permis à l'intéressé d'obtenir une décision juridictionnelle relative à la légalité de son internement.

[1616] Article L. 3211-12 1° du CSP. Cette affirmation a récemment été corroborée par la jurisprudence. V. Cass. Civ., 1ère, 5 juillet 2023, n° 23-10.096 et Cass. Civ., 1ère, 31 janvier 2024, n° 22-23.242.

[1617] Tribunal des conflits, 12 février 1997, *Préfet de la région Île-de-France*.

[1618] Sur la question de l'unification du contentieux, V. notamment REDOR-FICHOT Marie-Joëlle, « L'article 66 de la Constitution, le juge administratif et la protection des droits du malade mental », *Droit et psychiatrie*, n° 12, 2012, p. 27 ; FARINETTI Aude, « L'unification du contentieux des soins psychiatriques sans consentement par la loi du 5 juillet 2011 », *RDSS*, 2012, p. 111 ; CASTAING Cécile, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement : quel droit pour quel juge ? », *AJDA*, 2013, p. 153 ; VIALETTES Maud, GROSSET Marie, « L'unification du contentieux de l'hospitalisation sans consentement . - De quelques questions posées par sa mise en œuvre au 1er janvier 2013 », *JCP*, Étude n° 157.

1) La compétence résiduelle du juge administratif dans le cadre des SPSC

Une confusion issue de la loi du 5 juillet 2011. La loi du 5 juillet 2011 a modifié les modalités de contrôle du juge judiciaire et a procédé à une unification de la compétence juridictionnelle au profit de ce dernier. Malgré cet apport, l'intervention du juge administratif demeure possible. Cette situation engendre une difficulté complexe à surmonter pour le justiciable[1619] et la pratique.

Pour comprendre la situation, il faut porter notre attention sur les dispositions de l'article L. 3216-1 du CSP[1620]. Ce dernier limite la compétence du juge judiciaire « aux décisions administratives prises en application des chapitres II à IV du présent livre ». D'une manière générale, il s'agit des décisions d'admission en SPSC opérées par le directeur d'établissement ou le Préfet. Rien n'est indiqué à l'égard des décisions de levée de soins prises par l'autorité administrative. Le CSP semble lier la compétence du juge judiciaire pour se prononcer sur la régularité des actes aux contentieux dont il est saisi : contrôle automatique, recours en mainlevée, recours en réparation des conséquences dommageables des décisions de soins[1621]. Pourtant, aucune de ces actions « n'est susceptible de correspondre à la contestation d'une décision de mainlevée[1622] », comme l'énonce l'article L. 3216-1 du CSP. De ce fait, le juge administratif devrait être compétent dans la mesure où cette décision émane d'une autorité administrative[1623]. La difficulté sera de définir précisément ce que recouvre l'expression « décision administrative prise en application des chapitres II à IV ». Une intervention législative sur ce point serait donc opportune. De plus, si un lien s'établit entre l'acte contesté et la décision d'admission en SPSC, le juge judiciaire retrouve sa plénitude de compétence.

[1619] THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, coll. Aide-Mémoire, 2017, p. 273.

[1620] Article L. 3216-1 du CSP : « 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. Le juge des libertés et de la détention connaît des contestations mentionnées au premier alinéa du présent article dans le cadre des instances introduites en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1. Dans ce cas, l'irrégularité affectant une décision administrative mentionnée au premier alinéa du présent article n'entraine la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet. Lorsque le tribunal judiciaire statue sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant pour l'intéressé des décisions administratives mentionnées au premier alinéa, il peut, à cette fin, connaître des irrégularités dont ces dernières seraient entachées ».

[1621] THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, coll. Aide-Mémoire, 2017, p. 285.

[1622] REDOR-FICHOT Marie-Joëlle, « L'article 66 de la Constitution, le juge administratif et la protection des droits du malade mental », *Droit et psychiatrie*, n° 12, 2012, p.33. Cité par THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, coll. Aide-Mémoire, 2017, p. 285.

[1623] *Ibidem.*

Si une ambiguïté demeure à l'égard des décisions prises en applications des chapitres II à IV, qu'en est-il des décisions administratives prises en application du chapitre I, à savoir celles relatives aux droits des patients. L'article L. 3216-1 du CSP ne les mentionne pas. *De facto*, rien n'empêche le juge administratif d'intervenir sur ce point. Cependant, en l'absence de reconnaissance d'une compétence exclusive sur ce point, rien n'interdit formellement au juge judiciaire d'intervenir également en la matière[1624], en particulier si le contentieux porte sur la remise en cause d'une liberté individuelle au sens de l'article 66 de notre Constitution[1625]. Ce flou juridique demeure donc préjudiciable pour le patient et mériterait aussi une clarification.

Des apports jurisprudentiels opportuns. Pour tenter de résoudre les difficultés susmentionnées, une solution pourrait être trouvée dans la jurisprudence. Bien que le dégagement d'un critère unique qui permettrait de justifier la compétence du juge administratif apparaisse comme complexe, des pistes peuvent être envisagées. Au regard des actes individuels, la question du statut de la mesure semble permettre d'opérer une distinction de compétence entre juge judiciaire et juge administratif.

Pour que le juge administratif puisse être compétant, la décision litigieuse ne doit pas être considérée comme une mesure d'ordre intérieur, mais comme un « acte faisant grief[1626] ». La difficulté est de savoir identifier ce qui constitue un tel acte dans la mesure où cette dénomination ne peut être automatiquement appliquée à l'ensemble des actes unilatéraux décisoires[1627]. De manière générale, pourra être considéré comme tel, « la décision administrative qui affecte de manière suffisamment immédiate ou grave des situations ou l'ordonnancement juridique[1628] ». Est ainsi justifié le recours contre la décision d'un directeur d'établissement refusant d'abroger le règlement intérieur interdisant aux patients de son établissement d'avoir des relations sexuelles[1629]. Malgré ce critère, la détermination précise de la compétence du juge administratif en la matière reste

[1624] CA Versailles, 24 octobre 2016, n° 16/07393 ; CA Versailles, 16 juin 2017, n° 17/04374.
[1625] THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, coll. Aide-Mémoire, 2017, p. 286.
[1626] *Ibidem*, p. 287.
[1627] La jurisprudence a estimé à plusieurs reprises que toutes les décisions administratives ne font pas obligatoirement grief. CE, 12 décembre 1990, *Syndicat des sylvicultures du Sud-Ouest*, req. n° 74114.
[1628] SEILLER Bernard, « Acte administratif : identification », *Répertoire de contentieux administratif*, n° 306.
[1629] CAA Bordeaux, 6 novembre 2012, n°11BX01790.

lacunaire, comme le démontre par exemple le contentieux issu d'une décision de refus de visite d'un proche[1630].

Le juge administratif peut ensuite voir sa compétence reconnue pour les actions en responsabilité s'il estime que la violation des droits est indépendante de la décision d'admission en soins, mais touche à la manière dont la prise en charge s'est déroulée et qu'elle n'affecte pas directement la liberté individuelle au sens de l'article 66 de la Constitution[1631]. Encore faut-il arriver à identifier clairement les dommages résultants de la décision d'admission ; contentieux par principe dévoué au juge judiciaire ; de ceux de la prise en charge qui révèleraient un dysfonctionnement dans l'organisation du service ; contentieux justifiant l'intervention du juge administratif[1632]. En l'absence de critères précis sur cette question, tout dépendra de la lecture ainsi que de l'interprétation opérées par les juges de l'article L. 3216-1 du CSP[1633].

Le recours classique fondé sur la responsabilité pour faute. Outre ces difficultés, la compétence du juge administratif est retenue dans le cadre « classique » de la responsabilité administrative pour faute[1634]. Si le patient peut subir plusieurs dommages, il faut établir si ces derniers prennent leur source à l'intérieur ou à l'extérieur de l'établissement public de santé.

Dans la première hypothèse, il sera fait application des règles de droit commun de la responsabilité hospitalière. L'objectif sera de caractériser une faute, appréciée *in concreto*[1635], au regard du caractère prévisible ou imprévisible du comportement du patient[1636], de la nature de la surveillance[1637], et de l'organisation matérielle du service[1638].

[1630] Le droit de visite est un droit qui relève du droit à la vie privée et familiale tel que protégé par les articles 2 de la DDHC, l'article 9 du Code civil et bien entendu l'article 8 de la CESDH. Ce droit est reconnu au patient admis en soins psychiatriques sans consentement en application de l'article L. 3211-3 du CSP et n'entre donc pas dans le champ de compétence du juge judiciaire prévu à l'article L. 3216 du même code. Pourtant, le juge administratif avait initialement décliné sa compétence en la matière (CE, 16 juin 2010, n° 340453). Un revirement de jurisprudence a été opéré dans un arrêt rendu par le Conseil d'État le 26 juin 2015 (CE, 26 juin 2015, n° 381648). À cette occasion, il a été énoncé que « la décision par laquelle un établissement public de santé refuse à un tiers le droit de rendre visite à une personne hospitalisée sans son consentement a le caractère d'une mesure prise pour l'exécution du service public hospitalier qui ne porte pas atteinte à la liberté individuelle. Par suite, le juge administratif est compétent pour en connaître ».

[1631] THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, coll. Aide-Mémoire, 2017, p. 293.

[1632] *Ibidem*, p. 293.

[1633] *Ibidem*, p. 287.

[1634] Pour un développement plus complet, V. PÉCHILLON Éric, « La responsabilité administrative de l'établissement pratiquant du soin psychiatrique », *Droit et psychiatrie*, n° 12, 2014, pp. 73-85.

[1635] DUPONT Marc, LAGUERRE Audrey, VOLPE Audrey, *Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien soigner*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2015, p. 383.

[1636] La responsabilité de l'hôpital n'est pas engagée par le suicide d'un malade dont la pathologie ne semblait pas le prédisposer à un comportement suicidaire (CE, 5 mars 1975, *Dame Moulis*). En revanche, cette responsabilité a été reconnue pour un malade également non suspect de tendances suicidaires, retrouvé noyé à l'issue d'une fugue, alors qu'il avait été victime d'un accident lors d'une précédente sortie et avait entretenu une infirmière de son projet de quitter l'établissement (CE, 23 décembre 1981, *Centre hospitalier de Bayonne*, n° 18345).

[1637] Sur ce point, la jurisprudence est très abondante en la matière. Elle porte tant sur les méthodes thérapeutiques employées (CE, 3 juillet 1974, *Centre hospitalier de Lagny*), que sur les éventuelles actions réalisées par l'établissement de santé pour prévenir ces dommages (CE, 23 décembre 1981, *Centre hospitalier de Bayonne*, n° 18345).

[1638] CE, 4 juin 1976, *Hôpital de Maubeuge*, n° 95474.

En l'espèce, pour la responsabilité du fait des actes médicaux[1639], une faute « simple[1640] » est retenue.

Lorsque le dommage subi par le patient s'est produit à l'extérieur de l'établissement de santé, plusieurs cas doivent être évoqués. Lorsqu'un patient est soumis au régime des soins contraints, sa présence en milieu libre peut résulter de trois hypothèses : la fugue, les sorties d'essai ou la mise en œuvre du PDS. En cas de fugue, l'établissement d'accueil peut voir sa responsabilité engagée s'il est démontré que le patient était pris en charge de manière inadéquate ou qu'il existait un défaut d'organisation ou de fonctionnement du service et que ces défaillances sont à l'origine de l'accident[1641]. Si malgré les précautions de surveillance, le patient arrive à s'enfuir, l'établissement doit alerter la famille ainsi que les forces de l'ordre afin que ces dernières soient mobilisées pour le rechercher. Tout manquement à ce devoir d'information constitue une faute et la responsabilité de l'établissement d'accueil pourra être engagée si un dommage est causé au patient au cours de cette période[1642]. Dans le cadre des sorties d'essai, le patient reste sous le statut de l'hospitalisation complète. Des raisonnements similaires seront alors appliqués. Cependant, il conviendra de garder à l'esprit que ces mesures comportent une très forte dimension individuelle et sont prises en vue de la réinsertion du patient[1643].

En dépit de ces apports, la compétence du juge administratif pour défendre les garanties accordées aux patients admis en SPSC est limitée. Elle doit faire l'objet d'une attention particulière, faute d'un dispositif plus clair en la matière, malgré l'unification du contentieux au profit du juge judiciaire.

[1639] Sur ce point, nous observons un très net assouplissement de la jurisprudence. En effet, en 1935, seule la faute « grave » pour les actes médicaux était retenue (CE, 8 novembre 1935, *Dame Vion épouse Loiseau et Veuve Philipponeau*).
[1640] Depuis 1966, la jurisprudence a abandonné l'exigence d'un degré de gravité particulier dans l'hypothèse de la surveillance des patients psychiatriques. CE, 5 janvier 1966, *Hawezack.*
[1641] CAA Versailles, 20 octobre 2015, n°14VE02749.
[1642] CE, 12 mai 1972, *Dame Veuve Imoula*.
[1643] VIOUJAS Vincent, « Les sorties d'essai des patients hospitalisés d'office en psychiatrie : à la recherche d'un équilibre entre réinsertion des patients et protection de la société », *RGDM*, 2010, n° 36, p. 267.

2) La compétence renforcée du juge judiciaire

Une compétence aux sources historiques. La compétence du juge judiciaire dans le cadre des SPSC s'inscrit dans la lignée des mesures prises en la matière dès la loi ESQUIROL de 1838[1644], en dépit des règles établies par la loi des 16 et 24 août 1790 qui interdit aux tribunaux judiciaires de faire obstruction aux décisions de l'administration. Ces dispositifs ont été renforcés par le Tribunal des conflits dans un arrêt du 6 avril 1946[1645]. Se fondant sur le principe de séparation des autorités administratives et judiciaires, il décida de limiter la compétence judiciaire au seul examen de la légalité interne[1646] de la décision d'internement, réservant au juge administratif l'examen de sa légalité externe[1647]. Cette dualité procédurale perdura jusqu'en 1997[1648].

Le début de l'unification du contentieux. À partir de 1997, la jurisprudence procéda à l'unification du contentieux de la réparation du dommage causé par une décision d'internement illégale au profit du juge judiciaire. Une seule action permettait au requérant d'obtenir réparation du dommage subi, peu importe l'origine de l'illégalité commise. Ce revirement constitue un premier pas significatif, mais sa portée doit être relativisée, car le juge judiciaire devait surseoir à statuer en attendant la réponse du juge administratif sur l'illégalité externe de la décision contestée. La dernière pierre jurisprudentielle à l'unification du contentieux fut apportée par la CEDH dans l'affaire *Baudoin c/France*[1649]. À cette occasion, elle reprocha à la France le manque d'effectivité des recours susceptibles d'être intentés par les patients admis en SPSC ainsi que par leurs proches. À la suite de cette décision, le législateur procéda, dans le cadre de la loi du 5 juillet 2011, à une unification des compétences du juge judiciaire[1650] pour statuer sur la régularité des décisions administratives d'admission en SPSC, à compter du 1er janvier 2013.

[1644] Article 29 de la loi du 30 juin 1838.
[1645] Tribunal des conflits, 6 avril 1946, *Sieur Machinot c/Préfet de police*.
[1646] Est appelée « légalité interne » l'ensemble des règles relatives au dispositif (partie décisionnelle de l'acte administratif), aux motifs de droit, aux motifs de fait et au but de l'acte administratif. À titre d'exemple, une illégalité interne pourra être soulevée en cas d'erreur de droit ou en cas de compétence liée.
[1647] Est appelée « légalité externe » l'ensemble des règles relatives à la compétence de l'auteur de l'acte administratif, à la procédure qui entoure son adoption ainsi qu'à sa forme. À titre d'exemple, une illégalité externe pourra être soulevée en de vice de procédure ou de vice de forme.
[1648] Tribunal des conflits, 17 février 1997, *Préfet de la région Île-de-France*, n° 03045. Jusqu'à cette date, le Tribunal des conflits imposait également au requérant d'intenter deux actions différentes pour obtenir réparation du dommage causé d'une part par l'illégalité interne (devant le juge judiciaire), d'autre part de celui causé par l'illégalité externe (devant le juge administratif). REDOR-FICHOT Marie-Joëlle, « L'article 66 de la Constitution, le juge administratif et la protection des droits du malade mental », *Droit et psychiatrie*, n° 12, 2012, p. 29.
[1649] CEDH, 18 novembre 2010, *Baudoin c/France*, req. n° 35935/03.
[1650] Article L. 3216-1 du CSP.

Une mission confiée au JLD. Sans surprise, le contrôle du bien-fondé des soins, mais également de la régularité des décisions relatives à l'admission en SPSC a été dévolu au JLD[1651]. Parce que l'article 66 de notre Constitution fait du juge judiciaire le garant de nos libertés individuelles, ce dernier va devoir vérifier que la décision de soins contraints est justifiée. Il devra également se prononcer sur le fait de savoir s'il est nécessaire de limiter la liberté d'aller et de venir de la personne.

Le contrôle du bien-fondé des soins. Dans le cas du contrôle du bien-fondé des soins, le JLD prend appui sur la technique de la « balance bénéfices/risques ». Il « confronte les atteintes portées aux libertés à l'objectif de valeur constitutionnelle qui justifie la mesure : la protection de la santé[1652] ». À l'appui de ses observations et des éléments médicaux qui lui sont remis, il estime si la poursuite des soins est justifiée[1653]. À titre d'exemple, la poursuite des SPSC a été retenue lorsqu'en dépit de l'amélioration certaine de l'état de santé du patient depuis son admission, son retour à domicile apparaissait trop précoce compte tenu d'un risque d'une nouvelle rupture thérapeutique[1654].

Cette évaluation aurait pu présenter des difficultés dans le cadre des SPDRE. Dans cette hypothèse, le patient doit présenter des troubles mentaux qui imposent des soins, mais également qui sont « de nature à compromettre la sûreté des personnes ou à porter atteinte, de façon grave à l'ordre public[1655] ». Ce risque est évalué de manière objective et ne fait pas appel au principe de précaution. Aussi, est refusée la prolongation d'une mesure de contrainte au motif d'un risque de rechute pour lequel il n'existe aucun signe[1656]. Pour autant, cela ne signifie pas qu'il faille obligatoirement caractériser un risque certain.

L'influence des preuves dans le contrôle du bien-fondé des soins. Face à ces enjeux, nous comprenons l'importance des certificats médicaux produits. S'il est de tradition que le juge puisse apprécier souverainement les preuves qui lui sont soumises, la récente jurisprudence a très nettement tempéré cette affirmation. Depuis une décision du

[1651] Crée en 2000, le JLD a repris les fonctions autrefois attribuées au Président du TGI dans le cadre des hospitalisations psychiatriques. Le choix du JLD a fait l'objet de nombreuses critiques au départ dans la mesure où son action était cantonnée à la matière pénale, et plus particulièrement, comme son nom l'indique, à la détention. Cependant, le législateur a profité de cette occasion pour unifier le contentieux en matière d'enfermement. V. HANOUET Thierry, « La loi du 5 juillet 2011 : le point de vue d'un JLD », *Droit et Psychiatrie*, n° 12, 2014, p. 47.

[1652] PRIMEVERT Marion, « Légitimité et office du juge », *in* LUNEL Alexandre (dir.), *Folie et déraison : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, Pouvoir, santé et société, actes et séminaires*, Bordeaux, LEH, 2015, p. 191.

[1653] Est également contrôlée par le JLD l'adéquation des soins. Dans cette perspective, le JLD a jugé la poursuite de la mesure de soins adaptée lorsque la mise en place de soins en ambulatoire ne pouvait pas être mise en place de façon satisfaisante (perte de logement de la part du patient) et que les soins prodigués en milieu hospitalier produisaient des effets positifs. CA Poitiers, 10 septembre 2015, n° 15/00039.

[1654] CA Grenoble, 31 juillet 2015, n° 15/00040.

[1655] Article L. 3213-1 du CSP.

[1656] CA Versailles, 18 mars 2016, n° 16/01187.

27 septembre 2017, le juge qui se prononce sur le maintien de l'hospitalisation complète doit apprécier le bien-fondé de la mesure au regard des certificats médicaux qui lui sont communiqués. Il ne lui appartient pas dans ce cadre de substituer son avis à l'évaluation des médecins[1657]. Ce principe a été réaffirmé dans un arrêt du 8 janvier 2023[1658].

De plus, il doit disposer de l'intégralité des documents nécessaires[1659] à sa prise de décision sous peine de devoir prononcer une mainlevée de la mesure[1660]. Cette situation s'explique au regard des compétences professionnelles du JLD qui se situent prioritairement dans le domaine juridique et non dans le domaine médical. Selon Anne DARMSTÄDTER-DELMAS, « il ne s'agit bien évidemment pas pour le juge de s'ériger en médecin ni de se substituer à l'appréciation de ce dernier, mais de s'emparer du certificat ou de l'avis médical sur lequel la décision est fondée afin de rechercher s'il est circonstancié et (…) s'il met en évidence des troubles mentaux nécessitant des soins[1661] ». Dans tous les cas, la décision devra être motivée.

Une remise en cause de la compétence exclusive du JLD ? En dépit des difficultés liées à l'articulation de toutes ces hypothèses, la désignation d'un juge unique, le JLD, avait le mérite de concentrer toutes ces interrogations autour d'un acteur unique. L'entrée en vigueur de loi n° 2023-1059 du 20 novembre 2023[1662] a rajouté une source d'interrogation supplémentaire. Auparavant, l'article L. 3216-1 du CSP indiquait que « la régularité des décisions administratives (…) ne peut être contestée que devant le juge judiciaire. Le juge des libertés et de la détention connaît des contestations mentionnées au premier alinéa du présent article dans le cadre des instances introduites en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1. Dans ce cas, l'irrégularité affectant une décision administrative mentionnée au premier alinéa du présent article n'entraine la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet[1663] (…) ».

[1657] Cass. Civ., 1ère, 27 septembre 2017, n° 16-22.544.
[1658] Cass. Civ., 1ère, 8 janvier 2023, n° 22-10.852.
[1659] Cass. Civ., 1ère, 18 janvier 2023, n° 21-23.681.
[1660] CA Paris, 6 avril 2016, n° 16/00142.
[1661] DARMSTÄDTER-DELMAS Anne, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Paris, LexisNexis, coll. Hors collections, 2017, p. 199.
[1662] Loi n° 2023-1059 du 20 novembre 2023 d'orientation et de programmation du ministère de la justice 2023-2027, JORF n° 0269 du 21 novembre 2023, Texte n° 2.
[1663] Plusieurs interrogations ont porté sur les éventuelles conséquences d'un examen somatique incomplet sur les droits du patient en SPSC au cours de la période de soins et d'observation initiale. Certains arrêts avaient prononcé la mainlevée de la mesure (V. CA Douai, 15 décembre 2016, n° 16.00122). Cependant, pour la Cour de cassation, dans la mesure où la réalisation de l'examen somatique ne donne pas lieu à l'établissement d'un certificat médical, ni ne figure au nombre des pièces dont la communication au JLD est obligatoire, « une simple défaillance dans l'administration de la preuve de son exécution ne peut entrainer la mainlevée de la mesure ». Cass. Civ., 1ère, 14 mars 2018, n° 17-13.223. Ce point a été confirmé par la Cour d'appel d'Aix-en-Provence (V. CA Aix-en-Provence, 1er décembre 2020, n° 20/00194).

Depuis le 1er septembre 2024, il n'est plus fait mention du JLD. L'alinéa 2 de l'article L. 3216-1 du CSP fait simplement référence au « juge ». Cette nouvelle formulation indique que désormais, tout juge judiciaire peut connaitre de ce contentieux. Si nous pouvons comprendre la démarche qui consiste à délester quelque peu le JLD de ses nombreuses missions, cette dernière semble inopportune, et pour plusieurs raisons. Tout d'abord, nous avons pu voir ô combien la procédure des SPSC était technique et complexe. Bien que l'ensemble des futurs magistrats soient formés aux spécificités de tous les postes de ce corps professionnel à l'ENM, il n'est pas certain que la durée de leur formation soit suffisante pour maitriser ce cadre procédural singulier. Ce manque de recul sur la spécificité des SPSC combiné à une diversification des juges compétents pour traiter ces litiges risque de placer les justiciables dans une situation d'inégalité. Cette dernière pourrait, par extension, aboutir à une jurisprudence fluctuante et délétère pour la bonne administration de la justice ainsi que pour la protection des droits des patients SPSC. Compte tenu du caractère récent de cette réforme, une attention particulière devra être portée à ses effets dans le futur. Espérons également qu'elle n'influencera pas le cadre des recours ouverts en vue d'une sanction.

B : Les recours ouverts aux patients admis en SPSC en vue d'une sanction

Un recours à visée sanctionnatrice : un recours à deux actions possibles. L'essentiel du contentieux relatif aux SPSC se concentre sur le terrain de la réparation d'un dommage. Au cours de la prise en charge du patient, des comportements nuisibles peuvent survenir. Les victimes de ces agissements sont alors en droit d'intenter une action dans le but d'obtenir une sanction à l'encontre de l'auteur du méfait. Cette action se manifeste à travers l'utilisation de la voie de fait (1) ou de l'engagement d'une action en responsabilité pénale (2).

1) L'utilisation de la voie de fait

Définition de la voie de fait. La théorie de la voie de fait implique de déchoir le juge administratif de sa compétence dans les cas extrêmes où la gravité de l'illégalité commise fait sortir l'acte du cadre administratif dans lequel il se trouve[1664]. Jusqu'à un arrêt du Tribunal des conflits du 17 juin 2013[1665], la voie de fait se définissait comme « l'acte de l'administration portant au droit de propriété ou à une liberté fondamentale une atteinte si grave qu'il en perdait son caractère administratif et relevait du contrôle exclusif du juge judiciaire tant pour faire cesser la voie de fait que pour en prévenir la survenance ou encore condamner l'administration à la réparation de l'ensemble des dommages ». La jurisprudence exigeait deux conditions pour qu'un acte de l'administration soit reconnu comme tel : une atteinte à une propriété (immobilière ou mobilière) ou à une liberté fondamentale et une atteinte illégale suffisamment grave pour entrainer la dénaturation de l'acte.

Depuis un arrêt du 17 juin 2013, la voie de fait n'est reconnue que « dans la mesure où l'administration soit a procédé à l'exécution forcée, dans des conditions irrégulières, d'une décision, même régulière, portant atteinte à la liberté individuelle ou aboutissant à l'extinction d'un droit de propriété, soit a pris une décision qui a les mêmes effets d'atteinte à la liberté individuelle ou d'extinction d'un droit de propriété et qui est manifestement insusceptible d'être rattachée à un pouvoir appartenant à l'autorité administrative[1666] ». Bien que son usage soit exceptionnel, son applicabilité dans le cadre des SPSC a été reconnue.

Illustrations de la voie de fait dans les SPSC. Tout d'abord, nous pouvons citer l'arrêt rendu par le Conseil d'État le 18 octobre 1989[1667]. La Haute juridiction administrative a reconnu l'existence d'une voie de fait dans le cadre d'une personne retenue dans un service psychiatrique d'hôpital général « non habilité à séquestrer des aliénés » et qui n'avait pas diligenté une procédure de transfert sous placement d'office ou à la demande d'un tiers dans un établissement habilité à cet effet[1668]. La formulation choisie n'est pas

[1664] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 508.
[1665] Tribunal des conflits, 17 juin 2013, *Bergoend c/ERDF Annecy Léman*.
[1666] V° « Voie de fait », Fiches d'orientation, Dalloz, septembre 2021.
[1667] CE, 18 octobre 1989, req. n° 75096. Cité par BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 508.
[1668] BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 508.

sans nous rappeler les précédentes interrogations explicitées à l'encontre des admissions au sein de l'Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris. En effet, bien que cette structure prenne en charge des patients atteints de troubles mentaux, elle n'est pas reconnue comme un établissement de santé au sens de la définition donnée par le CSP[1669]. Cependant, comme la durée de prise en charge en son sein est comprise entre 24 et 48 heures, il n'est pas certain que la voie de fait serait recevable en l'espèce.

Quelques années plus tard, la voie de fait a été caractérisée par le Tribunal administratif de Versailles à l'encontre d'une décision du chef d'établissement de maintenir une personne en placement volontaire au regard « d'un arrêté préfectoral de conversion de placement d'office en placement volontaire, sans que lui soit remis d'autre demande d'internement[1670] ».

Dans tous les cas, la voie de fait demeure exceptionnelle. Si l'objectif est de rechercher la sanction de l'Administration, d'autres procédures, plus conventionnelles, peuvent être intentées, en particulier dans le cadre de la mise en œuvre de la responsabilité pénale.

2) Le possible engagement de la responsabilité pénale

Un contentieux soumis aux règles de droit commun. La prise en charge des patients admis en SPSC fait intervenir une pluralité de professionnels susceptibles de commettre des infractions. Les SPSC ne disposent pas d'un régime propre en la matière. La procédure est soumise aux règles de droit commun. Il faudra caractériser à l'encontre de l'auteur présumé de l'infraction un élément matériel, ainsi qu'un élément moral. Par ailleurs, la responsabilité pénale peut être recherchée à l'égard d'une personne physique, tel qu'un professionnel de santé, mais également à l'encontre de l'établissement de santé

[1669] Article L. 6111-1 du CSP.
[1670] TA Versailles, 30 mai 1996, Mme Rose-Marie Leuch c/CHS de Perray-Vaucluse. Cité par BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 509.

d'accueil du patient[1671]. Au même titre que la voie de fait, le contentieux en la matière demeure marginal. L'engagement de la responsabilité pénale des professionnels dans ce domaine repose sur des infractions que nous pourrions classifier en deux catégories : d'une part les « infractions de procédure » et d'autre part les infractions de droit commun.

Les infractions de procédure : des sanctions réglementées par le CSP. Les infractions de procédure traduisent un manquement, par les professionnels (généralement des médecins ou des directeurs d'établissement), à certaines obligations procédurales. Elles ne sont pas codifiées dans le Code pénal, mais dans le CSP, aux articles L. 3215-1 à L. 3215-4 et sont au nombre de trois.

Selon l'article L. 3215-1 du CSP, « est puni d'un an d'emprisonnement et de 15 000 € d'amende : 1° Le fait pour le directeur d'un établissement (…) de maintenir la mesure de soins psychiatriques (…), quelle qu'en soit la forme, lorsque la levée de la mesure est ordonnée par le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police (…), ou par le juge des libertés et de la détention (…), ou lorsque la mesure de soins doit être levée (…) ; 2° Le fait pour le directeur ou pour tout médecin d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 de supprimer ou de retenir une requête ou une réclamation adressée à l'autorité judiciaire ou administrative par une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du présent titre ».

L'article L. 3215-2 du même code prévoit des peines similaires, une fois l'admission prononcée, en cas de violation de l'obligation de transmission des informations relatives à la prise en charge du patient au représentant de l'État. En l'espèce, seules les carences dans la transmission des certificats médicaux sont visées. Aussi, les carences dans la transmission des avis médicaux ne pourront pas être sanctionnées sur ce fondement. Nous soulignerons qu'aucune disposition n'est envisagée à l'égard du représentant de l'État qui contreviendrait à cette procédure. Cependant, dans la mesure où ce dernier est

[1671] L'hypothèse de la responsabilité pénale des personnes morales est envisagée à l'article 121-2 du Code pénal. Selon ce dernier, « les personnes morales, à l'exclusion de l'État, sont responsables pénalement, selon les distinctions des articles 121-4 à 121-7, des infractions commises, pour leur compte, par leurs organes ou représentants. Toutefois, les collectivités territoriales et leurs groupements ne sont responsables pénalement que des infractions commises dans l'exercice d'activités susceptibles de faire l'objet de conventions de délégation de service public. La responsabilité pénale des personnes morales n'exclut pas celle des personnes physiques auteurs ou complices des mêmes faits, sous réserve des dispositions du quatrième alinéa de l'article 121-3 ». À notre connaissance, aucun établissement n'a été condamné en la matière au titre des SPSC. Cependant, au regard des textes, aucun obstacle ne s'y oppose, en particulier à l'égard d'un établissement privé de santé.

dépositaire de l'autorité publique, il est possible d'obtenir les mêmes effets à l'appui de l'article 432-4 du Code pénal[1672], bien que les peines en la matière soient plus importantes.

Enfin, l'article L. 3215-4 du CSP prévoit des peines identiques à l'article L. 3215-2 si, pendant la réalisation des soins, le directeur d'établissement ne respecte pas son obligation de tenir à jour le registre de l'établissement, ou que les médecins refusent ou omettent d'établir dans les délais imposés par la loi, les différents certificats médicaux inhérents à la prise en charge du patient.

En dehors de ces trois hypothèses particulièrement rares[1673], la responsabilité pénale du médecin ou de l'établissement de santé s'inscrit dans les infractions de droit commun inscrites au sein du Code pénal.

Une responsabilité pénale du psychiatre rarement engagée. Si le psychiatre n'est pas le médecin le plus exposé au risque d'engagement de responsabilité, il est peut-être le médecin qui se trouve le plus souvent confronté à des questions juridiques dans sa pratique quotidienne[1674]. Cette situation résulte du fait que le « risque zéro » de passage à l'acte n'existe pas. Dans les cas où la responsabilité pénale du praticien est engagée, la jurisprudence se montre plutôt pragmatique et analyse soigneusement le contexte dans lequel l'infraction s'est commise. Cette attention se justifie d'autant plus que l'essentiel du contentieux se concentre sur des délits non-intentionnels ; infractions pour lesquelles la technicité de l'analyse est importante.

L'application technique de l'article 121-3 du Code pénal. De manière générale, la responsabilité du psychiatre peut être recherchée à l'égard des propres faits qu'il accomplit, mais également pour ceux du patient, sous réserve de pouvoir caractériser un lien de causalité entre la carence, l'imprudence ou la négligence du psychiatre et l'action qui a conduit à la réalisation de l'infraction. Dans ces deux hypothèses, la principale interrogation porte sur l'existence d'un lien de causalité direct ou indirect avec le dommage. Selon l'article 121-3 alinéa 4 du Code pénal, les personnes physiques qui « n'ont pas causé directement le dommage, mais qui ont créé ou contribué à créer la situation qui a permis la

[1672] Article 432-4 du Code pénal : « Le fait, par une personne dépositaire de l'autorité publique ou chargée d'une mission de service public, agissant dans l'exercice ou à l'occasion de l'exercice de ses fonctions ou de sa mission, d'ordonner ou d'accomplir arbitrairement un acte attentatoire à la liberté individuelle est puni de sept ans d'emprisonnement et de 100 000 euros d'amende. Lorsque l'acte attentatoire consiste en une détention ou une rétention d'une durée de plus de sept jours, la peine est portée à trente ans de réclusion criminelle et à 450 000 euros d'amende ».

[1673] Il en va pour preuve qu'aucun arrêt n'est mentionné en dessous de ces articles dans le Code pénal.

[1674] LAPLAUD Ambre, *La responsabilité pénale du médecin*, (en ligne). https://www.linkedin.com/pulse/la-responsabilit%C3%A9-p%C3%A9nale-du-psychiatre-ambre-laplaud?utm_source=share&utm_medium=member_android&utm_campaign=share_via

réalisation du dommage ou qui n'ont pas pris les mesures permettant de l'éviter, sont responsables pénalement s'il est établi qu'elles ont, soit violé de façon manifestement délibérée une obligation particulière de prudence ou de sécurité prévue par la loi ou le règlement, soit commis une faute caractérisée et qui exposait autrui à un risque d'une particulière gravité qu'elles ne pouvaient ignorer ». Appliquée à notre hypothèse, il faut en déduire qu'une faute simple ne suffit pas à engager la responsabilité du professionnel de santé. Il faut également s'assurer que le lien de causalité entre la faute et le dommage soit certain[1675].

Une jurisprudence diversifiée. Dans ces circonstances, l'une des premières questions que l'on peut se poser est de savoir si une erreur de diagnostic peut, dans le cadre de la commission d'un délit non-intentionnel, constituer une faute. Sauf s'il résulte d'une négligence[1676], l'erreur de diagnostic ne suffit pas à engager la responsabilité pénale du psychiatre dans le cas d'un délit non-intentionnel commis par son patient. Il en va de même en cas de mauvaise appréciation du risque. Là encore, une attention particulière sera portée aux soins et divers protocoles instaurés par le professionnel pour assurer une prise en charge adéquate du patient. Si un risque de passage à l'acte est sous-évalué par le praticien alors qu'il y avait plusieurs « incidents et alertes répétées », sa responsabilité sera engagée[1677]. A été condamné à dix-huit mois de prison avec sursis pour homicide involontaire,[1678] un psychiatre dont le patient atteint de schizophrénie a commis un meurtre[1679].

Malgré une utilisation asymétrique des recours offerts aux patients admis en SPSC, il existe un ensemble de garanties suffisant pour faire valoir leurs droits et les protéger. Encore faut-il qu'ils soient informés de l'existence de ces prérogatives et puissent être assistés de manière satisfaisante au cours de la procédure. Ces interrogations sont partagées à l'égard des patients détenus.

[1675] Cass. Crim., 4 mars 2008, n° 07-81.108.
[1676] Tel est le cas d'un examen clinique superficiel ou incomplet. V. Cass. Crim., 29 juin 1999 n° 98-82.300. Il en va de même lorsqu'un psychiatre ne tient pas suffisamment compte des remarques et observations de ses confrères (T. cor. Marseille, 18 décembre 2012, n° 08000450026).
[1677] T. cor. Marseille, 18 décembre 2012, n° 08000450026.
[1678] Article 221-6 du Code pénal : « Le fait de causer, dans les conditions et selon les distinctions prévues à l'article 121-3, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, la mort d'autrui constitue un homicide involontaire puni de trois ans d'emprisonnement et de 45 000 euros d'amende. En cas de violation manifestement délibérée d'une obligation particulière de prudence ou de sécurité imposée par la loi ou le règlement, les peines encourues sont portées à cinq ans d'emprisonnement et à 75 000 euros d'amende.
[1679] T. cor. Grenoble, 14 décembre 2016.

§ 2 : Les recours offerts au patient détenu

Le droit au recours du patient détenu : un droit doublement fondé. Contrairement au patient admis en SPSC, le patient détenu possède la particularité d'être usager de deux services publics en même temps[1680] : le service public pénitentiaire et le service public hospitalier. Par sa double qualité d'usager, le contentieux peut être fondé sur la recherche de la responsabilité de l'établissement pénitentiaire, du service public hospitalier[1681], voire des deux en même temps.

Le droit au recours en prison[1682] est une prérogative particulièrement importante à préserver au regard du « privilège du préalable[1683] » dont dispose l'administration pénitentiaire. Si le juge administratif est traditionnellement reconnu comme le juge du service public pénitentiaire, les récentes réformes impulsées par la CEDH ont quelque peu modifié cet état de fait. Au regard de l'ensemble des recours offerts, deux catégories se distinguent : ceux visant à ordonner une mesure provisoire et/ou d'urgence (A) et ceux qui permettent la réparation d'un dommage (B).

[1680] Daniel LABETOULLE, « Regard du juge administratif », in PAULIAT Hélène, BERTHIER Laurent, NÉGRON Éric (dir.), *La prison : quel(s) droit(s) ?*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, p. 101.

[1681] Ce contentieux s'exerce dans les conditions classiques de droit commun. Aucune spécificité liée à l'exercice de la médecine en milieu pénitentiaire n'est consacrée. Il sera donc fait application du régime de responsabilité pour faute simple dégagée par la loi KOUCHNER du 4 mars 2002 et codifié principalement à l'article L. 1142-1 du CSP. V. par exemple CAA Bordeaux, 25 juin 2002, req. n°99BX02809. Sont également applicables entre les murs de la prison les hypothèses de responsabilité sans faute ou d'indemnisation au titre de la solidarité nationale issue la loi n° 98-389 du 19 mai 1998 relative à la responsabilité du fait des produits défectueux (V. par exemple CE, 25 juillet 2013, *Centre hospitalier universitaire de Chambéry*, req. n° 339922).

[1682] V. notamment FAUGÈRE Guillaume, *L'accès des personnes détenues au recours : étude de droit administratif*, Thèse, Toulouse, 2015.

[1683] « Droit conféré législativement à l'administration, dans de nombreuses matières, de prendre des décisions exécutoires par elles-mêmes, c'est- à- dire sans que l'administration ait à respecter la règle du droit privé selon laquelle nul ne se décerne un titre à soi - même ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., Paris, Dalloz, 2022, p. 843.

A : La compétence partagée du juge administratif et judiciaire dans le cadre des mesures provisoires ou urgentes

Des procédures très diversifiées. Selon l'article L. 511-1 du Code de justice administrative[1684], le contentieux de l'urgence relève de la prérogative du juge des référés. Historiquement, cette procédure a été instaurée par la loi n° 55-1557 du 28 novembre 1955[1685]. L'objectif de cette mesure était que « dans tous les cas d'urgence et sauf pour des litiges intéressant l'ordre et la sécurité publique, le président du tribunal administratif ou le magistrat qu'il délègue [puisse] ordonner toutes mesures utiles sans faire préjudice au principal et sans faire obstacle à l'exécution d'aucune décision administrative ». Ce cadre fut complété par le décret n° 59-515 du 10 avril 1959[1686] qui réinstaura la procédure de référé constat[1687], aussi nommée « référé constatation ». Par la suite, dans le cadre du décret n° 88-907 du 2 septembre 1988[1688], trois nouvelles procédures de référés ont été introduites : le référé-instruction[1689], le référé-provision[1690] et le référé-conservatoire[1691]. Enfin, la loi n° 2000-597 du 30 juin 2000[1692] a complété l'arsenal des référés avec le référé-suspension[1693] et le référé-liberté[1694].

Dans tous les cas, l'objectif de ces démarches est de permettre au patient détenu de pouvoir rapidement faire valoir ses droits, en particulier dans le cadre de la préservation

---

[1684] Article L. 511-1 du Code de justice administrative : « Le juge des référés statue par des mesures qui présentent un caractère provisoire. Il n'est pas saisi du principal et se prononce dans les meilleurs délais ».
[1685] Loi n° 55-1557 du 28 novembre 1955 instituant le référé administratif, JORF n° 282 du 1er décembre 1955, Texte n° 7.
[1686] Décret n° 59-515 du 10 avril 1959 modifiant la procédure à suivre devant les tribunaux administratifs, JORF n° 0085 du 14 avril 1959.
[1687] Article R. 531-1 du Code de justice administrative. « Procédure permettant au juge des référés administratifs de désigner un expert pour constater sans délai des faits susceptibles de donner lieu à un litige devant la juridiction ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2021-2022*, 29ème éd., DALLOZ, p. 902.
[1688] Décret n° 88-907 du 2 septembre 1988 portant diverses mesures relatives à la procédure administrative contentieuse.
[1689] Procédure prévue à l'article R. 532-1 du Code de justice administrative. C'est une procédure qui permet au juge des référés administratifs « d'ordonner toute mesure utile d'expertise ou d'instruction ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*,30ème éd., DALLOZ, p. 902.
[1690] Article R. 541-1 du Code de justice administrative. « Procédure permettant au juge des référés administratifs d'accorder à un créancier de l'Administration une provision, même si une instance n'a pas encore été engagée sur le fond de l'affaire, lorsque l'existence de l'obligation n'est pas sérieusement contestable ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., DALLOZ, p. 902.
[1691] Article L. 521-3 du Code de justice administrative. Procédure qui permet au juge des référés administratifs, « en cas d'urgence, d'ordonner toute mesure utile, à la demande de l'Administration ou d'un administré, sans faire obstacle à l'exécution d'une décision administrative ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*, 30ème éd., DALLOZ, p. 902.
[1692] Loi n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives, JORF n° 151 du 1 juillet 2000, Texte n° 3.
[1693] Article L. 521-1 du Code de justice administrative. « Procédure permettant au juge des référés administratifs, en cas d'urgence, quand une décision administrative fait l'objet d'un recours en annulation ou en réformation, d'en suspendre l'exécution quand il est invoqué contre elle un moyen propre à créer un doute sérieux quant à sa légalité ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*,30ème éd., DALLOZ, p. 903.
[1694] Article L. 521-2 du Code de justice administrative. « Procédure permettant au juge des référés administratifs, en cas d'urgence, d'ordonner les mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une collectivité publique (ou un organisme chargé d'une mission de service public) aurait porté une atteinte grave et manifestement illégale dans l'exercice d'un de ses pouvoirs. Cette atteinte peut être représentée aussi bien par un simple comportement que par une décision juridique ». GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2022-2023*,30ème éd., DALLOZ, p. 902.

de sa santé, tant sur le plan physique que psychique (1). Cependant, la récente mise en place du recours judiciaire visant à garantir le droit du respect de la dignité humaine en détention vient bouleverser la compétence accordée autrefois au juge administratif (2).

1) L'ouverture des procédures de référés traditionnels au patient détenu

Un droit contemporain. La procédure de référé fut longtemps un recours fermé aux personnes détenues. Il fallut attendre la loi n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative aux référés devant les juridictions administratives pour qu'une telle prérogative leur soit reconnue. Compte tenu de l'urgence de la situation, le recours doit pouvoir être intenté facilement par la personne détenue[1695]. L'article L. 521-3 du Code de justice administrative précise que l'engagement d'une procédure de référé n'est pas soumis à une décision administrative préalable. Il conviendra de rappeler qu'une procédure de référé unique ne peut être utilisée par la personne détenue pour dénoncer l'ensemble des faits qu'elle reproche à l'administration pénitentiaire[1696]. Une telle démarche serait jugée irrecevable ou alors seule la requête présentée expressément[1697] à titre principal serait examinée[1698]. Compte tenu du nombre de procédures de référé, ce choix sera principalement motivé par la finalité poursuivie.

Fixer les faits dans le cadre du référé-contestation. Certaines procédures peuvent être analysées comme des outils au service de la mise en œuvre d'un contentieux plus important. Tel est le cas du référé-contestation qui a pour objectif « d'éviter le dépérissement des preuves avant l'engagement d'un éventuel procès administratif[1699] ». Ainsi, lorsque la situation mérite une « fixation des faits », il apparait évident de devoir

[1695] Le pouvoir de l'administration pénitentiaire ne peut s'exercer en la matière et faire obstacle à l'émission d'un référé en application des règles relatives au droit au recours effectif issu des articles 6§ 1 et 13 de la CESDH. CAA Lyon, 29 janvier 2015, req. n°13LY03125.
[1696] CE, 28 février 2001, *Philippart et Lesage*, req. n° 230112.
[1697] HERZOG-EVANS Martine, *Droit pénitentiaire 2020-2021*, 3ème éd., Paris, Dalloz, coll. Dalloz action, p. 1321.
[1698] CE, 9 avril 2004, Syndicat national FO des personnels de préfecture, req. n° 258376.
[1699] Depuis l'arrêt *Fargeau d'Epied* de 1960 (Tribunal des conflits, 22 février 1960, req. n° 01647), les recours en matière pénitentiaire sont divisés en deux. En tant qu'usager du service public pénitentiaire, tout recours visant à dénoncer le fonctionnement de ce dernier relève du juge administratif. En revanche, lorsque le recours porte sur la peine infligée, ses aménagements ou son exécution, l'action doit être portée devant le juge judiciaire.

intervenir rapidement pour préserver les éléments de preuve[1700] visant à corroborer les prétentions de la personne détenue. Dans cette circonstance, la procédure de référé-constatation prend tout son sens, à condition qu'il s'agisse du seul moyen pour la personne détenue de faire constater la carence[1701]. Elle ne peut donc être utilisée pour constater des faits révolus[1702].

Dans la pratique, le juge administratif désigne un expert dont la mission porte uniquement sur la constatation d'une situation de fait[1703]. Appliquée à notre sujet, cela revient à apprécier les conditions de détention dans lesquelles se trouve le patient détenu. Une telle démarche peut être initiée pour faire constater l'incompatibilité des conditions de détention avec la situation de handicap de la personne détenue[1704].

La gestion de l'urgence par le référé-suspension et le référé-liberté. Dans les situations où la gravité de la situation impose une intervention en urgence, deux procédures de référés peuvent être exercées : le référé-suspension et le référé-liberté. Ils obéissent à des règles communes, à savoir que le demandeur devra établir l'illégalité de la situation qu'il conteste. Cette démonstration devra se faire de manière précise et comporter l'expression de la mesure que le requérant aimerait vouloir être prise par le juge des référés, sous peine d'être déclarée irrecevable[1705]. Ainsi, la jurisprudence a rejeté une requête relative à la suspension d'un permis de visite, au motif que le requérant n'avait pas précisé quelle était la mesure qu'il souhaitait voir prendre[1706].

Le référé-suspension : une procédure existante, mais complexe. Le référé-suspension reprend les règles du sursis à exécution. Une décision préalable contre laquelle un doute sérieux sur sa légalité peut exister doit donc avoir été prise. Elle doit également pouvoir faire l'objet d'un recours. Selon l'article L. 521-1 du Code de justice administrative, ce recours n'est admis que si la décision litigieuse fait en même temps l'objet d'une requête en annulation. On observera sur le plan procédural[1707] que le référé-

[1700] La célérité dans la préservation des épreuves n'est pas un impératif propre au contentieux administratif. Une philosophie identique peut être observée dans le cadre de la procédure pénale, en particulier au niveau de l'enquête de flagrance (articles 53 et s. du CPP).
[1701] CE, 26 juillet 1982, *Sous-traitants associés de l'électronique*, req. n° 40701. Le juge administratif indique que « le président peut notamment refuser d'ordonner le constat lorsque, eu égard à l'objet de la demande et aux conditions dans lesquelles il peut être procédé aux constatations sollicitées, le demandeur dispose de la possibilité de faire constater les faits par un huissier de justice ».
[1702] CE, 28 septembre 2011, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/M. Levèque*, req. n° 347585 ; CE, 13 mars 2019, *M. Attoumane*, n° 418101 B.
[1703] CE, 18 novembre 1959, *Dpt de Constantine*.
[1704] TA Nancy, 4 septembre 2012, req. n° 1201790. Cité par BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 372.
[1705] HERZOG-EVANS Martine, *Droit pénitentiaire 2020-2021*, 3ème édition, Paris, Dalloz, coll. Dalloz action, p. 1323.
[1706] TA Caen, 2 juillet 2002, n° 02942.
[1707] Article R. 522-1 alinéa 2 du Code de justice administrative.

suspension doit être distinct de la requête en annulation, mais que cette dernière doit faire l'objet d'une copie annexée au référé[1708].

Compte tenu de sa complexité, cette procédure n'est pas très usitée[1709], contrairement à la procédure de référé-liberté.

Le référé-liberté : la procédure la plus couramment utilisée. De toutes les procédures de référés, le référé-liberté, aussi nommé référé-sauvegarde, est sans doute le plus utilisé par les patients détenus. Cela s'explique aisément au regard des dispositions de l'article L. 521-2 du Code de justice administrative. Selon ce dernier, « le juge des référés peut ordonner toutes mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle une personne morale de droit public ou un organisme de droit privé chargé de la gestion d'un service public aurait porté, dans l'exercice d'un de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale. Le juge des référés se prononce dans un délai de quarante-huit heures ». De plus, l'institution d'un recours administratif préalable n'interdit pas de saisir directement le juge des référés dans le cadre d'un référé-liberté afin que soit prononcée des mesures de sauvegarde qui peuvent être ordonnées sur ce fondement[1710].

La procédure de référé-liberté peut donc être actionnée par le patient détenu lorsqu'il existe une atteinte grave et manifestement illégale à l'une des libertés fondamentales qui lui sont reconnues. Le caractère manifestement illégal de l'atteinte s'apprécie en tenant compte des moyens dont dispose l'autorité publique et des mesures qu'elle a déjà prises[1711]. De plus, l'intervention du juge est « subordonnée au constat que la situation litigieuse permette de prendre utilement et à très bref délai les mesures de sauvegarde nécessaires[1712] ». Tel fut le cas dans le cadre de la gestion de la crise sanitaire liée à l'épidémie de COVID-19 au sein des établissements pénitentiaires[1713].

Le référé-liberté face à la COVID-19 : une procédure aux effets limités. Début 2020, les prisons françaises ont été confrontées à une double crise : une crise générale sanitaire liée à la pandémie de COVID-19 et une crise spéciale institutionnelle

[1708] TA Nouvelle-Calédonie, 19 juin 2003, n° 030223.
[1709] Nous pouvons citer le recours introduit par la section française de l'OIP visant à faire respecter les droits des personnes détenues au cours des extractions médicales. La décision contestée portait sur la circulaire du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des personnes détenues faisant l'objet d'une consultation médicale. En l'espèce, la Haute juridiction administrative a jugé que la légalité de la décision ne faisant pas défaut en ne portant atteinte ni « au secret professionnel des médecins ni à l'exigence de proportionnalité entre les mesures de contraintes imposées et les risques encourus lors des extractions médicales ». CE, 18 janvier 2005, req. n° 276018. Cité par BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 372.
[1710] CE, 9 août 2004, *Époux Yilma*, req. n° 270860.
[1711] CE, 28 juillet 2017, *Section française de l'Observatoire international des prisons*, req. n° 410677 ; CE 19 oct. 2020, *Garde des Sceaux, min. de la Justice c/Sect. française de l'Observatoire international des prisons* (OIP-SF), req. n° 439372.
[1712] CE, 30 juill. 2015, n° 392043, *Section française de l'Observatoire international des prisons*.
[1713] CE, 7 mai 2020, *Garde des Sceaux, min. de la Justice c/l'Ordre des avocats du barreau de Martinique*, req. n° 440151 B.

liée à la surpopulation carcérale. Dans ce contexte, le risque de contagion était particulièrement élevé, tant pour les personnes détenues que pour les professionnels exerçant en ces lieux[1714]. En conséquence, le ministère de la Justice mit en œuvre plusieurs dispositions comme l'Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation de règles de procédure pénale[1715]. Cette dernière prévoyait des possibilités de libération anticipée pour les personnes condamnées à moins de cinq années d'emprisonnement auxquelles il reste deux mois à effectuer, ainsi que des réductions de peine supplémentaires exceptionnelles[1716].

Cependant, plusieurs recours ont été adressés au juge du référé-liberté pour dénoncer l'inaction des pouvoirs publics et faire en sorte qu'il prenne des mesures d'injonction visant à renforcer les mesures d'hygiène en détention, à adapter les procédures de parloirs afin de maintenir les liens familiaux, ou encore à adapter les règles de fouilles au regard des mesures de distanciation sociale imposées[1717]. Si cette procédure constituait un réel espoir pour les personnes détenues, le juge des référés s'est montré très frileux pour faire droit aux recours qui lui étaient présentés[1718]. Il rappela qu'il ne peut enjoindre des « mesures d'ordre structurel[1719] » et qu'il n'était pas un « administrateur [1720] ». Cette argumentation peut être critiquée dans la mesure où le juge du référé-liberté a déjà ordonné à l'administration compétente « une mesure d'organisation des services placés sous son autorité[1721] » en lui enjoignant de mettre en place un nouveau régime de fouilles[1722]. De plus, dans le cadre de la crise sanitaire, l'objectif des recours était d'obtenir une solution d'urgence et exceptionnelle, limitée à la période d'état d'urgence sanitaire, et non à l'instauration effective et pérenne d'une nouvelle organisation.

[1714] Au 15 avril 2020, on comptait 204 agents et 76 détenus testés positifs (audition du directeur de l'administration pénitentiaire par la commission des lois de l'Assemblée nationale sur les questions liées à la détention dans le contexte épidémiologique de COVID-19, Compte rendu n° 53, 15 avril 2020.
[1715] Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation de règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19, JORF n° 00074 du 26 mars 2020, Texte n° 3.
[1716] Ces mesures avaient été jugées insuffisantes par le CGLPL dans la mesure où « plus de 71 000 personnes étant incarcérées pour 60 000 places avec un taux d'occupation moyen de 140 % dans les maisons d'arrêt, dans lesquelles sont incarcérées près de 20 000 personnes en détention provisoire. V. CGLPL, « COVID-19 en prison : des mesures gouvernementales insuffisantes », communiqué de presse du 1er avril 2020. Preuve de la réalité du risque épidémique, mais aussi de la possibilité d'agir, la population carcérale a cependant été diminuée de manière drastique, avec 11 500 détenus en moins au 23 avril 2020, selon les chiffres de l'administration pénitentiaire. Cité par SCHMITZ Julia, « Le juge administratif des référés dans l'urgence sanitaire des prisons », *AJDA*, 2020, p. 1298.
[1717] Sur l'ensemble de ces questions, V. notamment CE, ord., 8 avr. 2020, n° 439827, *Section française de l'Observatoire international des prisons et autres* ; CE, ord., 8 avr. 2020, n° 439821; CE, ord., 14 avr. 2020, n° 439899 ; CE, ord. 14 avr. 2020, n° 439924 ; CE, ord., 7 mai 2020, n° 440151, *Garde des sceaux, ministre de la Justice c/Ordre des avocats du barreau de Martinique*.
[1718] SCHMITZ Julia, « Le juge administratif des référés dans l'urgence sanitaire des prisons », *AJDA*, 2020, p. 1298.
[1719] CE, 8 avril 2020, n° 439827.
[1720] SCHMITZ Julia, « Le juge administratif des référés dans l'urgence sanitaire des prisons », *AJDA*, 2020, p. 1298.
[1721] JENNEQUIN Anne, « La dignité de la personne détenue », *RFDA*, 2015, p. 1082.
[1722] CE, ord., 6 juin 2013, n° 368816. V. PÉCHILLON Éric, « Fouilles systématiques des détenus : le Conseil d'État encadre le recours aux réglementations locales », *AJ pénal*, 2013, p. 497.

Si l'instabilité juridique de l'époque a constitué une véritable problématique pour l'ensemble des justiciables et des professionnels du Droit, la fin de l'état d'urgence sanitaire, actée par la loi n° 2022-1089 du 30 juillet 2022[1723] tend a redonné au juge des référés sa pleine et entière place qui lui était dévouée avant cette crise. Celle-ci risque d'être bousculée par l'entrée en vigueur du nouveau recours initié par la CEDH dans l'affaire *J.M.B c/France* du 30 janvier 2020 et désormais codifié à l'article 803-8 du CPP.

2) Des garanties consolidées par l'instauration d'un recours judiciaire visant à garantir le droit au respect de la dignité humaine en détention

***J.M.B c/France* : un apport majeur opportun**. La protection de la dignité humaine en prison est une problématique fréquemment soumise aux juges de la CEDH. L'arrêt *J.M.B c/France* du 30 juin 2020 ne constitue pas la première condamnation de la France en la matière[1724]. En revanche, il a amorcé la création d'un nouveau recours ; repris quelques mois plus tard par les juges du Quai de l'Horloge[1725]. En se basant sur les conclusions rendues par la CEDH, la Cour de cassation a créé un mécanisme par lequel elle offre à toute personne détenue qui ferait état de conditions personnelles de détention[1726] susceptibles de constituer un traitement inhumain et dégradant, la possibilité de solliciter sa libération auprès du juge judiciaire. Ce recours a été inscrit dans le CPP aux articles 144-1, 707 et 803-8, suite à l'adoption de la loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention[1727].

Cadre juridique général. L'article 803-8 I alinéa 1 du CPP instaure un recours au profit de toute personne détenue qui, lorsqu'elle considère que ses conditions de détention sont contraires à la dignité de la personne humaine, peut saisir le juge judiciaire,

[1723] Loi n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la COVID-19, JORF n° 0176 du 31 juillet 2022, Texte n° 1.
[1724] V. CEDH, 25 avril 2013, *Canali c/France*, req. n° 40119/09.
[1725] Cass. Crim., 8 juillet 2020, n° 20-81.731 et n° 20-81.739. Pour une étude approfondie de ces arrêts V. ZIENTARA-LOGEAY (dir.), « La Cour de cassation et le contrôle des conditions de détention par le juge judiciaire : les arrêts du 8 juillet 2020 et leurs travaux préparatoires », *Les conditions de détention, conditions de la détention*, Paris, LexisNexis, 2021, pp. 48-199.
[1726] La notion de détention est entendue au sens large et concerne toutes les mesures privatives de liberté énoncées dans le CPP. Cette nouvelle procédure s'applique donc au cours de la détention provisoire, mais également au cours de l'incarcération.
[1727] Loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, JORF n° 0084 du 9 avril 2021, Texte n° 3.

afin qu'il y soit mis fin. Selon la situation pénale du requérant, sa demande sera adressée au JLD s'il est en détention provisoire ou au juge de l'application des peines si la personne est condamnée et exécute une peine privative de liberté. Comme toute procédure, ce nouveau recours obéit à des conditions de fond et de forme précises.

Conditions de fond. Sur les conditions de fond, l'article 803-8 I alinéa 2 du CPP exige que les « allégations » figurant dans la requête soient circonstanciées, personnelles et actuelles. Cette formulation renvoie aux conclusions formulées par la Cour de cassation et la CEDH qui faisaient respectivement état « d'une description suffisamment crédible, précise et actuelle[1728] » et « d'une description crédible et raisonnablement détaillée[1729] ». Plusieurs points sur cette rédaction méritent d'être soulignés. Tout d'abord, il conviendra de préciser que ce sont les conditions de détentions indignes qui doivent être actuelles et personnelles et non les allégations[1730]. Ce point a été souligné par la jurisprudence entrainant un rejet de plusieurs recours au motif que les requérants s'étaient contentés d'énoncer des règles générales de détention, et non les atteintes subies personnellement[1731]. Dans la mesure où cette procédure est censée être instituée dans l'intérêt de la personne détenue, nous aurions pu nous attendre à ce que le législateur soit relativement souple dans ses exigences probatoires. Tel n'est pas le cas au regard des critères d'exigence souhaité. Ce point est assez paradoxal dans la mesure où la Cour de cassation s'oppose à ce que le détenu ait à faire la preuve de ses conditions de détention[1732].

Conditions de forme. Sur les conditions de forme du recours, le législateur exige une formulation par écrit dans le cadre d'une requête[1733]. Elle peut intervenir à tout moment au cours de la détention, dès lors que la personne estime que ses conditions de détention sont indignes. Ce recours peut être exercé en parallèle ou indépendamment d'une procédure de référé prévues par les articles L. 521-1, L 521-2 ou L. 521-3 du Code de justice administrative. Néanmoins, une nouvelle requête ne peut être introduite, à peine d'irrecevabilité, sur le fondement de l'article 803-8 du CPP, tant qu'une précédente requête est pendante devant un juge ou, si celle-ci a été jugée infondée, tant qu'un élément nouveau

[1728] Cass. Crim., 8 juillet 2020, n° 20-81.739 et n° 20-81.731.
[1729] CEDH, 30 janvier 2020, n° 9671/15 et 31 a., *JMB c/France*.
[1730] BONIS Evelyne, PELTIER Virginie, « Commentaire de la loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, *Dr. pénal*, n° 6, juin 2021, étude n° 11.
[1731] V. Cass. Crim., 19 août 2020, n° 20-82.171 ; Cass. Crim., 16 septembre 2020, n° 20-82.674 et 20-82.389 ; Cass. Crim., 23 septembre 2020, n° 20-84.065 et 20-82.868.
[1732] Cass. Crim., 25 novembre 2020, n° 20-84.886. Cité par BONIS Evelyne, PELTIER Virginie, « Commentaire de la loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, *Dr. pénal*, n° 6, juin 2021, étude n° 11.
[1733] Compte tenu des problématiques liées à l'illettrisme et à l'analphabétisme en détention, ce recours sera donc principalement exercé par l'avocat de la personne détenue. Sur ce point, un assouplissement des règles procédurales aurait sans doute été opportun afin de faciliter la mise en œuvre d'un tel recours.

n'a pas modifié les conditions de détention[1734] pour éviter tout risque d'encombrement des juridictions[1735].

L'instruction du recours. Une fois la requête déposée auprès du juge judiciaire, vient le temps de son examen. L'objectif est de mettre un terme, le plus rapidement possible, aux conditions de détention jugées inhumaines par le requérant. Dans un premier temps, l'examen de la requête va porter sur sa recevabilité et non sur son bien-fondé. L'objectif est de déterminer si elle respecte bien les conditions exigées par l'article 803-8 I aliéna 2 du CPP. Le juge dispose d'un délai de 10 jours maximum à compter de la réception de la requête pour statuer sur ce point. Il s'appuie uniquement sur la requête de la personne détenue et les pièces complémentaires qui l'accompagnent. Il n'y a donc pas de procédure contradictoire à ce niveau. Par la suite, cette décision, qui doit être motivée, est notifiée aux parties[1736].

Si la première étape est franchie, l'étape de l'examen du bien-fondé de la requête va pouvoir s'enclencher. Avant que cet examen ne soit réalisé, le juge procède ou fait procéder aux vérifications nécessaires et recueille les observations de l'administration pénitentiaire dans un délai compris entre 3 et 10 jours ouvrables à compter de sa décision. Pour cela, l'article 803-8 IV du CPP accorde au juge judiciaire de vastes pouvoirs d'investigation[1737], dont l'étendue a été prévue par le Décret n° 2021-1194 du 15 septembre 2021[1738]. À l'issue d'un délai maximal de 10 jours s'ouvre l'examen du bien-fondé de la requête. Au même titre que l'examen de la recevabilité de la demande, la décision doit être motivée et envoyée aux parties qui disposent d'un délai de 10 jours pour interjeter appel. En l'espèce, les éléments sur lesquels s'appuie le juge sont plus importants. Outre la requête et les observations de la personne détenue, nous y retrouvons des observations écrites de l'administration pénitentiaire, l'avis écrit du procureur de la République ainsi que l'avis du juge d'instruction si le juge l'estime nécessaire. Parce que l'illettrisme et l'analphabétisme

[1734] Article 803-8, I, alinéa 3 du CPP.
[1735] Rapport n° 472 (2020-2021) de M. Christophe-André FRASSA, sénateur et Mme Caroline ABADIE, député, fait au nom de la commission mixte paritaire, déposé le 23 mars 2021 www.senat.fr/rap/l20-472/l20-472.html.
[1736] Ces dernières disposent d'un délai de 10 jours pour interjeter appel. Dans cette hypothèse, le juge dispose alors de 15 jours pour examiner l'affaire.
[1737] Article R. 249-24 du CPP : « Pour vérifier si les conditions de détention portent ou non atteinte à la dignité du requérant, le juge peut : 1° Se déplacer sur les lieux de détention ; 2° Ordonner une expertise confiée à un expert inscrit sur les listes d'experts judiciaires ou ayant prêté serment conformément à l'article 160 ; 3° Requérir d'un huissier de justice de procéder à toute constatation utile, à des photographies, des prises de vue et de son au sein de l'établissement pénitentiaire, dans des conditions respectant les impératifs de sécurité de celui-ci ; 4° Procéder à l'audition, le cas échéant par un moyen de télécommunication audiovisuelle, de codétenus du requérant, de personnels pénitentiaires ou du chef de l'établissement pénitentiaire ; 5° Procéder à l'audition du requérant, même si celui-ci n'a pas demandé à être entendu par le juge en application de l'article R. 249-35, en présence s'il y a lieu de son avocat, le cas échéant par un moyen de télécommunication audiovisuelle. Le juge peut également consulter tout rapport décrivant les conditions de détention mises en cause et issu de la visite d'un organisme national ou international indépendant ».
[1738] Décret n° 2021-1194 du 15 septembre 2021 relatif au recours prévu à l'article 803-8 du code de procédure pénale et visant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, JORF n° 0216 du 16 septembre 2021, Texte n° 22.

sont des problématiques récurrentes en milieu carcéral, le requérant peut demander à être entendu par le juge, assisté s'il y a lieu de son avocat. Cet entretien peut s'effectuer en présence d'un juge ou selon un moyen de télécommunication audiovisuelle afin de réduire les éventuelles difficultés induites par une demande d'extraction[1739]. Dans ce cas, le juge doit également entendre le ministère public et le représentant de l'administration pénitentiaire s'ils en font la demande. Cette décision est donc prise de manière contradictoire ; chaque partie pouvant faire valoir ses observations de manière écrite ou orale[1740].

L'issue du recours. Si la requête est fondée, une solution doit être recherchée pour faire cesser la détention indigne. Cette décision est prise indépendamment de la décision sur le bien-fondé qui ne consiste, en réalité, qu'en une forme d'injonction à rechercher une solution en concertation avec l'administration pénitentiaire. Elle a donc pour conséquence d'ouvrir un nouveau laps de temps[1741], destiné à rechercher les moyens de faire cesser les conditions de détention contraires à la dignité. De ce fait, l'administration pénitentiaire doit être informée de la décision dans un nouveau délai de 10 jours. En l'espèce, il faut souligner que seule une injonction de mettre un terme à la situation d'indignité est prise à l'égard de l'administration pénitentiaire. Elle reste libre des moyens à mettre en œuvre pour y parvenir[1742].

Si la reconnaissance d'un tel recours est opportune, il faut faire preuve d'une certaine lucidité à l'égard de sa portée effective, en particulier face au contexte actuel de surpopulation carcérale[1743] et de délabrement du parc pénitentiaire. Pour l'heure, nous ne disposons pas d'un recul suffisant pour évaluer la pertinence d'un tel dispositif. Comme toute nouvelle mesure, des corrections seront sans doute apportées au fil du contentieux. Cependant, force est de constater qu'il a initié une prise de conscience sur le sujet, comme en atteste le récent arrêt rendu par la CEDH[1744].

Un équilibre délicat à trouver. S'il faut se satisfaire de ce nouveau recours, il ne faut pas oublier l'objectif principal de la peine : trouver un équilibre entre la préservation

[1739] Articles 706-71 et 803-8 III alinéa 1 du CPP.
[1740] BONIS Evelyne, PELTIER Virginie, *op. cit*.
[1741] En la matière, l'administration pénitentiaire dispose d'un délai compris entre 10 jours et 1 mois.
[1742] Article 803-8 alinéa 5 du CPP : « Le juge ne peut enjoindre à l'administration pénitentiaire de prendre des mesures déterminées et celle-ci est seule compétente pour apprécier les moyens devant être mis en œuvre ».
[1743] Parmi les solutions qui peuvent être mises en œuvre, la procédure de transfèrement peut être avancée. L'article 803-8, I, alinéa 5 reconnait à l'administration la possibilité de « transférer la personne dans un autre établissement pénitentiaire, sous réserve, s'il s'agit d'une personne prévenue, de l'accord du magistrat saisi du dossier de la procédure ». La difficulté en la matière sera surtout de mettre en œuvre la procédure dans le délai requis. De plus, outre le contexte de surpopulation, il est possible que cette mesure provoque une autre atteinte à une liberté fondamentale : le droit à la vie privée.
[1744] CEDH, 6 juillet 2023, *B.M et a. c/France*, n° 84187/17.

des droits et des libertés d'un côté, et la mise en œuvre d'une sanction pénale suffisamment afflictive de l'autre. Toute la difficulté sera de trouver le barycentre de ces deux points antinomiques. Il conviendra également de ne pas occulter les procédures classiques aux fins de voir engager la responsabilité de l'État.

B : La reconnaissance traditionnelle d'un droit au recours sur le fond

Un droit au recours aux fondements classiques. Lorsqu'un patient détenu souhaite contester une décision prise par l'administration, deux recours peuvent être intentés devant le juge du fond. Le premier a pour objectif de faire contrôler la légalité d'une décision administrative (1), le second tend à faire reconnaitre l'existence d'un dommage et à en demander sa réparation (2).

1) La remise en cause de la légalité d'une décision administrative

L'existence d'une pluralité de recours. La remise en cause de la légalité d'une décision administrative va principalement se cristalliser autour des sanctions disciplinaires prises à l'encontre du patient détenu. Depuis l'arrêt *Marie* du 17 février 1995[1745], ces mesures peuvent faire l'objet d'un recours, car il a été admis qu'une « sanction disciplinaire était une mesure faisant grief[1746] ». Ce recours peut être gracieux, hiérarchique ou juridictionnel.

« L'inutilité temporelle » du recours gracieux. La possibilité pour un patient détenu d'exercer un recours gracieux à l'encontre des mesures disciplinaires qui lui sont

[1745] CE, 17 février 1995, *Marie*, req. n° 97754.
[1746] CÉRÉ Jean-Paul, « Prison : sanctions disciplinaires », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, n° 64.

imposées est inscrite aux articles R. 131-1[1747], R. 314-1[1748] et R. 315-2[1749] du Code pénitentiaire. Ces trois hypothèses débouchent sur la conduite d'un entretien en présence des membres du personnel de l'administration pénitentiaire. En pratique, ce recours présente peu d'intérêt pour la sauvegarde des garanties du patient détenu, car il parait peu probable que l'autorité saisie (directeur interrégional ou ministre de la Justice) revienne sur la décision prise par le titulaire du pouvoir disciplinaire ou que le chef d'établissement se censure lui-même. De plus, la sanction sera généralement exécutée en totalité avant que la réponse de l'autorité saisie ne parvienne à l'intéressé.

Le recours hiérarchique : une étape préalable obligatoire à la procédure contentieuse. Selon l'article R. 234-43 du Code pénitentiaire[1750], le recours hiérarchique préalable est obligatoire si la personne détenue veut porter sa requête devant le juge administratif dans le cadre d'une procédure contentieuse. Cette affirmation se déduit de la formule « préalablement à tout recours contentieux » et met en exergue le fait qu'il soit impossible pour le patient détenu de saisir le juge immédiatement après qu'une sanction disciplinaire lui soit infligée[1751].

Le patient détenu dispose d'un délai de 15 jours à compter de la date de la notification de la décision pour exercer son droit. Dès réception de la requête, le directeur interrégional des services pénitentiaires (DISP) doit envoyer au détenu un accusé de réception comprenant plusieurs indications : date à partir de laquelle, faute de décision expresse, sa demande sera réputée rejetée, les délais et voies de recours contre la décision implicite de rejet[1752]. Il[1753] dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du recours pour répondre par décision motivée[1754]. Si ce dernier ne répond pas dans le délai

[1747] Article R. 131-1 du Code pénitentiaire : « Chaque personne détenue peut demander à être entendue par les magistrats et fonctionnaires chargés de l'inspection ou de la visite de l'établissement, hors la présence de tout membre du personnel de l'établissement pénitentiaire ».
[1748] Article R. 314-1 du Code pénitentiaire : « Toute personne détenue peut présenter des requêtes ou des plaintes au chef de l'établissement pénitentiaire qui lui accorde audience si elle invoque un motif suffisant ».
[1749] Article R. 315-2 du Code pénitentiaire : « Toute personne détenue à laquelle une décision administrative a fait grief peut former, conformément aux dispositions des articles L. 411-1 à L. 411-7 du code des relations entre le public et l'administration, un recours hiérarchique : 1° Auprès du directeur interrégional des services pénitentiaires si la décision émane du chef de l'établissement pénitentiaire ; 2° Auprès du garde des Sceaux, ministre de la Justice, si la décision émane du directeur interrégional des services pénitentiaires. Ce recours n'est pas suspensif ».
[1750] Article R. 243-43 du Code pénitentiaire : « Une personne détenue qui entend contester la sanction prononcée à son encontre par le président de la commission de discipline doit, dans le délai de quinze jours à compter du jour de la notification de la décision, la déférer au directeur interrégional des services pénitentiaires préalablement à tout recours contentieux. Le directeur interrégional dispose d'un délai d'un mois à compter de la réception du recours pour répondre par décision motivée. L'absence de réponse dans ce délai vaut décision de rejet ».
[1751] CAA Marseille, 28 décembre 2000, req. n°98MA00072.
[1752] CÉRÉ Jean-Paul, « Prison : sanctions disciplinaires », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, n° 66.
[1753] En l'espèce, lui seul est compétent pour statuer en la matière, sauf à justifier d'une délégation explicite de compétence. Cette dernière devra alors être mentionnée clairement afin de pouvoir vérifier l'effectivité de ladite délégation. TA Versailles, 19 février 2004.
[1754] Si la procédure devant le directeur interrégional n'est pas contradictoire (TA Nantes, 27 octobre 2004) le détenu doit être en mesure de faire des observations sur l'ensemble des faits qui lui sont reprochés (TA Rouen, 30 juillet 2004). Cité par CÉRÉ Jean-Paul, « Prison : sanctions disciplinaires », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, n° 66.

imparti d'un mois, il est réputé avoir rejeté les prétentions du requérant. S'il répond à l'issue du délai d'un mois et avant l'expiration du délai de deux mois durant lequel le détenu peut exercer un recours contentieux devant les juridictions administratives, sa décision a pour effet de faire courir à nouveau le délai contentieux de deux mois. Ce contentieux s'effectuera alors dans le cadre d'un recours juridictionnel.

Le recours juridictionnel : le dernier recours. La possibilité laissée au patient détenu d'exercer un recours juridictionnel contre les sanctions disciplinaires peut être qualifiée de récente. Jusqu'à l'arrêt *Marie* de 1995, tous les recours étaient rejetés, aussi bien par le juge administratif[1755] que par le juge judiciaire[1756]. À partir de 1995, cette possibilité a été reconnue à l'égard des sanctions de mise en cellule disciplinaire. La question s'est posée de savoir s'il était possible de recourir à cette procédure pour toutes les autres décisions disciplinaires ou s'il fallait se limiter à ce point. Si la sanction de confinement en cellule ordinaire a été assimilée à la mise en cellule disciplinaire et donc a pu bénéficier de ce recours[1757], les autres mesures ont fait l'objet d'une plus longue évolution jurisprudentielle. Il faudra attendre trois arrêts du Conseil d'État du 14 décembre 2007[1758] pour qu'un assouplissement soit acté en la matière. En l'espèce, il s'agissait de décision de transfert dans des conditions de détention plus strictes[1759] ; de décisions de transfert successives[1760] ; et d'une décision de déclassement d'emploi[1761]. La dernière extension de compétence résulte d'un arrêt de la Haute juridiction administrative du 21 mai 2014[1762] au cours de laquelle il a été jugé que toutes les décisions disciplinaires infligées aux personnes détenues, y compris les sanctions d'avertissement, sont susceptibles de faire l'objet d'un recours pour excès de pouvoir.

La synchronisation de ce recours sur la procédure du « recours pour excès de pouvoir » n'est pas surprenante dans la mesure où il s'agit « d'un recours qui est ouvert même sans texte contre tout acte administratif, et qui a pour effet d'assurer, conformément aux principes généraux du droit, le respect de la légalité[1763] ». Néanmoins, cette procédure

[1755] CE, 28 juillet 1932, *Brunaux*.
[1756] Cass. Crim., 20 décembre 1990, *Omarsaïb*.
[1757] TA Lille, 26 février 2004.
[1758] CE, 14 décembre 2007, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/Boussouar*, req. n° 290730 ; CE, 14 décembre 2007, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/Payet*, req. n° 306432 ; CE, 14 décembre 2007, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/Planchenault*, req. n°290420.V. également PÉCHILLON Éric, « L'activité des établissements pénitentiaires soumise à un contrôle plus rigoureux du juge administratif », AJ Pénal, 2008, p. 100.
[1759] CE, 14 décembre 2007, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/Boussouar*, req. n° 290730.
[1760] CE, 14 décembre 2007, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/Payet*, req. n° 306432.
[1761] CE, 14 décembre 2007, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/Planchenault*, req. n° 290420.
[1762] CE, 21 mai 2014, req. n° 354672.
[1763] CE, 17 février 1950, *ministre de l'Agriculture c/Dame Lamotte*, req. n° 86949.

est ouverte si le recours administratif préalable ne lui a pas donné satisfaction. Le patient détenu dispose alors d'un délai de deux mois à compter de la notification de la décision rendue dans le cadre du recours hiérarchique préalable. Ce délai est ramené à un mois si le DISP ne s'est pas prononcé dans le délai imparti d'un mois qui lui était accordé.

Dans tous les cas, le juge administratif tente de concilier la recherche d'une meilleure légalité de la mesure avec la sauvegarde d'une autonomie nécessaire du chef d'établissement dans la gestion des conflits internes. Nous retrouvons dans cette démarche l'application d'un critère de proportionnalité et de personnalisation de la sanction disciplinaire, qui ne sont pas sans rappeler les critères de la peine exigés par BECCARIA. La prise en considération de ces points justifie que ces requêtes soient appréciées *in concreto*[1764]. En décidant qu' « il appartient au juge de l'excès de pouvoir (…) de rechercher si les faits reprochés à un détenu ayant fait l'objet d'une sanction disciplinaire constituent des fautes de nature à justifier une sanction et si la sanction retenue est proportionnée à la gravité de ces fautes[1765]», l'intensité du contrôle s'aligne sur les enjeux des autres contentieux disciplinaires[1766]. Ce rapprochement s'opère également dans le cadre du contentieux visant à faire engager la responsabilité de l'État.

2) La réparation du préjudice subi par le fait d'un service public

L'exigence traditionnelle d'une faute. Traditionnellement, l'engagement de la responsabilité d'autrui repose sur une faute[1767]. La responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires ne fait pas exception à cette règle[1768]. Seule une distinction relative à la faute de service et à la faute personnelle doit être opérée. Lorsque l'acte litigieux repose

[1764] TA Melun, 15 octobre 1997, req. n° 9607523 et req. n° 9612297.
[1765] CE, 1er juin 2015, req. n° 380449.
[1766] CÉRÉ Jean-Paul, « Prison : sanctions disciplinaires », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, n° 71.
[1767] Cependant, il existe des hypothèses de responsabilité sans faute. Cette hypothèse a été retenue en matière pénitentiaire dans le cadre de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009. Selon son article 44 alinéa 2, « Même en l'absence de faute, l'État est tenu de réparer le dommage résultant du décès d'une personne détenue causé par des violences commises au sein d'un établissement pénitentiaire par une autre personne détenue ». Ce principe est désormais repris à l'article L. 8 du Code pénitentiaire dans les mêmes termes.
[1768] Le principe de la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires a été affirmé par le Conseil d'État dans les arrêts *Mineurs Zulemaro* (CE, 4 janvier 1918) et *Duchesne* (CE, 4 janvier 1918). À cette époque, il fallait rapporter la preuve d'une « faute manifeste et d'une particulière gravité » (CE, 9 avril 1948, *Dame Veuve Ciais*). Dans la mesure où c'est traditionnellement au demandeur d'apporter la preuve de son préjudice, il est aisé de comprendre la difficulté probatoire en la matière. Par la suite, la jurisprudence a opéré un abandon progressif du critère de la faute lourde. Des cas assez atypiques attestent de situation où le juge administratif n'a même pas pris la peine de définir la nature de la faute pour retenir la responsabilité de l'administration (CE, 23 avril 1937, *Cattaruza*). Désormais, la seule une succession de fautes simples permet aux détenus de pouvoir engager la responsabilité de l'État (CE, 23 mai 2003, *Mme Chabba*).

sur un acte impersonnel et qu'il révèle un administrateur plus ou moins sujet à erreur[1769], l'agent public commet une faute de service qui engage la responsabilité de l'administration dont il dépend devant les juridictions administratives. Lorsque l'acte litigieux présente un caractère intentionnel ou d'une extrême gravité détachable du service, la faute personnelle peut alors être retenue et engage la responsabilité personnelle de l'agent devant les juridictions judiciaires. Cependant, la responsabilité de l'administration peut être recherchée en raison du lien[1770] entre la faute personnelle et le service[1771], lorsque les fautes ont été commises avec les moyens du service[1772] ou en raison de facilités procurées par le service[1773].

L'évaluation de la faute constitutive du préjudice. Comme dans le cadre de la responsabilité civile extracontractuelle, le demandeur doit apporter la preuve de l'existence d'un préjudice, moral et/ou matériel, certain[1774]. Ce dernier peut être futur dès lors qu'il est certain qu'il se produira[1775] et à condition que ladite chance ait été suffisamment sérieuse. Le montant des dommages-intérêts sera apprécié au jour de la réalisation du préjudice, s'agissant des atteintes aux biens[1776] et au jour du prononcé de la décision par le juge administratif dans le cadre des dommages corporels[1777].

L'exigence d'un lien de causalité. Outre le critère relatif à la faute, la jurisprudence *Chabba*[1778] a précisé qu'un lien de causalité doit également être caractérisé. Initialement, le dommage (en l'espèce le suicide[1779] de la personne détenue) devait « être regardé comme la conséquence directe d'une succession de fautes imputables au service pénitentiaire ». Si la jurisprudence a abandonné le critère de la faute lourde[1780], la caractérisation d'une succession de fautes au sein du milieu pénitentiaire reste complexe à établir[1781]. Par la suite, le Conseil d'État s'est prononcé non pas sur l'existence du lien de

[1769] Tribunal des conflits, 5 mai 1877.
[1770] En cas d'absence de lien, dans la mesure où la faute personnelle est dépourvue de tout lien avec le service public au sein duquel l'agent travaille, ce dernier engage uniquement sa responsabilité personnelle. Le contentieux sera alors porté devant les juridictions judiciaires de droit commun selon les règles établies par les articles 1240 et suivants du Code civil.
[1771] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 391.
[1772] CE, 23 décembre 1987, *Époux Bachelier*.
[1773] CE, 18 novembre 1988, *ministère de la Défense c/Époux Raszewki*.
[1774] CE 21 février 2000, *Vogel*.
[1775] Il peut consister dans la perte d'une chance (V. par ex., pour la perte d'une chance d'être assisté d'un avocat en commission de discipline et, en conséquence, de se voir infliger une sanction plus modérée, TA Rouen, 30 juillet 2004, req. n° 0200894).
[1776] CE 21 mars 1947, *Veuve Pascal.*
[1777] CE 21 mars 1947, *Veuves Aubry et Lefèvre*.
[1778] CE, 23 mai 2003, *Mme Chabba*.
[1779] Sur cette question V. DE GRAËVE Loïc, « Le droit à la vie et l'administration pénitentiaire », *RFDA*, 2009, p. 947 ; FOUCHARD Isabelle, « Décès violents de détenus en prison », *AJDA*, 2011, p. 142.
[1780] L'exigence d'une faute lourde a très longtemps permis à l'administration pénitentiaire d'échapper à toute responsabilité compte tenu de la difficulté pour les requérants d'obtenir la preuve de cette faute qualifiée. CE, 3 octobre 1958, *Rakotoarinovy*.
[1781] BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 395.

causalité, mais sur son caractère direct[1782]. Elle s'est appuyée sur la théorie de la causalité adéquate combinée à « l'élément *ratione temporis* qui correspond, en l'espèce, au laps de temps écoulé entre les fautes pénitentiaires et le suicide de la personne détenue[1783] ». Cette technicité a été quelque peu remise en cause en 2007 dans le cadre de l'arrêt *Delorme* où le Conseil d'État a énoncé que « la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires en cas de dommage résultant du suicide d'un détenu, peut être recherchée seulement en cas de faute[1784] ». Cependant, il ne s'agit pas d'un principe général et les critères que doivent revêtir la faute pour engager la responsabilité de l'État sont appréciés *in concreto*.

Une extension progressive du contentieux. Si dans les premiers temps la responsabilité de l'administration pénitentiaire s'est principalement cristallisée autour de la question du suicide, le contentieux s'est progressivement diversifié. Sont ainsi apparus plusieurs recours fondés sur des conditions de détention non conformes au respect de la dignité de la personne humaine[1785] ou sur une prise en charge inadéquate[1786] de la personne détenue au regard de son état de santé[1787], et en particulier de son handicap[1788]. Nous pouvons observer que les préoccupations des politiques de santé publique initiées dans le milieu libre se retrouvent également dans la prison, car plusieurs contentieux ont été menés afin de faire valoir le droit des personnes détenues d'être protégées contre les conséquences du tabagisme passif[1789].

Un cas de responsabilité partagée. Enfin, dans la mesure où le patient détenu a une double qualité d'usager, il nous faut envisager l'hypothèse d'un cas de responsabilité partagée entre le service public pénitentiaire et service public hospitalier. Cette situation traduit l'hypothèse où le dommage subi par un patient détenu puise sa source à la fois dans une faute des services pénitentiaires, mais aussi dans une faute commise par le personnel de santé. En 2010, le Conseil d'État[1790] indiqua que « lorsqu'un dommage trouve sa cause dans plusieurs fautes qui, commises par des personnes différentes ayant agi de façon indépendante, portaient chacune en elle normalement ce dommage au moment où elles se

[1782]BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, p. 396.
[1783] *Ibidem.*
[1784] CE, 9 juillet 2007, *Delorme*, req. n° 281205.
[1785] La première condamnation de l'État en la matière a été reconnue dans le cadre d'un jugement prononcé par le Tribunal administratif de Rouen en date du 27 mars 2008. (TA Rouen, 27 mars 2008, req. n° 0602590).
[1786] La responsabilité de l'administration pénitentiaire est admise en cas de manque d'information, ainsi que du manque de soins, s'agissant d'un détenu affecté au service d'entretien de la maison d'arrêt, qui décède des suites d'un mélange effectué entre un détartrant pour les toilettes et de l'eau de javel (CAA Marseille, 1er mars 2004, n°00MA02328). Cité par CÉRÉ Jean-Paul, « Prison », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, n°385.
[1787] Est engagée la responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires en cas de défaut de soins administrés à une personne détenue. V. par exemple CAA Versailles, 16 décembre 2010, req. n°08VE00299.
[1788] V. par exemple CAA Bordeaux, 4 octobre 2011, n°10BX03217.
[1789] TA Caen, 24 septembre 2015, req. n° 1500035.
[1790] CE, 2 juillet 2010, *Madranges*, req. n° 323890.

sont produites, la victime peut rechercher la réparation de son préjudice en demandant la condamnation de l'une de ces personnes ou de celles-ci conjointement, sans préjudice des actions récursoires que les coauteurs du dommage pourraient former entre eux ». Appliquée à la problématique du suicide en prison, le Conseil d'État[1791] énonça que pour que la responsabilité *in solidum* des services pénitentiaires et sanitaires soit retenue, il faut démontrer que la faute commise par les professionnels de santé ait concouru à la faute du service pénitentiaire[1792].

Cette jurisprudence a été quelque peu assouplie avec l'arrêt *Bendjebel* du 4 juin 2014[1793]. Désormais, la victime d'un dommage survenu à l'occasion de la collaboration de plusieurs personnes publiques à l'exécution d'un même service public a la possibilité d'obtenir une réparation intégrale, soit par une action contre l'une de ces collectivités tenues à la réparation du tout envers la victime, soit contre toutes en demandant leur condamnation solidaire. Les requérants doivent alors caractériser une faute du personnel de santé « imputable à une carence fautive dans le suivi médical de l'intéressé à l'intérieur de l'établissement ». Ainsi, la responsabilité de l'État peut être engagée au titre du service pénitentiaire si la faute à l'origine du dommage subi par la personne détenue prend sa source dans une faute commise par un membre de l'USMP[1794].

À l'égard des patients DSPSC, les évolutions législatives et jurisprudentielles en matière de recours ont permis de consolider les différents droits qui leur étaient offerts. « En admettant de plus en plus largement les recours (…) pour faire respecter leurs droits, le juge administratif affirme que les mots ne doivent pas être détournés et qu'un droit est un droit quel que soit le côté du mur où l'on se trouve[1795] ». Cependant, que le contentieux soit exercé au fond, en urgence, devant le juge judiciaire ou devant le juge administratif, il nécessite la mise des moyens financiers et un investissement important. Compte tenu de la vulnérabilité dans laquelle les patients DSPSC se trouvent, il convient de trouver des solutions plus accessibles. Ces dernières sont principalement assurées par des acteurs extra-étatiques.

[1791] CE, 24 avril 2012, *M et Mme Massioui*, req. n° 342104.
[1792] BONNE-HARBIL Aurélie, « Suicide d'un détenu : répartition des responsabilités entre l'État et les soignants », *Revue Droit & Santé*, n° 48, 2012, pp. 490-493.
[1793] En l'espèce, il convient de préciser que le dommage était survenu au sein de l'établissement pénitentiaire et de l'USMP.
[1794] Dans cette hypothèse, l'État disposera d'une action en garantie à l'encontre de l'établissement hospitalier dont dépend l'USMP.
[1795] VIGOUROUX Christian, « La valeur de la justice en détention », *AJDA*, 2009, p. 403.

Chapitre II : Le rôle des acteurs extrajudiciaires dans la garantie du droit à la protection de la santé des patients DSPSC

L'échec relatif des visites obligatoires. La privation de liberté constitue une dérogation majeure à nos libertés fondamentales. De ce fait, la logique requiert que les professionnels qui la contrôlent[1796] et/ou qui concourent à son retrait, de manière directe ou indirecte, prennent conscience de la portée de leurs actes. Le législateur a donc instauré des visites, obligatoires ou facultatives selon les professionnels concernés, aussi bien dans le cadre pénitentiaire[1797] que dans le cadre des soins psychiatriques[1798]. Cependant, ces dispositifs ne sont pas toujours correctement appliqués et mériteraient d'être consolidés.

Face à cette efficacité relative des contrôles, nous avons pu observer l'arrivée de plusieurs autres professionnels extrajudiciaires qui concourent activement à la préservation des droits fondamentaux des patients DSPSC (Section 1). Cependant, le renforcement de leurs garanties ne réside pas obligatoirement dans l'instauration d'une nouvelle procédure ou d'un nouvel organe de contrôle. Des solutions peuvent être proposées en s'attachant à renforcer certains droits déjà existants au sein de notre législation en s'appuyant sur des acteurs privés (Section 2).

[1796] CASTAING Cécile, « Les contrôles administratifs des mesures de soins psychiatriques sans consentement », *in* LAUDE Anne (dir.), *Consentement et santé*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2014, pp. 163-183.
[1797] Articles L. 131-1 et L. 132-1 du Code pénitentiaire.
[1798] Article L. 3224-1 du CSP : « Les établissements mentionnés à l'article L. 3222-1 sont visités sans publicité préalable au moins une fois par an par le représentant de l'État dans le département ou son représentant, par le président du tribunal judiciaire ou son délégué, par le procureur de la République dans le ressort duquel est situé l'établissement et par le maire de la commune ou son représentant. Ces autorités reçoivent les réclamations des personnes admises en soins psychiatriques sans leur consentement ou de leur conseil et procèdent, le cas échéant, à toutes vérifications utiles. Elles contrôlent notamment la bonne application des dispositions des articles L. 3211-1, L. 3211-2, L. 3211-2-1 et L. 3211-3 et signent le registre de l'établissement dans les conditions prévues à l'article L. 3212-11 ».

Section 1 : L'influence du rôle des acteurs extrajudiciaires dans la défense des droits des patients DSPSC

Deux autorités administratives indépendantes et une autorité spécifique. Depuis plusieurs d'années, le législateur a instauré des acteurs extrajudiciaires chargés de veiller à la bonne application de règles de droit au sein des lieux privatifs de liberté[1799]. Dans ce domaine, vis-à-vis des patients DSPSC, trois acteurs méritent d'être cités : CGLPL, le Défenseur des droits et la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Si leur champ d'action respectif se regroupe sur plusieurs points, ils ne sont pas soumis au même statut. Seuls le CGLPL et le Défenseur des droits ont la qualité d'autorité administrative indépendante (AAI) (§ 1). La CDSP ne peut se prévaloir de cette qualité compte tenu des liens étroits qu'elle entretient avec l'ARS (§ 2).

§ 1 : L'influence des autorités administratives indépendantes dans la défense des droits des patients DSPSC

Aspects historiques. L'idée de créer des institutions qui vise à corriger, de façon non juridictionnelle, les différentes atteintes opérées par l'Administration à l'égard des citoyens n'est pas nouvelle, même si la France « n'a pas fait montre de précocité[1800] ». La première institution qui concourra à cette finalité fut le Médiateur, rebaptisé par la suite « Médiateur de la République », dont la création fut actée par la loi n° 73-6 du 3 janvier

[1799] Récemment, le législateur a instauré un droit de visite à l'égard des bâtonniers. V. Loi n° 2021-1729 du 22 décembre 2021 pour la confiance dans l'institution judiciaire, JORF n° 0298 du 23 décembre 2021, Texte n° 2. Ce droit de visite, pour le moment, ne s'applique pas aux établissements de santé. Sont également exclus de ce dispositif les UHSI, les UHSA, les UMD et l'EPSM de Fresnes.
[1800] MATHIEU Jean-Luc, *L'institution du défendeur des droits*, Paris, L'Harmattan, 2020, p. 13.

1973[1801] et le statut d'autorité indépendante attribuée par la loi n° 89-18 du 13 janvier 1979[1802]. Par la suite, furent instaurés le défenseur des enfants[1803], la Commission nationale de déontologie de la sécurité (CNDS)[1804], et enfin la Haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'Égalité (HALDE)[1805].

Si la création d'AAI spécifiques peut être perçue comme un gage de qualité de leur action, leur multiplicité peut rendre leur accessibilité plus opaque. Dans un rapport de 2005[1806], le sénateur Patrice GÉLARD indiqua « qu'il serait nécessaire d'envisager le regroupement de certaines d'entre elles ». Cette réflexion se poursuivit dans le cadre du Comité de réflexion et de préparation sur la modernisation et le rééquilibrage des institutions de la V^{ème} République[1807]. Elle fut concrétisée lors de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008, avec la création du Défenseur des droits (DDD).

Si ce dernier a bénéficié d'une reconnaissance sur le plan constitutionnel, il convient de souligner que quelques mois plus tôt, une autre autorité indépendante a vu le jour : le CGLPL. Si ces deux autorités partagent des points communs, leur champ d'action diffère. La mission du Défenseur des droits s'exécute aussi bien en milieu libre que dans les lieux privatifs de liberté (A), alors que celle du CGLPL est limitée aux lieux privatifs de liberté (B).

[1801] Loi n° 73-6 du 3 janvier 1973 instituant un médiateur de la République, JORF du 4 janvier 1973.
[1802] Loi n° 89-18 du 13 janvier 1979 portant diverses mesures d'ordre social, JORF du 14 janvier 1989.
[1803] Loi n° 2000-196 du 6 mars 2000 instituant un Défenseur des enfants, JORF n° 56 du 7 mars 2000, Texte n° 1.
[1804] Loi n° 2000-494 du 6 juin 2000 portant création d'une Commission nationale de déontologie de la sécurité, JORF n° 131 du 7 juin 2000, Texte n° 2.
[1805] Loi n° 2004-1486 du 30 décembre 2004 portant création de la haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, JORF n° 0304 du 31 décembre 2004, Texte n° 3.
[1806] GÉLARD Patrice, *Rapport sur les autorités administratives indépendantes*, Office parlementaire d'évaluation de la législation, 2005 (en ligne) https://www.assemblee-nationale.fr/12/rap-off/i3166-tI.asp
[1807] Créé le 12 juillet 2007 et présidé par Edouard BALLADUR.

A : L'action du Défenseur des droits

Une AAI consacrée par la Constitution. Lors de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008, le législateur a rajouté à notre Constitution un Titre XI bis intitulé « Le Défenseur des droits » qui se compose d'un article unique : l'article 71-1[1808]. Il a été complété par la loi organique n° 2011-33[1809] et la loi n°334-2011 du 29 mars 2011[1810] qui instaurèrent de manière effective le DDD sur notre territoire. Ces deux lois ont permis d'affiner le champ d'action du DDD (1) ainsi que ses pouvoirs (2).

1) Le cadre d'intervention du Défenseur des droits

La recevabilité de la saisine. Des missions progressivement élargies. Le cadre d'intervention du DDD est établi par l'article 4 de la loi organique du 29 mars 2011[1811]. Initialement, la rédaction de cet article mentionnait quatre champs d'action dans lesquels ce dernier pouvait être saisi et exercer sa mission. En 2016, une cinquième compétence a été rajoutée par la loi organique n° 2016-1690 du 9 décembre 2016[1812]. Avant de les étudier, il faut déterminer si les patients DSPSC peuvent saisir cette autorité.

Au regard de la généralité des formules employées pour définir la mission du DDD, aucun obstacle ne se présente à l'égard des patients DSPSC qui souhaiteraient saisir cette AAI. Cette affirmation est corroborée par les rapports annuels d'activité du DDD où

[1808] Ce dernier dispose dans son premier alinéa que « le Défenseur des droits veille au respect des droits et libertés par les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics, ainsi que par tout organisme investi d'une mission de service public, ou à l'égard duquel la loi organique lui attribue des compétences ».
[1809] Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits, JORF n° 0075 du 30 mars 2011, Texte n° 1.
[1810] Loi n° 2011-334 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits, JORF n° 0075 du 30 mars 2011, Texte n° 2.
[1811] Ce dernier énonçait que « le Défenseur des droits est chargé : 1° De défendre les droits et libertés dans le cadre des relations avec les administrations de l'État, les collectivités territoriales, les établissements publics et les organismes investis d'une mission de service public ; 2° De défendre et de promouvoir l'intérêt supérieur et les droits de l'enfant consacrés par la loi ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France ; 3° De lutter contre les discriminations, directes ou indirectes, prohibées par la loi ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France ainsi que de promouvoir l'égalité ; 4° De veiller au respect de la déontologie par les personnes exerçant des activités de sécurité sur le territoire de la République ».
[1812] Loi organique n° 2016-1690 du 9 décembre 2016 relative à la compétence du Défenseur des droits pour l'orientation et la protection des lanceurs d'alerte, JORF n° 0287 du 10 décembre 2016, Texte n° 1.

plusieurs interventions en milieu carcéral[1813] ont été opérées, contrairement aux SPSC où les interventions sont plus rares, mais se déduit d'autres écrits[1814]. Sa compétence à l'égard des patients DSPSC étant établie, encore faut-il savoir dans quel(s) champ(s) d'action les requêtes qui lui sont formulées peuvent s'inscrire.

La défense des droits. Selon l'article 4 1° de la loi organique du 29 mars 2011, le DDD est compétent pour « défendre les droits et libertés des personnes, dans leurs relations avec les services publics ». Ici, la notion de « services publics » doit être entendue au sens large. Elle regroupe l'ensemble des administrations de l'État telles que l'administration hospitalière, le service public de la justice, et l'administration pénitentiaire[1815]. Dans ce champ de compétence, le DDD intervient pour « rétablir l'accès aux droits des personnes qui rencontrent des difficultés pour faire aboutir leurs démarches vis-à-vis d'une administration de l'État[1816] ». Il pourra, par exemple, intervenir à l'égard d'un patient ayant formulé une demande de complémentaire santé solidaire[1817] (CSS) et dont la demande n'a pas abouti ou tarde à être donnée. Cette mission, que nous pourrions qualifier « d'assistance », est complétée par une mission de « défense ». En cas d'atteinte aux droits fondamentaux de la personne, il peut intervenir en interpellant le ou les services publics à l'origine de l'atteinte.

La lutte contre les discriminations. Le DDD a également pour mission de « lutter contre les discriminations et de promouvoir l'égalité[1818] ». En la matière, il reprend la mission de la HALDE. Dans la mesure où la notion de discrimination n'est pas qualifiée, cette disposition s'applique à l'ensemble des discriminations « directes ou indirectes, prohibées par les lois ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France[1819] ». Sur ce terrain, son intervention à l'égard des patients DSPSC peut se manifester dans les discriminations subies au niveau de leur prise en charge. Tel est le cas par exemple d'une prise en charge différenciée (examens moins rigoureux, traitements moins adaptés) dont la caractérisation serait également susceptible d'être portée à l'attention du DDD au regard de sa mission en matière de déontologie.

[1813] En 2021, 147 délégués du Défenseur des droits sont intervenus dans 169 des 186 établissements pénitentiaires. DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport annuel d'activité 2021* (en ligne), p. 83.
[1814] DÉFENSEUR DES DROITS, Avis 13-06 du 11 juillet 2013 relatif aux soins sans consentement en psychiatrie : Proposition de loi n° 1223 relative aux soins sans consentement en psychiatrie.
[1815] MATHIEU Jean-Luc, *L'institution du défendeur des droits*, Paris, L'Harmattan, 2020, p. 69.
[1816] *Ibidem*, p. 70.
[1817] Depuis le 1er novembre 2019, la CSS remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). V. Articles L861-1 à L865-1 du Code de la sécurité sociale.
[1818] Article 4 3° de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits.
[1819] MATHIEU Jean-Luc, *L'institution du défendeur des droits*, Paris, L'Harmattan, 2020, p. 71.

Veiller au respect de la déontologie. En reprenant les anciennes attributions de la CNDS, le DDD « veille au respect de la déontologie par les personnes exerçant des activités de sécurité sur le territoire de la République[1820] ». Au regard de notre sujet, les situations qui justifieraient une saisine sur ce fondement sont nombreuses : l'usage disproportionné de la force et/ou des mesures de contention ; une procédure de fouille corporelle abusive ; la tenue de propos humiliants ; un traitement inhumain ou dégradant[1821].

L'accompagnement des « lanceurs d'alerte ». Enfin, depuis 2016, le DDD peut « orienter vers les autorités compétentes toute personne signalant une alerte dans les conditions fixées par la loi, de veiller aux droits et libertés de cette personne et, en tant que de besoin, de lui assurer une aide financière ou un secours financier[1822] ». Une requête adressée par un patient DSPSC sur ce fondement n'est pas inenvisageable, en particulier dans le cadre des alertes sur les conditions d'hygiène et de sécurité. Ce procédé peut permettre au patient DSPSC de prendre connaissance des autres procédures susceptibles de s'ouvrir à lui comme la saisine du CGLPL ou encore l'exercice du recours mentionné à l'article 803-8 du CPP en cas d'atteinte à la dignité humaine.

Si l'intervention de cet acteur extra-judiciaire s'inscrit dans un large cadre, encore faut-il qu'il puisse avoir connaissance des faits litigieux pour diligenter au mieux son action. Dans cette optique, les articles 5 et 7 de la loi organique du 29 mars 2011 énoncent les différents canaux par lesquels cette dynamique peut s'opérer. De manière synthétique, nous pouvons distinguer une voie « directe » et une voie « indirecte ».

[1820] Article 4 4° de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits.
[1821] V. par exemple DÉFENSEUR DES DROITS, « Les violences commises en prison, une réponse encourageante du garde des Sceaux », *Rapport annuel d'activité 2021*, p. 67.
[1822] Cette disposition fut partiellement approuvée par les Sages dans le cadre d'une décision n° 2016-740 du 8 décembre 2016 (C. const., 8 décembre 2016, n° 2016-740 DC). Le Conseil constitutionnel a jugé conformes à la Constitution les dispositions qui attribuaient au Défenseur des droits la compétence d'orienter les lanceurs d'alerte vers les autorités appropriées. En revanche, il a estimé que les dispositions de l'article 71-1 de la Constitution ne lui attribuaient pas la compétence d'apporter lui-même une aide financière qui pourrait s'avérer nécessaire aux personnes qui peuvent le saisir. Cette décision entraina la modification de l'article 4 de la loi organique du 29 mars 2011 qui fut actée par la loi n° 2022-400 du 21 mars 2022 (Loi organique n° 2022-400 du 21 mars 2022 visant à renforcer le rôle du Défenseur des droits en matière de signalement d'alerte, JORF n° 0068 du 22 mars 2022, Texte n° 1).

Les modalités de saisine du DDD. Dans la mesure où l'atteinte subie comporte une dimension personnelle, la première voie ouverte par la loi est celle de la saisine[1823]. Cette modalité d'action traduit l'interpellation du DDD « par toute personne qui s'estime lésée dans l'un ou l'autre des domaines de compétence[1824] ». Au regard de l'article 5 de la loi organique du 29 mars 2011, il apparait, d'une part, que le DDD dispose de la faculté de s'autosaisir et d'autre part, que cette saisine peut être effectuée par les ayants droit de la personne dont les droits et libertés sont en cause. L'ouverture de la saisine à une pluralité de protagonistes doit être vue comme une réelle opportunité pour les patients DSPSC s'ils ne disposent pas des facultés cognitives et/ou mentales nécessaires pour produire un écrit.

À côté de cette « voie directe », le législateur a prévu la possibilité de saisir le DDD par l'intermédiaire d'une réclamation adressée à un député, à un sénateur ou à un représentant français au Parlement européen. Si rien ne s'oppose à la mise en œuvre d'une telle démarche par un patient DSPSC, cette modalité de saisine n'est pas la plus appropriée à leur situation. En effet, outre les éventuelles difficultés liées à la production d'un écrit, le fait que l'information soit transmise par un intermédiaire risque d'accroître le délai de traitement de la requête.

Dans tous les cas, ces deux modalités d'information demeurent inutiles si elles ne débouchent pas sur l'instauration d'actions effectives menées par le DDD ou ses représentants[1825]. Dans cette perspective, la loi lui a reconnu certains pouvoirs.

[1823] Article 5 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits : « Le Défenseur des droits peut être saisi : 1° Par toute personne physique ou morale qui s'estime lésée dans ses droits et libertés par le fonctionnement d'une administration de l'État, d'une collectivité territoriale, d'un établissement public ou d'un organisme investi d'une mission de service public ; 2° Par un enfant qui invoque la protection de ses droits ou une situation mettant en cause son intérêt, par ses représentants légaux, les membres de sa famille, les services médicaux ou sociaux ou toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits et se proposant par ses statuts de défendre les droits de l'enfant ; 3° Par toute personne qui s'estime victime d'une discrimination, directe ou indirecte, prohibée par la loi ou par un engagement international régulièrement ratifié ou approuvé par la France, ou par toute association régulièrement déclarée depuis au moins cinq ans à la date des faits se proposant par ses statuts de combattre les discriminations ou d'assister les victimes de discriminations, conjointement avec la personne s'estimant victime de discrimination ou avec son accord ; 4° Par toute personne qui a été victime ou témoin de faits dont elle estime qu'ils constituent un manquement aux règles de déontologie dans le domaine de la sécurité. Le Défenseur des droits peut être saisi des agissements de personnes publiques ou privées. Il peut en outre se saisir d'office ou être saisi par les ayants droit de la personne dont les droits et libertés sont en cause. Il est saisi des réclamations qui sont adressées à ses adjoints ».

[1824] MATHIEU Jean-Luc, *L'institution du défendeur des droits*, Paris, L'Harmattan, 2020, p. 77.

[1825] Afin de l'aider dans l'exécution de sa mission, le Défenseur des droits désigne, sur l'ensemble du territoire, des délégués. Ces derniers sont placés sous son autorité. Ils assurent, dans leur ressort géographique (généralement un département), une mission d'accès au droit. Il est également possible de voir des délégués désignés spécifiquement pour intervenir dans un type d'établissement particulier. Tel est le cas par exemple du délégué territorial du Défenseur des droits de Fleury-Mérogis.

2) Les pouvoirs du Défendeur des droits

Des pouvoirs à la contrainte variable. Les pouvoirs octroyés au DDD pour mener à bien ses différentes missions peuvent être classifiés en deux catégories : ceux grâce auxquels il peut proposer directement une solution au litige et ceux par lesquels il apporte son concours à une procédure.

Le DDD comme force de proposition. En premier lieu, le DDD dispose du droit de faire des « recommandations »[1826]. Elles ne doivent pas être assimilées à de simples suggestions à l'égard de l'administration mise en cause. En effet, « s'il estime, au vu des informations reçues, qu'une recommandation n'a pas été suivie d'effet, le Défenseur des droits peut enjoindre à la personne mise en cause de prendre, dans un délai déterminé, les mesures nécessaires[1827] ». Devant le juge civil, cette démarche s'inscrit dans le cadre des articles 484 et suivant du Code de procédure civile, et, devant le juge administratif, dans les dispositions de l'article R. 557-1 du Code de justice administrative. Bien que ces injonctions ne puissent se voir attribuer la même portée que celles adressées par un juge, elles permettent néanmoins l'exercice d'une certaine contrainte à l'égard de l'administration mise en cause sans passer par l'engagement d'une procédure judiciaire ou administrative. Cette possibilité de trouver une solution au litige en dehors de toute action contentieuse se retrouve également dans la mise en œuvre de résolutions amiables[1828], à l'issue d'un règlement amiable[1829] ou dans le cadre d'une transaction pénale[1830]. Ce pouvoir peut servir la défense des intérêts des patients DSPSC si une solution non contentieuse peut être trouvée.

[1826] Article 25 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits.
[1827] Article 25 alinéa 4 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits.
[1828] Article 26 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 : « Le Défenseur des droits peut procéder à la résolution amiable des différends portés à sa connaissance, par voie de médiation. Les constatations effectuées et les déclarations recueillies au cours de la médiation ne peuvent être ni produites, ni invoquées ultérieurement dans les instances civiles ou administratives sans le consentement des personnes intéressées, sauf si la divulgation de l'accord est nécessaire à sa mise en œuvre ou si des raisons d'ordre public l'imposent ».
[1829] Article 28 I de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 « Le Défenseur des droits peut proposer à l'auteur de la réclamation et à la personne mise en cause de conclure une transaction dont il peut recommander les termes ».
[1830] En matière de discrimination, l'article 28 II de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars indique que le Défenseur des droits « peut, si ces faits n'ont pas déjà donné lieu à la mise en mouvement de l'action publique, proposer à l'auteur des faits une transaction consistant dans le versement d'une amende transactionnelle dont le montant ne peut excéder 3 000 € s'il s'agit d'une personne physique et 15 000 € s'il s'agit d'une personne morale et, s'il y a lieu, dans l'indemnisation de la victime. Le montant de l'amende est fixé en fonction de la gravité des faits ainsi que des ressources et des charges de l'auteur des faits. La transaction proposée par le Défenseur des droits et acceptée par l'auteur des faits ainsi que, s'il y a lieu, par la victime doit être homologuée par le procureur de la République. La personne à qui est proposée une transaction est informée qu'elle peut se faire assister par un avocat avant de donner son accord à la proposition du Défenseur des droits ».

Le concours du DDD dans la mise en œuvre d'une procédure. Le DDD peut également concourir à la mise en œuvre d'autres procédures. Dans cette perspective, il peut saisir l'autorité investie du pouvoir d'engager des poursuites disciplinaires, à l'égard des personnels fautifs, lorsqu'il estime que les faits invoqués peuvent justifier une sanction[1831]. Il peut recommander à l'autorité publique qui dispose d'un pouvoir de prendre des mesures conservatoires ou des sanctions, de faire usage de ses pouvoirs[1832]. Dans ce contexte, le DDD a donc une compétence d'appui. Il ne dispose pas de moyen de contrainte, ce qui affaiblit quelque peu cette prérogative.

Le DDD semble disposer de toute la latitude nécessaire pour garantir la protection des droits et des libertés des patients DSPSC. Pourtant, lorsqu'on évoque la question des AAI dans les lieux privatifs de liberté, ce dernier tend à être oublié au profit du CGLPL.

B : L'action du CGLPL

L'influence du Droit international. L'origine de la création du CGLPL puise ses sources dans le Droit international avec d'une part, la création du Comité pour la prévention de la torture[1833] et d'autre part, l'adoption par l'ONU d'un protocole facultatif à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants[1834] du 18 décembre 2002. Ce dernier prévoyait dans son article 1 « l'établissement d'un système de visites régulières, effectuées par des organismes

[1831] Article 29 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 : « Le Défenseur des droits peut saisir l'autorité investie du pouvoir d'engager les poursuites disciplinaires des faits dont il a connaissance et qui lui paraissent de nature à justifier une sanction. Cette autorité informe le Défenseur des droits des suites réservées à sa saisine et, si elle n'a pas engagé de procédure disciplinaire, des motifs de sa décision. À défaut d'information dans le délai qu'il a fixé ou s'il estime, au vu des informations reçues, que sa saisine n'a pas été suivie des mesures nécessaires, le Défenseur des droits peut établir un rapport spécial qui est communiqué à l'autorité mentionnée au premier alinéa. Il peut rendre publics ce rapport et, le cas échéant, la réponse de cette autorité selon des modalités qu'il détermine. L'alinéa précédent ne s'applique pas à la personne susceptible de faire l'objet de la saisine du Conseil supérieur de la magistrature prévue à l'avant-dernier alinéa de l'article 65 de la Constitution ».

[1832] Cette prérogative est ouverte uniquement en cas de discrimination. À cet égard, l'article 30 de la loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 dispose que « Le Défenseur des droits, lorsqu'il a constaté une discrimination directe ou indirecte mentionnée au 3° de l'article 4 dans l'activité professionnelle d'une personne physique ou morale soumise à agrément ou autorisation par une autorité publique, ou à l'encontre de laquelle une telle autorité dispose du pouvoir de prendre des mesures conservatoires ou des sanctions pour non-respect de la législation relative aux discriminations ou au titre de l'ordre et des libertés publics peut recommander à cette autorité publique de faire usage des pouvoirs de suspension ou de sanction dont elle dispose. Le Défenseur des droits est tenu informé des suites données à sa recommandation ».

[1833] Mis en place par le Conseil de l'Europe en 1987, ce comité porte désormais le nom de « Comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants ».

[1834] Convention adoptée par l'Assemblée générale des Nations unies le 10 décembre 1984.

internationaux et nationaux indépendants, sur les lieux où se trouvent des personnes privées de liberté, afin de prévenir la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants ». Ce dispositif s'est traduit en droit interne par l'institution du CGLPL dans le cadre de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007[1835]. Ce dernier exerce sa mission à travers la réalisation de visites (1), mais aussi en élaborant plusieurs recommandations à destination des autorités étatiques (2).

1) L'intervention du CGLPL dans les lieux privatifs de liberté

Une intervention limitée aux lieux privatifs de liberté. Au même titre que le DDD, le CGLPL est une AAI[1836], nommé en raison de ses compétences et connaissances professionnelles[1837] par décret du Président de la République[1838] pour une durée de six ans, non renouvelable[1839]. Il a notamment pour mission « de contrôler les conditions de prise en charge et de transfèrement des personnes privées de liberté, afin de s'assurer du respect de leurs droits fondamentaux. Il exerce, aux mêmes fins, le contrôle de l'exécution par l'administration des mesures d'éloignement prononcées à l'encontre d'étrangers jusqu'à leur remise aux autorités de l'État de destination[1840] ». Contrairement au DDD, le CGLPL n'intervient que dans les lieux où « les personnes sont privées de leur liberté par décision d'une autorité publique ainsi que dans tous les établissements de santé habilités à recevoir des patients hospitalisés sans leur consentement[1841] ».

[1835] Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n° 253 du 31 octobre 2007, Texte n° 1. Cette loi a été complétée par le Décret n° 2008-246 du 12 mars 2008 relatif au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n° 0062 du 13 mars 2008, Texte n° 21.
[1836] Selon le premier CGLPL Jean-Marie DELARUE, l'indépendance est définie comme « d'un organisme œuvrant dans un cadre légal relativement étroit, mais qui lui garantit dans son domaine une entière liberté d'opinion et d'action ». V. DELARUE Jean-Marie, « Quelques idées tirées des débuts du CGLPL », *Le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Retour sur dix ans d'action*, Actes du colloque organisé par le CGLPL les 17 et 18 novembre 2017 à Paris, Mare & Martin, 2019, p. 54.
[1837] Au même titre que le DDD, le CGLPL est assisté pour l'épauler dans ses missions de plusieurs contrôleurs placés sous son autorité exclusive. Ces derniers sont généralement des professionnels du Droit tels que des magistrats ou des enseignants, mais également des professionnels de santé.
[1838] Bien que le CGLPL soit nommé par le Président de la République, son indépendance à l'égard du pouvoir exécutif, législatif ou même judiciaire est garantie par l'immunité dont il dispose et en vertu de laquelle il ne peut être poursuivi, recherché, arrêté, détenu ou jugé à l'occasion des opinions qu'il émet ou des actes qu'il accomplit dans l'exercice de ses fonctions. Article 2 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
[1839] Article 2 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
[1840] Article 1 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.
[1841] Article 8 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Selon les dispositions internationales, l'action du CGLPL devait se limiter à la prévention du suicide et des traitements inhumains ou dégradants. Au regard des dispositions actuelles de la loi, nous constatons que le cadre d'intervention du CGLPL est bien plus large puisqu'il dispose d'une « quasi-plénitude de compétence s'agissant des lieux de privation de liberté[1842] ».

La saisine du CGLPL. Selon l'article 6 de la loi du 30 octobre 2007, « toute personne physique, ainsi que toute personne morale s'étant donné pour objet le respect des droits fondamentaux, peuvent porter à la connaissance du [CGLPL] des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ». Sont considérées comme des personnes physiques habilitées à le saisir, les personnes privées de liberté, les membres de leur famille, leurs proches et leur avocat. Les personnes morales habilitées à saisir le CGLPL sont « toutes les associations qui veillent au respect des droits des personnes et de leur dignité, les barreaux des ordres des avocats, ainsi que les syndicats et les associations professionnels œuvrant dans les lieux visités[1843] ».

Le fait que plusieurs personnes puissent saisir le CGLPL pour porter à son attention des faits qui portent atteinte aux droits des patients DSPSC ne peut être que salué. Cette saisine, qui n'est pas conditionnée par le respect d'un formalisme accru[1844], dispose en plus d'une certaine protection. Rappelons que les correspondances avec le CGLPL ne peuvent être interceptées et ouvertes[1845]. L'objectif est de pouvoir alerter le plus rapidement possible le CGLPL de la situation litigieuse afin qu'il puisse organiser ses actions de prévention et de contrôle, dans le cadre de ses visites sur site.

Les visites sur site du CGLPL : des rencontres « programmées » ou inopinées. Si le CGLPL, considéré comme une « institution incontournable de visibilité des lieux de privation liberté[1846] », ne dispose d'aucun pouvoir de sanction ni d'injonction, la loi lui confère le droit d'effectuer des visites. La force de cette prérogative réside dans le

[1842] GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel, « Introduction », *in L'élaboration d'un droit de la privation de liberté, Étude autour des Recommandations minimales du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté*, Paris, LexisNexis, 2020, p. 7.
[1843] SENNA Éric, « Les modalités de contrôle » *in* GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel (dir.*), L'élaboration d'un droit de la privation de liberté, Étude autour des Recommandations minimales du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté*, Paris, LexisNexis, 2020, p. 31.
[1844] Ce point peut être observé par la publication de certaines lettres reçues par le CGLPL dans son rapport d'activité annuel.
[1845] Article L. 345-4 du Code pénitentiaire.
[1846] GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel, « Introduction », *in L'élaboration d'un droit de la privation de liberté, Étude autour des Recommandations minimales du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté*, Paris, LexisNexis, 2020, p. 1.

fait qu'elle peut s'exercer à tout moment[1847]. Contrairement à d'autres visites de contrôle qui sont connues et programmées[1848], le CGLPL peut faire le choix d'effectuer une visite d'un lieu privatif de liberté de manière inopinée[1849]. Cette possibilité[1850] lui permet de saisir objectivement toutes les éventuelles problématiques inhérentes au respect des droits fondamentaux au sein d'un lieu privatif de liberté.

Afin que cette prérogative puisse pleinement produire ses effets, la loi a limité les motifs opposables au CGLPL pour que la visite soit reportée. Selon l'alinéa 1 de l'article 8-1 du la loi du 30 octobre 2007, « les autorités responsables du lieu de privation de liberté ne peuvent s'opposer aux vérifications (…) que pour des motifs graves et impérieux liés à la défense nationale, à la sécurité publique, à des catastrophes naturelles ou à des troubles sérieux dans le lieu visité, sous réserve de fournir au [CGLPL] les justifications de leur opposition. Elles proposent alors le report de ces vérifications sur place ou de ces visites. Dès que les circonstances exceptionnelles ayant motivé le report ont cessé, elles en informent le [CGLPL] ».

Un important pouvoir d'investigation au cours des visites sur site. Au cours de ces visites, le CGLPL dispose d'un très large pouvoir d'investigation[1851]. Ce dernier contacte l'ensemble des autorités administratives et/ou judiciaires susceptibles de lui fournir les éléments d'informations dont il a besoin. Il peut demander à consulter tous les documents qu'il estime nécessaires au bon déroulé de sa mission[1852], dans les limites imposées par le secret[1853] à l'égard de certains documents[1854]. Il dispose également de la

[1847] Dans le cadre des visites programmées, ces dernières peuvent faire l'objet d'un préavis. Dans cette hypothèse, le CGLPL devra adresser *a minima* au chef d'établissement les informations suivantes : le nom des contrôleurs désignés pour effectuer la visite et, parmi eux, celui du chef de mission; le jour et l'heure approximative d'arrivée dans les lieux; la liste des documents dont le contrôle général souhaite disposer avant la visite; une affiche destinée à aviser les personnes privées de liberté de la venue du contrôle général; dans les établissements pénitentiaires, cette affiche doit être distribuée en cellule; dans tous les établissements, elle doit être apposée dans des lieux visibles et fréquentés par les personnes auxquelles elle est destinée; une affiche destinée à informer les personnels, apposée dans les mêmes conditions; une affiche propre à informer les familles dans les sites fréquentés par elles. V. article 2.1.3 du règlement intérieur du CGLPL.

[1848] À titre d'exemple, nous pouvons citer les procédures de certification et d'évaluation externe prévues respectivement dans le cadre des établissements de santé et des établissements sociaux et médico-sociaux.

[1849] En 2021, sur les 124 établissements visités par le CGLPL, 102 ont fait l'objet d'une visite inopinée. 21 entre elles concernent un établissement de santé et 24 sont relatives à un établissement pénitentiaire. CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel d'activité 2021*, Paris, Dalloz, 2022, p. 139.

[1850] L'article 2.1.3 du règlement de service du CGLPL précise qu'en principe, les visites des établissements dans lesquels l'état des lieux et des personnes est susceptible d'être modifié rapidement doivent être inopinées.

[1851] V. notamment l'article 2.1.4 § 45 du règlement intérieur du CGLPL.

[1852] À titre d'exemple, lors de la visite d'un établissement de santé qui dispense des SPSC, le CGLPL est habilité à consulter les décisions de placement, de maintien ou de levée de l'hospitalisation ainsi que l'ensemble des documents afférents à la décision de placement.

[1853] Vis-à-vis du droit d'accès du CGLPL aux dossiers médicaux des patients DSPSC, le contrôleur doit justifier de deux conditions pour pouvoir les consulter. D'une part, il doit avoir la qualité de médecin et d'autre part, il doit obtenir préalablement l'accord du patient. En l'espèce, nous retrouvons ici la procédure classique inhérente à la communication d'informations médicales à l'égard de professionnels qui ne font pas partis de l'équipe de soins prévue par le CSP à l'article L. 1110-4.

[1854] Article 8-1 alinéa 3 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 : « Le caractère secret des informations et pièces dont le Contrôleur général des lieux de privation de liberté demande communication ne peut lui être opposé, sauf si leur divulgation est susceptible de porter atteinte au secret de la défense nationale, à la sûreté de l'État, au secret de l'enquête et de l'instruction ou au secret professionnel applicable aux relations entre un avocat et son client ».

faculté de pouvoir s'entretenir, dans le respect de la confidentialité, avec toute personne dont le concours lui parait nécessaire ou qui s'adresse spontanément à lui au cours de la visite[1855]. Cela signifie que si un patient DSPSC n'a pas pu saisir par voie écrite le CGLPL, il peut le rencontrer à cette occasion et communiquer avec lui. Cette possibilité ne peut être que saluée dans la mesure où elle permet de rendre plus accessible cette autorité. Cette disposition est particulièrement opportune dans un contexte où les patients peuvent éprouver des difficultés rédactionnelles et/ou sont souvent en situation d'isolement avec leurs proches.

Par la suite, le CGLPL dresse un procès-verbal de constat qu'il doit adresser au chef d'établissement du lieu privatif de liberté visité. Ce dernier dispose d'un délai de six semaines, sauf circonstances particulières pour faire valoir ses éventuelles observations. Si aucune réponse n'est apportée, le CGLPL procède à la rédaction du rapport final de visite qui sera accessible publiquement sur son site internet[1856]. Ces différents rapports constituent la seconde mission du CGLPL.

2) L'apport du travail rédactionnel du CGLPL

Une diversité d'écrits. Les rapports de visite du CGLPL constituent une véritable source d'amélioration des pratiques professionnelles au sein du lieu de privation de liberté visité. Ils peuvent également servir à l'appui des prétentions des requérants, en complément de leurs allégations personnelles. Si les visites et les rapports qui s'y rapportent constituent une part importante de l'activité du CGLPL, d'autres publications peuvent concourir à la défense des droits et des libertés fondamentales des patients DSPSC. Tel est le cas des avis[1857], des observations, des recommandations et des rapports thématiques. Ces différents

[1855] Ainsi, tous les patients DSPSC peuvent demander à être reçus par le CGLPL au cours de sa visite. Encore faut-il qu'une information soit donnée en ce sens.
[1856] https://www.cglpl.fr/ .
[1857] Un avis est un texte portant sur une thématique transversale faisant la synthèse des observations effectuées par le CGLPL et son équipe à la suite de l'ensemble des visites d'établissements. Il comporte notamment des propositions visant à modifier des dispositions législatives ou réglementaires. À titre d'exemple, il est possible de citer l'avis du 22 novembre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux qui recommanda notamment que le personnel de surveillance des établissements pénitentiaires bénéficie systématiquement d'une formation élémentaire à la détection et à la gestion des troubles mentaux de la population pénale.

documents peuvent être adressés aux responsables des lieux de privation de libertés et/ou au Gouvernement.

Parmi l'ensemble de ces publications, une attention particulière devra être portée aux observations et recommandations en urgence prévues à l'article 9 de la loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007. Ces outils sont utilisés pour dénoncer les situations graves et urgentes observées au cours d'une visite ou de vérifications sur place[1858]. Si le CGLPL ne dispose pas de pouvoir d'injonction, la possibilité qui lui est conférée par la loi de diffuser publiquement ses écrits tend à influencer les pratiques professionnelles, mais également l'élaboration de la norme juridique[1859]. À titre d'exemple, nous pouvons citer l'influence du rapport spécifique sur l'usage de l'isolement et de la contention publié en 2016[1860] dans le cadre de l'introduction de l'article 72 de la loi du 26 janvier 2016[1861]. Bien que le CGLPL n'ait pas vocation à se substituer au processus législatif[1862], il n'en demeure pas moins que ses prises de position, ses différents avis, le caractère presque impératif de ses recommandations, et, en particulier, de ses recommandations en urgence, participent à l'élaboration d'une doctrine stable. Cette dernière est renforcée par l'instauration d'une certaine professionnalisation des contrôles effectués par le CGLPL[1863].

L'influence du CGLPL sur l'amélioration des bonnes pratiques professionnelles. Outre le perfectionnement des outils de contrôle[1864], la mise en place d'un suivi des recommandations permet de renforcer la protection des droits et libertés fondamentaux des patients DSPSC. Cette méthode permet de retracer objectivement la prise en considération des recommandations du CGLPL. Cela doit induire une dynamique d'analyse réflexive constante entre l'ensemble des acteurs concernés, qui peut aboutir au dégagement de bonnes pratiques professionnelles. Ces dernières ont récemment été mises

[1858] À titre d'exemple, nous pouvons citer les recommandations en urgence relatives au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan publiées le 13 juillet 2022. Ces recommandations font suite à la visite du CGLPL réalisée du 30 mai au 10 juin 2022. Parmi les dysfonctionnements majeurs relevés, nous pouvons citer le taux global d'occupation qui s'élève à 199 % ainsi qu'un enfermement en cellule vingt-deux heures sur vingt-quatre pour une très large majorité des personnes incarcérées sans accès à des activités.

[1859] GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel, « Introduction », in L'élaboration d'un droit de la privation de liberté, Étude autour des Recommandations minimales du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, Paris, LexisNexis, 2020, p. 9.

[1860] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz, 2016.

[1861] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé.

[1862] DELARUE Jean-Marie, « Quelques idées tirées des débuts du CGLPL », *Le contrôleur général des lieux de privation de liberté. Retour sur dix ans d'action*, Actes du colloque organisé par le CGLPL les 17 et 18 novembre 2017 à Paris, Mare & Martin, 2019, p. 58. Cité par GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel, « Introduction », in *L'élaboration d'un droit de la privation de liberté, Étude autour des Recommandations minimales du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté*, Paris, LexisNexis, 2020, p. 9.

[1863] Au même titre que pour la conduite des évaluations qualité, le CGLPL réalise à chaque visite un pré-rapport provisoire. Ce dernier est transmis au responsable de l'établissement visité afin que ce dernier puisse faire valoir ses observations en cas d'erreurs matérielles ou d'inexactitudes factuelles. Les contrôleurs finalisent ensuite un rapport de visite qui comprend, outre les constats opérés, une appréciation quant à l'état, à l'organisation et au fonctionnement du lieu visité ainsi qu'aux conditions des personnes privées de liberté et aux conditions de travail des personnes qui en ont la charge. Ce rapport de visite est adressé aux ministres concernés qui font part de leurs observations en retour. https://www.cglpl.fr/rapports-et-recommandations/les-rapports-de-visite/

[1864] Pour harmoniser le déroulement des visites de contrôle, le CGLPL a protocolisé ses interventions en mettant en place un guide de contrôle spécifique à chaque catégorie d'établissement. Ces protocoles concourent au suivi objectif d'un lieu privatif de liberté et permettent une adaptation des recommandations adressées à l'établissement.

en valeur dans le cadre des « Recommandations minimales du CGLPL pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté ».

Ces recommandations ont été publiées au Journal officiel le 4 juin 2020. Elles s'inscrivent dans la lignée des Règles Mandela ou encore des Règles pénitentiaires européennes. À l'heure actuelle, elles constituent l'un des plus importants travaux du CGLPL, en s'appuyant sur l'ensemble des observations réalisées par les contrôleurs depuis 2008. Comme pour les Règles Mandela, leur objectif est de fixer des standards pour les droits de l'Homme des personnes privées de liberté, à travers la fixation de règles minimales[1865]. Elles visent notamment « à formuler des principes directeurs, qui dans un État de droit, doivent inspirer et régir les modalités de prise en charge des personnes privées de liberté ainsi que les principales règles d'une bonne organisation de ces lieux et, conformément à la vocation du CGLPL, de prévenir les atteintes et risques d'atteintes aux droits qu'entraine toute mesure d'enfermement[1866] ».

Pour tenter d'atteindre cet objectif, les recommandations définissent la notion de droits fondamentaux des personnes privées de liberté. Il s'agit des « droits qui, lorsqu'ils sont méconnus, portent atteinte à la dignité de la personne, à ce qui lui confère non seulement sa singularité et sa personnalité, mais également ce qui la relie à ses proches, à une communauté[1867] ». Dans cette définition, la dignité est considérée comme une véritable clé de voûte dans la définition d'un droit fondamental. En ce sens, « elle est la matrice de la protection accordée à la personne pour éviter qu'elle ne soit ravalée au rang de chose[1868] ». En conséquence, il n'est pas surprenant de constater que l'intégration du respect de la dignité et des droits fondamentaux dans l'aménagement et l'organisation des lieux de privation de liberté constitue le premier principe directeur, dans le cadre du titre liminaire des Recommandations minimales du CGLPL. Dans tous les cas, l'ambition initialement affichée d'élaborer un droit de la dignité et de la protection des personnes privées de liberté ne doit pas être perdue et s'inscrire dans une réflexion pluridisciplinaire.

Une influence croissante des AAI dans la protection des droits et garanties des patients DSPSC. Bien que leurs pouvoirs ne disposent pas d'une force contraignante aussi importante que les autorités administratives ou judiciaires, l'action des AAI à l'égard

[1865] GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel, « Introduction », in *L'élaboration d'un droit de la privation de liberté, Étude autour des Recommandations minimales du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté*, Paris, LexisNexis, 2020, p. 14.
[1866] *Ibidem.*
[1867] HAZAN Adeline, « Avant-propos », *Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté*, juin 2020.
[1868] DREYER Emmanuel, « La fonction des droits fondamentaux dans l'ordre juridique », *D.*, 2006, p. 748.

de la protection des droits et des libertés fondamentaux des patients DSPSC ne cesse de se renforcer. L'ensemble de leurs interventions contribuent, de manière plus ou moins directe, à garantir les droits des patients de notre étude. Conviendra-t-il alors de poursuivre ces efforts. Dans cette optique, nous aurions pu penser à un renforcement des pouvoirs du CGLPL en lui conférant par exemple un pouvoir d'injonction similaire au DDD. Cependant, cette option n'est pas favorablement accueillie par le CGLPL. D'autres pistes comme la procédure d'*amicus curiae* peuvent être envisagées. Cette dernière pourrait être enclenchée à la suite de la publication de recommandations en urgence. Elle permettrait au CGLPL d'intervenir « spontanément, à son initiative, indépendamment des parties, auprès des juridictions nationales lorsqu'elles sont saisies de contentieux portant sur les conditions de privation de liberté dont il serait avisé par la juridiction elle-même dès lors qu'il est fait référence dans la procédure à un rapport de visite du CGLPL[1869] ». Une telle procédure pourrait d'ailleurs renforcer le recours prévu à l'article 803-8 du CPP. Ces procédures peuvent s'envisager, car le DDD et le CGLPL sont des AAI. De telles solutions paraissent difficilement envisageables avec la CDSP compte tenu de ses liens avec l'ARS.

§ 2 : L'influence de la CDSP

Une expertise insuffisamment exploitée : Contrairement au DDD ou au CGLPL, la CDSP a un champ d'action limité aux soins psychiatriques. Malgré les liens institutionnels qui l'unissent au pouvoir central, certains aspects de sa mission peuvent être considérés comme des « outils » qui concourent au renforcement des droits des patients en SPSC. Tel est le cas de la mission de contrôle que lui accorde le législateur (A). Cette dernière est légitimée par le domaine d'expertise que possède la CDSP sur une modalité de soins souvent complexe à appréhender. Face à cet état de fait, des interrogations peuvent être émises à l'égard d'une éventuelle mutation de sa mission (B).

[1869] SENNA Éric, « Les modalités de contrôle » *in* GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel (dir.), *L'élaboration d'un droit de la privation de liberté, Étude autour des Recommandations minimales du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté*, Paris, LexisNexis, 2020, p. 41.

A : Une mission de contrôle actée par le législateur

La mission de contrôle de la CDSP : une mission séculaire. L'instauration d'une commission de contrôle dans le cadre des SPSC n'est pas une idée moderne du législateur. L'article 31 de la loi ESQUIROL[1870] mentionnait déjà l'existence de « commissions administratives ou de surveillance des hospices ou établissements publics d'aliénés ». Plus d'un siècle après, le comité « pour une charte des libertés[1871] » dirigé par Robert BADINTER suggéra de placer les hôpitaux psychiatriques sous le contrôle de commissions spéciales composées de médecins, d'élus locaux et de juristes. Cependant, il faudra attendre la loi ÉVIN[1872] pour qu'une telle commission soit effectivement instaurée, mettant un terme « à la seule critique pertinente qu'on pouvait adresser au système qui tenait plutôt à l'absence, parmi les garants de la liberté individuelle d'un organe de contrôle spécialisé dans les hospitalisations psychiatriques[1873] ». Désormais, la mission de contrôle de la CDSP se retrouve tout au long de la procédure des SPSC (1). Pour mener à bien sa mission, elle dispose de pouvoirs contraignants pour concourir à la défense des droits du patient admis sous cette modalité de soins (2).

1) La présence de la CDSP tout au long du parcours de soins

Une instance pluridisciplinaire. Initialement connue sous le nom de « Commission départementale des hospitalisations psychiatriques », elle prit le nom de « Commission départementale des soins psychiatriques » à l'occasion de la loi du 5 juillet 2011[1874]. Pour mener à bien sa mission, le législateur a souhaité que la CDSP soit une

[1870] Loi n° 7443 sur les aliénés du 30 juin 1838.
[1871] BADINTER Robert, Liberté, libertés. Réflexions du comité pour une Charte des libertés animé par Robert Badinter, Paris, Gallimard, 1976. Cité par BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 515.
[1872] 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.
[1873] LEBRETON Gilles, *Libertés publiques et droits de l'Homme*, 8ème éd., Paris, Sirey Université, 2009, p. 394.
[1874] 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.

commission pluridisciplinaire. À la base, elle se composait : « 1° De deux psychiatres, l'un désigné par le procureur général près la cour d'appel, l'autre par le représentant de l'État dans le département ; 2° D'un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ; 3° De deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'État dans le département ; 4° D'un médecin généraliste désigné par le représentant de l'État dans le département[1875] ». Cette composition a été réformée par la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019[1876] qui supprima la présence d'un magistrat désigné par le premier président de la Cour d'appel. Une telle mesure tend à porter atteinte au caractère pluridisciplinaire de cette instance et va à contresens de l'instruction du ministère des Solidarités et de la Santé – DGOS/R4/2021/89 du 29 avril 2021 qui recommande de prévoir des temps d'échange entre établissements, JLD, CDSP et ARS. Néanmoins, cette suppression permet à la CDSP de ne compter aucune autorité étatique parmi ses membres.

Un champ de compétence recentré sur les SPSC. L'ancien article L. 332-3 du CSP disposait que la mission de la commission était « d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes ». De la généralité de la formule employée, nous pouvons en déduire que la compétence de la commission s'étendait tant aux hypothèses de soins dits libres qu'aux soins sous contrainte. La loi du 5 juillet 2011 a opéré un resserrement des missions de l'actuelle CDSP, qui se limitent désormais aux patients admis en SPSC, et cela dès leur admission[1877].

Une défense des droits des patients admis en SPSC dès le commencement des soins. La mission de défense des droits des patients admis en SPSC s'ouvre dès le début de la mise en œuvre des soins. Le CSP prévoit que la CDSP se doit d'être informée, par la transmission des documents adéquats, des décisions d'admission, de maintien ou de renouvellement des soins, de la modification de la forme de prise de charge et des décisions de levée de soins[1878]. Compte tenu de leur caractère liberticide, il eut été opportun d'élargir cette information aux mesures d'isolement et de contention[1879]. Cependant, ce point ne

[1875] Ancien article L. 3223-2 du CSP issu de la loi du 5 juillet 2011.
[1876] Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice.
[1877] Selon l'article L. 3223-1 1° du CSP, la CDSP est informée « de toute décision d'admission en soins psychiatriques, de tout renouvellement de cette décision et de toute décision mettant fin à ces soins ».
[1878] Articles L. 3223-1 et R. 3223-8 du CSP.
[1879] Au regard des dispositions de l'article L. 3222-5-1 du CSP qui encadrent les mesures d'isolement et de contention, seul le JLD est informé de la mise en œuvre de ces mesures.

semble pas à l'ordre du jour et mériterait d'être corrigé[1880]. Outre un intérêt pour la tenue de statistiques destinées à alimenter le rapport annuel d'activité de la CDSP[1881], cette information obligatoire peut permettre la mise en œuvre d'un examen des situations individuelles.

L'examen de la situation individuelle des patients admis en SPSC. Parce qu'elle est réceptionnaire de la quasi-totalité des documents inhérents au déroulé des SPSC, la CDSP est l'acteur extra-judiciaire le plus à même d'assurer un suivi individuel des mesures prises en la matière sur son territoire de compétence. Dans cette perspective, la loi lui offre la possibilité de saisir le représentant de l'État dans le département ou le procureur de la République de la situation de toute personne admise en SPSC dont elle a connaissance. Elle dispose donc d'un pouvoir direct de saisine de ces deux acteurs étatiques si la situation d'un patient en SPSC nécessite la mise en œuvre d'une telle démarche.

Il existe cependant des situations où l'examen général de la situation individuelle du patient est obligatoire. Elles sont au nombre de deux. Le premier cas recouvre la situation des patients admis en SPI. La CDSP doit intervenir avant l'expiration d'un délai de trois mois à compter de l'admission, et au moins une fois tous les 6 mois[1882]. Le second cas est plus généraliste dans la mesure où la CDSP est obligée d'intervenir, quel que soit le régime des SPSC, lorsque ces derniers se prolongent au-delà d'un an. L'objectif de cette procédure est de limiter, dans la mesure du possible, le maintien indéfini d'une personne sous cette modalité de soins particuliers.

Pour évaluer au mieux cette situation, la CDSP dispose d'un assez large « pouvoir d'enquête ». Elle peut solliciter le directeur de l'établissement ainsi que le préfet pour que ces derniers lui communiquent les décisions de justice, les décisions administratives, les avis, les certificats et les programmes de soins relatifs à la mesure de soins de la personne dont elle examine la situation[1883]. Elle peut également recueillir des informations directement auprès du patient et/ou de son conseil. En l'espèce, les informations communiquées peuvent être similaires à celles obtenues dans le cadre de la réception des

[1880] Ce point a été mis en avant dans le cadre du rapport annuel 2021 de la CDSP du Val-de-Marne (p. 21).
[1881] Articles L. 3223-1 6° et R. 3223-11 du CSP. Ce document comporte trois volets : des statistiques relatives à son activité ; le bilan pour la santé de la personne de l'usage des SPI et SPU ainsi que de la mise en œuvre des procédures d'isolement et de contention ; une synthèse des conclusions de la CSDP sur les réclamations reçues, ses constats relatifs au respect des libertés, à la tenue des registres et au nombre de patients entendus. Ce rapport est transmis au JLD, au préfet du département, au directeur général de l'ARS, au procureur de la République et au CGLPL.
[1882] Article R. 3223-8 du CSP.
[1883] Article R. 3223-8 III du CSP.

réclamations[1884] . La CDSP peut également compléter son évaluation par le biais d'une visite.

La visite par la CDSP des lieux de SPSC. Au même titre que le CGLPL, la CDSP dispose d'un droit de visite à l'égard de l'ensemble des établissements qui reçoivent des patients en SPSC. Alors que les visites du CGLPL sont aléatoires, la CDSP se doit de visiter au moins deux fois par an l'ensemble des établissements qui répondent à la précédente description. Au cours de cette visite, les évaluateurs doivent notamment porter une attention particulière à la tenue du registre de l'établissement. Ils vérifient que les mentions obligatoires indiquées aux articles L. 3212-11[1885] et L. 3213-1 IV du CSP[1886] sont respectées. Au même titre que l'action du CGLPL, ces visites peuvent être programmées ou inopinées. Dans les deux cas, les évaluateurs ayant la qualité de médecin peuvent solliciter un accès au dossier du patient, y compris la partie médicale[1887], sans que le secret professionnel leur soit opposé.

Nous constatons que l'étendue des pouvoirs alloués à la CDSP pour protéger les droits des patients admis en SPSC est importante. Cette force est complétée par un pouvoir unique aux conséquences importantes dans cette modalité de soins : la demande de mainlevée de la mesure.

[1884] Article L. 3223-1 2° du CSP. Cette information permet à tout patient ou à son avocat de pouvoir informer directement la CDSP de fait qu'il estime attentatoire à ses droits ou libertés fondamentaux. Elle ne fait pas obstacle à la rédaction de réclamations à l'attention du DDD ou encore du CGLPL portant sur les mêmes faits.

[1885] Article L. 3212-11 du CSP : « Dans chaque établissement mentionné à l'article L. 3222-1 est tenu un registre sur lequel sont transcrits ou reproduits dans les vingt-quatre heures : 1° Les nom, prénoms, profession, âge et domicile des personnes faisant l'objet de soins en application du présent chapitre ; 2° La date de l'admission en soins psychiatriques ; 3° Les nom, prénoms, profession et domicile de la personne ayant demandé les soins ou une mention précisant que l'admission en soins a été prononcée en application du 2° du II de l'article L. 3212-1 ou de l'article L. 3212-3 ; 4° Les dates de délivrance des informations mentionnées aux a et b de l'article L. 3211-3 ; 5° Le cas échéant, la mention de la décision de mise sous tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice ; 6° Les avis et les certificats médicaux ainsi que les attestations mentionnés au présent chapitre ; 7° La date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1 ; 8° Les levées des mesures de soins psychiatriques autres que celles mentionnées au 7° ; 9° Les décès. Ce registre est soumis aux personnes qui, en application des articles L. 3222 4 et L. 3223-1 visitent l'établissement ; ces dernières apposent, à l'issue de la visite, leur visa, leur signature et s'il y a lieu, leurs observations. Le présent article est applicable aux personnes admises en soins psychiatriques en application des chapitres III et IV du présent titre ».

[1886] Il s'agit, dans le cadre des SPDRE des mesures provisoires, des décisions, des avis et des certificats médicaux établis au cours de la prise en charge.

[1887] Article R. 3223-6 du CSP.

2) Une levée de mesure à l'initiative de la CDSP

Un pouvoir important. L'initiation de la levée d'une mesure de SPSC par la CDSP est sans aucun doute son plus important pouvoir. C'est également son moyen d'action le plus efficace pour mener à bien sa mission. Dans la mesure où les SPSC obéissent à des règles différentes selon la procédure dans laquelle ils s'inscrivent, il n'est pas surprenant que la demande de levée de la mesure par la CDSP suive cette logique. Au regard des articles du CSP, nous constatons qu'il existe trois situations dans lesquelles cette hypothèse peut se rencontrer : une demande formulée auprès du directeur d'établissement, une demande formulée auprès du représentant de l'État dans le département et une demande formulée auprès du JLD.

La demande contraignante de la CDSP à l'égard du directeur d'établissement. Dans l'hypothèse des SDT, la CDSP peut solliciter la levée de la mesure de soins auprès du directeur d'établissement. Cette hypothèse est envisagée à l'article L. 3212-9 1°du CSP[1888]. Comme toutes les démarches inhérentes au SPSC, cette demande doit respecter un certain formalisme prévu à l'article R. 3223-9 du CSP. Selon ce dernier, « lorsque la commission (…) requiert la levée de la mesure de soins psychiatriques, elle saisit le directeur de l'établissement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception. Le directeur l'informe de la date de levée de la mesure ». C'est dans cette hypothèse que l'effet contraignant de la CDSP s'exprime le mieux, car le directeur d'établissement saisi d'une telle demande ne peut refuser d'y faire droit. Tel n'est pas le cas lorsque la demande est adressée au JLD ou au représentant de l'État.

La demande de levée de soins adressée au JLD ou au représentant de l'État : une demande à la finalité incertaine. La proposition de levée d'une mesure au JLD ou au représentant de l'État est énoncée respectivement aux articles L. 3223-1 7°[1889] et L. 3213-4 alinéa 3 du CSP[1890]. Dans ces deux situations, le législateur emploie la formule « peut

[1888] Article L. 3212-9 1° du CSP : « Le directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée : 1° Par la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ».
[1889] Article L. 3223-1 7° du CSP : La commission prévue à l'article L. 3222-5 « 7° Peut proposer au juge des libertés et de la détention du tribunal judiciaire dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil d'une personne admise en soins psychiatriques en application des chapitres II à IV du titre Ier du présent livre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale d'ordonner, dans les conditions définies à l'article L. 3211-12 du présent code, la levée de la mesure de soins psychiatriques dont cette personne fait l'objet ».
[1890] Article L. 3213-4 alinéa 3 du CSP : « En outre, le représentant de l'État dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure de soins prise en application de l'article L. 3213-1 après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge du patient attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins en application du même article L. 3213-1 ne sont plus réunies, ou sur proposition de la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ».

proposer » ou « sur proposition » pour désigner l'action de la CDSP. Cela signifie que la demande de levée de la mesure n'est pas une obligation pour la CDSP. En revanche, comme il s'agit d'une proposition, la décision revient au JLD ou au préfet du département. Ces derniers peuvent faire droit à la demande de la CDSP, mais n'y sont pas obligés. D'une certaine façon, cette démarche s'inscrit dans la lignée de la procédure d'*amicus curiae* dans la mesure où la CDSP sert « d'intermédiaire » auprès au JLD ou du préfet pour solliciter une mesure en faveur du patient en SPSC. Rester à souhaiter que ces deux acteurs étatiques apprécient à leur juste valeur les arguments médicaux mis en avant par la CDSP pour solliciter cette levée de soins. Nous retrouvons ici une parfaite illustration de la difficulté des SPSC qui consiste à assurer une protection effective de la santé du patient tout en devant assurer le maintien de l'ordre public.

Une influence écartée dans les UMD. Bien que l'influence de la CDSP soit variable, nous constatons qu'elle concourt, directement ou indirectement, à la défense des droits des patients en SPSC. Cependant, cette influence ne concerne pas l'ensemble des SPSC. En effet, la compétence de la CDSP ne s'étend pas aux contrôles des mesures de soins réalisés dans le cadre des unités pour malades difficiles[1891] (UMD). Dans ces unités de soins, les missions de la CDSP sont assurées par la commission du suivi médical[1892]. Cette dernière examine au moins tous les six mois le dossier de chaque patient pris en charge au sein de l'UMD[1893]. Compte tenu du caractère sécuritaire et liberticide de cette modalité de soins, la commission du suivi médical peut être saisie lors de l'admission du patient en cas de désaccord entre le psychiatre responsable de l'UMD et le préfet du département où se trouve l'établissement dans lequel est hospitalisé le patient ou, à Paris, le préfet de police. Dans ces circonstances, elle statue sur l'admission dans les plus brefs délais[1894].

Cette commission dispose de pouvoirs similaires à ceux accordés à la CDSP en matière de levée de mesure. Lorsqu'elle constate que les conditions mentionnées à l'article

[1891] Article R. 3222-1 du CSP : « Les unités pour malades difficiles accueillent des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète en application des chapitres III et IV du titre Ier du livre II de la troisième partie du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale et dont l'état de santé requiert la mise en œuvre, sur proposition médicale et dans un but thérapeutique, de protocoles de soins intensifs et de mesures de sécurité particulières ».

[1892] Article R. 3222-4 du CSP : « Dans chaque département d'implantation d'une unité pour malades difficiles, il est créé une commission du suivi médical, composée de quatre membres nommés par le directeur général de l'agence régionale de santé : 1° Un médecin représentant l'agence régionale de santé ; 2° Trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas leur activité dans l'unité pour malades difficiles. Les membres de la commission mentionnés au 2° sont désignés pour un mandat de trois ans renouvelables. Des suppléants sont désignés dans les mêmes conditions. La commission élit son président en son sein. Il a voix prépondérante en cas de partage égal des voix ».

[1893] La commission du suivi médical et la CDSP travaillent néanmoins en collaboration. En effet, à la suite de l'examen des dossiers des patients admis en UMD, la commission du suivi médical adresse à la CDSP les conclusions des examens auxquels elle procède. V. article R. 3222-5 du CSP.

[1894] Article R. 3222-2 IV du CSP.

R. 3222-1 du CSP ne sont plus remplies, « elle saisit le préfet du département d'implantation de l'unité ou, à Paris, le préfet de police, qui prononce, par arrêté, la sortie du patient de l'unité pour malades difficiles et informe de sa décision le préfet ayant pris l'arrêté initial d'admission dans cette unité ainsi que l'établissement de santé qui avait demandé l'admission du patient. La sortie peut être décidée sous forme : 1° D'une levée de la mesure de soins sans consentement ; ou 2° De la poursuite des soins sans consentement soit dans l'établissement de santé où le patient se trouvait lors de la décision d'admission en unité pour malades difficiles, soit dans un autre établissement de santé[1895] ». Au même titre que pour la CDSP, la commission du suivi médical ne peut contraindre le représentant de l'État à lever la mesure de soins.

Si les différentes attributions allouées à la CDSP paraissent opportunes pour assurer la défense des droits des patients admis en SPSC, faut-il que cette instance soit effective au sein de chaque territoire, ce qui n'est pas toujours le cas[1896]. Par ailleurs, compte tenu de son niveau d'expertise dans le domaine des SPSC, des interrogations peuvent émerger quant à un éventuel renforcement de ses missions.

B : Un renforcement délicat des missions de la CDSP

La CDSP : un nouvel acteur des procédures non contentieuses ? La privation de liberté, lorsqu'elle n'est plus motivée par un motif médical et/ou sécuritaire, se doit d'être interrompue dans les plus brefs délais. Si le législateur a rendu possible la levée des mesures de SDT par une requête de la CDSP, les autres formes de SPSC ne bénéficient pas d'un tel privilège. Précédemment, nous avons vu que la CDSP pouvait solliciter le JLD pour qu'il ordonne la levée d'une mesure de soins. Cette procédure peut s'appliquer à

[1895] Article R. 3222-6 du CSP.
[1896] Dans le cadre d'un arrêt rendu par la Cour de cassation en date du 18 janvier 2023, la requérante, pour contester la poursuite d'une mesure de soins sous la forme de l'hospitalisation complète, prise par le directeur d'un établissement sur le fondement de l'article L. 3212-3 du CSP, soulevait notamment l'absence d'information de la CDSP. Les juges du fond avaient précédemment constaté que la CDSP n'était pas mise en œuvre à la Réunion et qu'il faudrait que celle-ci soit effective dans l'année, « sauf à priver à terme les malades d'un moyen de contrôle ou de recours ». Cass. Civ., 1ère, 18 janvier 2023, n° 21-21.370. V. VIOUJAS Vincent, « Droits des établissements publics de santé – Droits des patients hospitalisés », *RGDM*, n° 87, juin 2023, p. 176.

l'ensemble des modalités des SPSC[1897]. Cependant, l'activité du JLD ne cesse de s'accroître. Dans ces circonstances, nous pouvons nous interroger sur l'opportunité de créer, au sein de la CDSP, une voie non contentieuse qui permettrait aux patients admis en SPSC de solliciter une levée de la mesure de soins (1). Cependant, des difficultés peuvent apparaitre quant à sa conciliation avec la mission de nos tribunaux (2).

1) La possible extension des missions de la CDSP

Une réflexion issue du Droit européen. Dans l'instauration hypothétique d'une voie non contentieuse en vue de solliciter une levée de la mesure des SPSC, la CDSP se présente comme l'instance la plus à même de jouer ce rôle, compte tenu de son niveau d'expertise dans le domaine. Pour comprendre la dynamique dans laquelle cette idée s'inscrit, il faut se tourner vers les apports du Droit européen. En 1977, le Conseil de l'Europe[1898] souligna « l'importance qu'[il] attache d'une part au maintien de la santé, du bien-être et des droits des malades, d'autre part à la protection du bien-être des sociétés démocratiques dans leur ensemble[1899] ». Il adressa ensuite plusieurs recommandations à l'attention du Comité des Ministres afin d'inviter les gouvernements des États membres à procéder à des modifications au sein de leur législation interne. Parmi ces dernières, l'Assemblée du Conseil de l'Europe suggéra la création de commissions ou de tribunaux « indépendants de bien-être mental, chargés de protéger les patients en ouvrant des enquêtes sur les plaintes dont ils sont saisis, ou en intervenant de leur propre initiative dans telle ou telle affaire, avec le pouvoir d'élargissement du patient pour qui l'internement ne leur parait plus s'imposer[1900] ».

En l'espèce, l'emploi du terme « tribunal » est particulièrement fort car il désigne, de manière générique « le lieu (bâtiment) où l'on rend la justice[1901] » et fait référence à une fonction régalienne de l'État. Cette idée a été reprise par la jurisprudence de la CEDH dans

[1897] Article L. 3223-1 7° du CSP.
[1898] Conseil de l'Europe, *Recommandation 818 relative à la situation des malades mentaux*, Texte adopté par l'Assemblée parlementaire le 8 octobre 1977.
[1899] Conseil de l'Europe, *Recommandation 818 relative à la situation des malades mentaux*, considérant n° 1.
[1900] Conseil de l'Europe, *Recommandation 818 relative à la situation des malades mentaux*, considérant n° 15.
[1901] CORNU Gérard, *Vocabulaire juridique*, 12ème éd., 2018, Paris, PUF, coll. Quadrige, V° Tribunal.

l'arrêt *X c/Royaume-Uni*[1902] du 5 novembre 1981. Dans son paragraphe n° 52, elle rappelle qu'« en vertu de l'article 5§ 4, un aliéné détenu dans un établissement psychiatrique pour une durée illimitée ou prolongée a donc 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, que ce dernier ait été prescrit par une juridiction civile ou pénale ou par une autre autorité ». Elle précise également que « par "tribunal" l'article 5§ 4 n'entend pas nécessairement une juridiction de type classique, intégrée aux structures judiciaires ordinaires du pays. Tel que l'emploie la Convention dans plusieurs de ses clauses dont l'article 5§ 4, ce mot sert à désigner des "organes présentant non seulement des traits fondamentaux communs, au premier rang desquels se place l'indépendance par rapport à l'exécutif et aux parties (...), mais encore les garanties", "adaptées à la nature de la privation de liberté dont il s'agit", "d'une procédure judiciaire" dont les modalités peuvent varier d'un domaine à l'autre[1903] ».

Une contradiction apparente entre la CEDH et nos normes internes. Au regard des dispositions de notre droit interne, la décision de la CEDH semble incompatible avec notre organisation judiciaire, car notre Constitution attribue exclusivement la défense ainsi que la préservation des libertés fondamentales aux magistrats de l'ordre judiciaire[1904]. Ce principe fait d'ailleurs l'objet d'une jurisprudence constante de la part des Sages[1905] selon lesquels « l'autorité judiciaire, qui en vertu de l'article 66 de la Constitution, assure le respect de la liberté individuelle, comprend à la fois les juges du siège et ceux du parquet[1906] ». Nous soulignerons, avec une certaine ironie, la mention du parquet comme autorité compétente en la matière, au regard des multiples arrêts rendus par la CEDH[1907] qui estima que le ministère public français ne présentait pas les garanties d'indépendance et d'impartialité requises pour être qualifié d'autorité judiciaire au sens de l'article 5§ 3 de la CESDH.

[1902] CEDH, 5 novembre 1981, *X c/Royaume-Uni*, req. n° 7215/75.
[1903] CEDH, 5 novembre 1981, *X c/Royaume-Uni*, req. n° 7215/75, § 53.
[1904] Article 66 de la Constitution de 1958 : « 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 ».
[1905] C. const., 11 août 1993, n° 93-326 DC ; C. const., 17 décembre 2010, n° 2010-80 ; C. const., 6 mai 2011, n° 2011-125 QPC.
[1906] Ce point a également été dégagé par la jurisprudence de la CEDH qui estime que « L'exercice de "fonctions judiciaires" ne se limite pas nécessairement au fait de juger. L'article 5 § 3 englobe les magistrats du parquet comme ceux du siège ». V. notamment CEDH, 4 décembre 1979, *Schiesser c/Suisse*, req. n° 7710/76.
[1907] V. notamment CEDH, 29 mars 2010, *Medvedyev et autres c/France*, req. n° 37104706 ; CEDH, 23 novembre 2010, *Moulin c/France*, req. n° 37104/06.

Au regard de l'ensemble de ces éléments, la conciliation de la vision de la CEDH avec nos principes constitutionnels semble compromise. Pourtant, dans le cadre des SPSC, une esquisse de solution avait été dessinée.

2) Une solution esquissée par l'ancien article L. 3223-2 du CSP

Une sollicitation naturelle du JLD. Avant la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019, l'article L. 3223-2 du CSP, relatif à la composition de la CDSP, indiquait qu'elle se composait « d'un magistrat désigné par le président de la Cour d'appel ». Si aucune précision n'a été apportée à la qualité du « magistrat » désigné, il parait évident, compte tenu de l'enjeu fondamental, que cette désignation se fasse à l'égard d'un magistrat professionnel, et plus précisément à l'égard d'un juge dont l'indépendance et l'impartialité sont reconnues. Compte tenu du domaine particulier dans lequel la CDSP exerce ses missions, la désignation d'un JLD est naturelle.

Une solution limitée par les moyens matériels et financiers. Si nous envisageons de transformer ponctuellement la CDSP en juridiction[1908], des précautions procédurales doivent être prises. Si des réticences peuvent être émises sur le fait que JLD statue à juge unique, il convient de rappeler qu'un procédé similaire est déjà appliqué lorsque ce dernier se prononce sur la mainlevée d'une mesure en vertu de l'article L. 3211-12 du CSP. En outre, rien n'interdit la présence de psychiatres afin de respecter l'équilibre entre la nécessité médicale et la garantie des libertés individuelles. Cependant, cette esquisse se heurte, de manière fatidique, à un manque de moyens humains et financiers[1909]. Dans les développements précédents, nous avons souligné à plusieurs reprises l'affaiblissement du nombre de psychiatres sur notre territoire. De plus, au regard du contentieux dont a déjà connaissance le JLD[1910], et dont il doit répondre dans des délais

[1908] V. BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, p. 524.
[1909] *Ibidem.*
[1910] Cette remarque s'applique tant dans le cadre des SPSC qu'à l'égard du rôle du JLD en matière pénale.

particulièrement stricts[1911], l'ajout d'une procédure porterait gravement atteinte à la qualité de ses missions.

Une solution écartée par la réforme de 2019. Au regard des dispositions législatives et réglementaires actuelles, cette éventualité n'est plus d'actualité dans la mesure où le « magistrat désigné par le président de la Cour d'appel » a été supprimé. Cette solution pourra être rediscutée si les pouvoirs publics parviennent à ressusciter de l'intérêt pour la profession de psychiatre et que le nombre de JLD augmente. Dans cette hypothèse, peut-être serait-il souhaitable de diviser l'activité du JLD en deux[1912] : JLD et juge des libertés et de la détention en soins psychiatriques (JLDSP)[1913].

Bien que la tâche soit complexe et importante, les actions conduites par les autorités extra-étatiques pour protéger les droits et des libertés fondamentaux des patients DSPSC ne peuvent qu'être saluées. L'extension progressive de leur mission démontre la nécessité de trouver des solutions alternatives à celles proposées par les acteurs étatiques, dont l'accessibilité est parfois discutable. Mais cette quête ne passe pas nécessairement par l'instauration de nouveaux acteurs ou de nouvelles procédures. Des solutions, peut-être jugées plus audacieuses, peuvent également être envisagées.

[1911] À titre d'exemple, nous pouvons citer les délais prévus par l'article L. 3222-5-1 du CSP en matière d'isolement et de contention.

[1912] Dans le cadre de l'étude d'impact du projet de loi d'orientation et de programmation du ministère de la Justice paru en mai 2023, il a été indiqué que la création d'une filière de juges compétents, pour le contrôle des mesures privatives de liberté dans le domaine des soins sans consentement et en droit des étrangers, « permettrait notamment aux magistrats de disposer d'un temps plus conséquent pour animer la politique partenariale et juridictionnelle au contact des acteurs du monde sanitaire et social, nécessaire à la plénitude et l'effectivité de son office ». MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Étude d'impact du projet de loi d'orientation et de programmation du ministère de la Justice 2023-2027*, 2 mai 2023, p. 303.

[1913] Sur ce point, nous observerons que le législateur a opté pour une autre approche. Dans le cadre de 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, les compétences confiées au JLD par le CSP en matière de mise en quarantaine, de placement et maintien à l'isolement et d'hospitalisation sans consentement, peuvent désormais être exercées par un magistrat du siège du tribunal judiciaire (Loi n° 2023-1059 du 20 novembre 2023 d'orientation et de programmation du ministère de la Justice 2023-2027, JORF n° 0269 du 21 novembre 2023, Texte n° 2). À cet égard, le Conseil constitutionnel jugea « qu'eu égard aux garanties d'indépendance et d'impartialité attachées au statut des magistrats du siège il ne saurait leur être reproché de méconnaître les principes d'indépendance et d'impartialité des juridictions et les exigences de l'article 66 de la Constitution ». V. C. const., 16 novembre 2023, n° 2023-855 DC, loi d'orientation et de programmation du ministère de la Justice.

Section 2 : Des garanties en faveur du patient à (ré)inventer

« La force qui est en chacun de nous est notre plus grand médecin[1914] **»**. La loi a accordé la possibilité à plusieurs acteurs judiciaires et extrajudiciaires d'intervenir dans la défense des droits et des libertés des patients DSPSC. Cependant, il serait erroné d'affirmer que les seules solutions exploitables pour concourir à cet objectif résident dans la sollicitation de ces acteurs ou instances. Au cas où cet élément aurait été oublié, rappelons que les sujets de notre étude sont avant tout des patients, liés au médecin dans le cadre du *colloque singulier*.

Lorsqu'une relation comporte des défaillances, une analyse des forces ainsi que des faiblesses de cette dernière doit s'opérer. Dans la mesure où les protagonistes sont directement concernés par la situation, ces derniers sont donc les plus à même de trouver une solution adéquate à la problématique rencontrée. Dans le cadre du *colloque singulier*, cette dynamique est quelque peu biaisée car la relation « patient-médecin », bien qu'individuelle, s'inscrit dans un cadre beaucoup plus large, matérialisé par le système de santé. Aussi, avant de saisir les acteurs étatiques ou extra-étatiques précédemment mentionnés, conviendrait-il de s'interroger sur les solutions possibles à mettre en place ou à développer pour améliorer cette relation « patient-médecin ». Ces réflexions peuvent concourir, dans un premier temps, au renforcement du droit à la protection de la santé, et plus spécifiquement, au droit aux soins (§ 1). Par ailleurs, depuis plusieurs années, le législateur instaure des dispositifs destinés à favoriser l'autonomie et l'expression de la volonté des individus. Ces outils peuvent être exploités tant par les patients que par les professionnels qui les entourent. Il serait pertinent d'analyser comment ces dispositifs peuvent trouver à s'appliquer dans le cadre des patients DSPSC (§ 2).

[1914] HIPPOCRATE, *De la nature de l'Homme*.

§ 1 : Un renforcement souhaitable du droit aux soins

Une action inscrite dans la dynamique du droit à la protection de la santé. Selon l'article L. 1110-1 du CSP, « le droit fondamental à la protection de la santé doit être mis en œuvre par tous moyens disponibles au bénéfice de toute personne. Les professionnels et les établissements de santé (…) contribuent (…) à développer la prévention, garantir l'égal accès de chaque personne aux soins nécessités par son état de santé et assurer la continuité des soins et la meilleure sécurité sanitaire possible ». Les soins en milieu pénitentiaire ainsi que les SPSC étant complètement intégrés à la politique nationale de santé, cette dynamique peut favoriser le renforcement du droit aux soins à l'égard des patients DSPSC. Deux actions peuvent alors être envisagées : celles destinées à consolider l'accès aux soins par le biais de la prévention (A) et celles destinées à préserver ou à renforcer la qualité de ces derniers (B).

A : Le développement de la prévention

« Mieux vaut prévenir que guérir ». Il serait facile de combler les défaillances relatives à l'accès aux SPSC ou aux soins en milieu pénitentiaire en proposant uniquement la construction de nouvelles structures médicales et/ou médico-sociales destinées à la prise en charge des patients DSPSC. Cependant, cette solution est utopiste et inadaptée. Outre l'influence du concept de moindre éligibilité qui tend à freiner l'investissement des pouvoirs publics dans ce type de projet[1915], il convient d'être réaliste sur l'état actuel de notre système de santé. Ce dernier est en souffrance et peine à susciter des vocations. La construction de nouvelles structures est donc une solution inadéquate car les ressources humaines sont actuellement insuffisantes pour y pourvoir de manière efficace et adaptée.

[1915] Des exceptions méritent néanmoins d'être soulignées. Par exemple, dans le cadre de la « feuille de route santé mentale et psychiatrie » du ministère de la Santé de juin 2018, il est préconisé d'améliorer la prise en charge des personnes détenues en détention par le lancement de la deuxième tranche des unités d'hospitalisation spécialement aménagées (UHSA).

Des pistes d'amélioration peuvent néanmoins être proposées en agissant en amont de la maladie. Tel est l'objectif de la prévention. Cette dernière peut être ciblée[1916] ou mise en place à titre universel[1917]. La prévention s'inscrivant de plein droit dans les politiques de santé publique, il est logique que sa conduite soit guidée par l'action gouvernementale à travers l'adoption de plans d'action ou de recommandations (1). Bien que ces démarches concourent toutes à la protection de la santé des patients DSPSC, l'une d'entre elles possède un aspect supplémentaire qui est celui de la préservation de la dignité humaine. Il s'agit des démarches de prévention relatives au recours à l'isolement et à la contention (2).

1) Le renforcement de la prévention dans les lieux privatifs de liberté par les pouvoirs publics

Définition. Dans le cadre sanitaire, la prévention désigne l'ensemble des actions préventives menées dans le but d'éviter ou de réduire l'apparition, le développement et la gravité des accidents, maladies et handicaps, pouvant toucher tout ou une partie de la population. Il s'agit de favoriser la conduite d'actions préventives, curatives, éducatives et sociales, principalement en amont de la maladie, afin que cette dernière soit diagnostiquée rapidement et que l'impact financier de sa prise en charge soit le plus limité possible.

Dans les faits, rien ne s'oppose à l'instauration d'une telle démarche à l'égard des patients DSPSC. Cette dernière a d'ailleurs été mise en avant dans les Recommandations minimales du CGLPL et de manière plus spécifique, dans le cadre de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » de juin 2018.

Les recommandations générales du CGLPL en matière de prévention. Dans le cadre de ses Recommandations minimales[1918], le CGLPL a pris soin de s'exprimer sur les actions de prévention à mener dans les lieux privatifs de liberté. La règle n° 117[1919]

[1916] Dans cette hypothèse, la prévention va s'adresser à une partie de la population. Le « critère de sélection » de la campagne peut être fondé sur le sexe, sur l'âge ou encore sur des factures de risques spécifiques. Tel est le cas par exemple de l'action « M'T dents » par laquelle l'Assurance Maladie offre, tous les 3 ans, un rendez-vous et, si besoin, des soins chez le dentiste aux enfants dès l'âge de 3 ans et aux jeunes jusqu'à l'âge de 24 ans.
[1917] Dans cette hypothèse, la prévention s'adresse à l'ensemble de la population, quel que soit l'état de santé actuel des individus. Tel est le cas des campagnes de prévention en matière de tabagisme.
[1918] Les dispositions relatives à la santé sont énoncées dans le cadre des règles 117 à 120.
[1919] Sur ce point, V. notamment PONSEILLE Anne, « La santé – règles commentées 117 à 120 », *in* GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel (dir.), *L'élaboration d'un droit de la privation de liberté*, Paris, LexisNexis, 2020, pp. 418-443.

énonce que « les services de santé dans les lieux d'enfermement doivent être investis, au-delà du soin, d'une responsabilité de médecine sociale et préventive concernant notamment l'hygiène, la protection contre les infections transmissibles, l'accompagnement face aux conduites addictives et la prévention des suicides et de la violence. Ils doivent contribuer à la mise en place de dispositifs d'éducation à la santé (…) ». Si la formulation d'une telle recommandation ne peut être qu'encouragée, il est regrettable qu'il faille encore l'énoncer. En effet, la question du droit à la prévention et à l'éducation à la santé, à l'égard des personnes privées de liberté, a été mise en avant il y a près de 10 ans par le Comité consultatif national d'éthique[1920]. De plus, dans la mesure où les SPSC ainsi que les soins en milieu pénitentiaire sont assurés par des établissements de santé « de droit commun », les dispositions de l'article L. 6111-1 du CSP selon lesquelles « les établissements de santé publics, privés d'intérêt collectif et privés (…) mènent des actions de prévention et d'éducation à la santé »[1921] s'appliquent. Elles peuvent être définies dans le cadre de plan d'action ou dans une feuille de route, comme c'est le cas actuellement pour la psychiatrie.

Le cadre de la prévention dans la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie ». Au même titre que les pathologies somatiques, la pathologie mentale peut être influencée par des éléments extrinsèques tels que des facteurs socio-économiques, biologiques et environnementaux. Il est possible d'agir sur ces derniers par des stratégies globales de promotion, de prévention, d'offre de soins, d'amélioration des conditions de vie et d'inclusion sociale en mobilisant l'ensemble des actions gouvernementales[1922]. C'est dans cette perspective que s'inscrit la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » de juin 2018[1923].

À titre liminaire, il est indiqué que « la prévention et les interventions précoces sont insuffisantes et les diagnostics trop tardifs. (…). Le contexte est marqué par des inégalités importantes dans l'offre de soins et des professionnels présents sur les territoires. (…). Il convient de prêter une attention particulière aux populations les plus vulnérables : notamment (…), les populations en précarité sociale (…), les personnes en situation de handicap (…), ou encore les personnes placées sous main de justice[1924] ». Pour tenter de

[1920] CCNE, Avis n° 94 relatif à la santé et à la médecine en prison, 28 avril 2014, p. 22.
[1921] À l'égard des patients détenus, ce point est spécifiquement rappelé aux articles D. 115-3 du Code pénitentiaire.
[1922] V. par exemple HAS, *Grande précarité et troubles psychiques. Comment intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques*, septembre 2021.
[1923] MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Feuille de route Santé mentale et psychiatrie. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie*, 28 juin 2018 (en ligne). https://sante.gouv.fr/archives/archives-presse/archives-dossiers-de-presse/article/feuille-de-route-sante-mentale-et-psychiatrie-jeudi-28-juin-2018.
[1924] *Ibidem.*

corriger ces défaillances, la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » se décline en plusieurs grands axes[1925]. Seuls les deux premiers retiendront notre attention.

La prévention dans le premier axe de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie ». Dans le premier axe intitulé « Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique et prévenir le suicide », la prévention est abordée à l'égard des « potentiels » patients en matière de soins psychiatriques. L'idée est de « développer des actions de prévention de la souffrance psychique au travail en ciblant prioritairement les professionnels de santé, en ville, et en établissements dont les établissements sociaux et médico-sociaux ». Cette démarche s'inscrit dans la mise en place d'une réflexion collective en matière de prévention des risques psychosociaux et de qualité de vie au travail, et fait l'objet de nombreuses actions de formation[1926]. L'objectif est de prévenir l'apparition d'un trouble mental qui, s'il n'est pas pris en charge correctement et dans un délai adéquat, peut aboutir à la mise en place de SPSC, voire, dans les cas les plus extrêmes, à la commission d'une infraction[1927]. En agissant en amont de la pathologie, les perspectives d'obtenir une adhésion du patient aux soins sont plus importantes. Cette adhésion étant souhaitée, la procédure de SPSC ne s'avère pas utile, ce qui tend à protéger la liberté individuelle du futur patient. De plus, en accordant une attention plus soutenue aux difficultés rencontrées par les professionnels de santé, le Gouvernement s'inscrit dans une amélioration de la bientraitance institutionnelle. Une telle dynamique tend, *a posteriori*, à influer sur la qualité de prise en charge des patients déjà admis en SPSC.

La prévention dans le deuxième axe de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie ». C'est dans le deuxième axe intitulé « Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité » que se trouve la mesure la plus en lien avec les SPSC. Il s'agit de l'action n° 27 intitulée « Réduire le recours aux soins sans consentement, à l'isolement et à la contention[1928] ». Contrairement à ce que l'intitulé de l'axe suggère, la volonté de réduire le recours aux soins sans consentement ne vaut qu'à l'égard des SPI. Elle se justifie par les travaux de l'Institut

[1925] Les trois grands axes de la « Feuille de route santé mentale et psychiatrie » sont : Promouvoir le bien-être mental, prévenir et repérer précocement la souffrance psychique, et prévenir le suicide ; Garantir des parcours de soins coordonnés et soutenus par une offre en psychiatrie accessible, diversifiée et de qualité ; Améliorer les conditions de vie et d'inclusion sociale et la citoyenneté des personnes en situation de handicap psychique.

[1926] V. notamment l'autoformation en ligne proposée l'INRS « Acquérir des bases en prévention des risques professionnels ».

[1927] De telles hypothèses se retrouvent notamment en cas d'apparition de burn-out. Initialement utilisé pour décrire l'épuisement au travail de professionnels de l'aide et du soin, le burn-out se définit aujourd'hui comme un état d'épuisement professionnel (à la fois émotionnel, physique et psychique) ressenti face à des situations de travail « émotionnellement » exigeantes.

[1928] Seul l'aspect relatif à la réduction des SPSC sera abordé ici. Les actions relatives à la prévention de l'isolement et de la contention seront abordées de manière plus spécifique dans le 2).

de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES). En 2022[1929], concomitamment à la publication de la feuille de route, il publia une enquête statistique sur les mesures de SPSC réalisées entre 2012 et 2021. Si en 2012 les SPI représentaient 10% du nombre total d'admissions en SPSC, ce chiffre est porté à 24,6%[1930] en 2021. Ces résultats suggèrent que la procédure de SPI pourrait être mise en œuvre en dehors de leur objectif initial[1931], « ou dans des services d'urgence où les équipes soignantes connaissent moins les personnes prises en charge et n'ont pas toujours les ressources pour rechercher les tiers à contacter. Ainsi, le recours aux SPI regroupe vraisemblablement des pratiques contrastées et continue de dépasser le cadre de la mesure d'exception initialement pensée par la loi de 2011[1932] ». Si l'objectif de la feuille de route se veut louable, il est à parier que la dégradation de la psychiatrie n'a pas été un élément en faveur d'une amélioration sur ce point[1933]. La pertinence de cet axe de travail sera donc à réévaluer lors de l'établissement de la prochaine feuille de route en la matière[1934].

La prévention en milieu pénitentiaire. Si les actions précitées s'inscrivent dans le cadre des SPSC, le milieu carcéral connait également des actions de prévention. Ces dernières sont principalement abordées dans le Guide méthodologique[1935]. 4 axes font l'objet d'une attention particulière : les maladies à prévention vaccinales, les risques infectieux, les conduites addictives et le suicide. Si nous pouvons nous réjouir de ces différents protocoles, leur accès effectif est mis à mal par la situation de surpopulation. Le CGLPL énonce qu' « au-delà de ses conséquences délétères sur la santé, la surpopulation fait obstacle à un accès aux soins pourtant garanti par la loi pénitentiaire. Les services de santé sont en effet prévus pour un effectif théorique des détenus. Dès lors que leur nombre est augmenté, ces services sont débordés par la demande (…) sans moyen d'y faire face[1936] ». Ainsi, au même titre que pour les SPSC, la prévention en milieu pénitentiaire ne peut, à l'heure actuelle, produire pleinement ses effets. Seule une augmentation des

[1929] En 2012, le nombre de patients relevant des soins psychiatriques sans contentement était de 83 721. Ce nombre est porté à 95 473 en 2021. COLDEFY Magali, GANDRÉ Coralie, RALLO Stéphanie, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteinte », *Question d'économie de la santé*, n° 269, juin 2022, p. 5.
[1930] *Ibidem.*
[1931] Tel est le cas lorsque les proches ne souhaitent pas mettre en place une demande de SPSC par crainte de représailles ou de rupture des liens familiaux.
[1932] COLDEFY Magali, GANDRÉ Coralie, RALLO Stéphanie, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteinte », *Question d'économie de la santé*, n° 269, juin 2022, p. 5.
[1933] Au 1er mars 2024, aucune nouvelle statistique sur les SPSC n'avait été publiée.
[1934] Le 2 mai 2024, à l'occasion de la publication du bilan 2023 de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie », le communiqué de presse rendu par le ministère de la Santé n'a pas évoqué ce point.
[1935] V. notamment le livre 4 intitulé « Organisation des prises en charge spécifiques » du Guide méthodologique.
[1936] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel d'activité 2021*, Paris, Dalloz, 2022, p. 16.

professionnels habilités à dispenser ces actions de prévention ou une diminution de la population carcérale permettrait d'améliorer cette situation.

Dans tous les cas, ces démarches sont censées répondre à des besoins caractérisés à une période précise. Il est donc important de ne pas occulter leur côté ponctuel et évolutif. Elles peuvent également poursuivre une autre finalité que l'amélioration de la santé des patients. Tel est le cas de la prévention en matière d'isolement et de contentieux qui s'inscrit aussi dans une amélioration des bonnes pratiques professionnelles.

2) Un renforcement original de la prévention en faveur de l'isolement et de la contention

Une démarche de prévention initiée avant 2018. L'isolement et la contention constituent des pratiques de derniers recours, dont la mise en œuvre se doit d'être exceptionnelle afin de répondre à des situations de crise. Elles doivent prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient et/ou autrui[1937]. Même si le nouveau cadre législatif et réglementaire n'était pas encore acté, la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » de juin 2018 prévoyait déjà une réduction de ces pratiques. Plusieurs travaux, dont ceux de la sous-commission « Psychiatrie médico-légale » de la Commission nationale de la psychiatrie[1938], avaient déjà initié des actions de prévention dans ce domaine[1939]. Cette dynamique démontre l'existence d'une réelle prise de conscience de la part des professionnels de santé ainsi que des instances gouvernementales sur ces pratiques. La question est donc de savoir si les actions instaurées ont atteint leur objectif.

[1937] Article L. 3222-5-1 du CSP.
[1938] Cette sous-commission est dirigée par le Professeur Jean Louis SENON et le docteur Michel TRIANTAFYLLOU.
[1939] Le comité national de pilotage avait validé un plan d'action qui comportait 4 axes : Améliorer la qualité des données qualitatives et quantitatives sur le recours aux soins sans consentement et les pratiques d'isolement et de contention ; Identifier et diffuser les bonnes pratiques de prévention et de gestion de crise à même de réduire de façon déterminée et significative le recours à l'isolement, à la contention et aux soins sans consentement ; Encourager et faire connaître les mesures améliorant le respect des droits des patients Créer et installer un observatoire des droits des patients en psychiatrie et santé mentale au sein du comité national de pilotage. MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, *Santé mentale et psychiatrie. Mise en œuvre de la feuille de route. État d'avancement au 1er mars 2024*, p. 73.

Une démarche préventive délicate à évaluer sur le plan quantitatif. Pour y répondre, plusieurs démarches peuvent être entreprises. La première réside dans une analyse quantitative des mesures d'isolement et de contention réalisées depuis 2018. Elle est réalisable grâce à l'instauration, depuis 2018, d'un registre obligatoire des mesures d'isolement et de contention dans tous les établissements habilités à réaliser ces procédures[1940]. Une comparaison des pratiques entre 2018 et 2022[1941] tendrait à affirmer ou infirmer la pertinence des actions mises en œuvre. Cependant, une telle démarche est brouillée par l'influence de la COVID-19. En effet, au sein des établissements psychiatriques, il fut parfois complexe de distinguer clairement ce qui a relevé d'une mesure d'isolement « thérapeutique » et d'une mesure d'isolement « sanitaire » au cours des années 2020 et 2021. Une comparaison pourra néanmoins être réalisée postérieurement à 2022[1942]. Selon les derniers chiffres publiés, le recours à l'isolement a été instauré à l'égard de 27 762 patients. 7 979 patients ont également fait l'objet d'une mesure de contention mécanique[1943]. Reste à savoir si ces chiffres se sont stabilisés ou ont été réduits au cours des années 2023 et 2024. La réponse à cette question n'est pas encore accessible[1944] et méritera une analyse future lors de la publication des prochaines statistiques.

Si une réponse sur le terrain quantitatif ne peut être donnée, des perspectives encourageantes sont à souligner sur le plan qualitatif, en particulier au niveau des pratiques professionnelles.

Une prévention par le biais des bonnes pratiques professionnelles. La prévention de l'isolement et de la contention ne doit pas s'inscrire uniquement dans une démarche individuelle. Elle relève également d'une démarche collective, portée par les équipes de soins. Pour guider l'ensemble des professionnels de santé dans ce processus, il est possible de prendre appui sur les recommandations de l'HAS, mais également sur la recherche Plaid-Care.

[1940] Dans le cadre des SPSC, la pratique de l'isolement et de la contention ne peut s'effectuer qu'à l'intérieur d'établissements ayant reçu une autorisation d'exercer cette activité de soins. Cette autorisation est délivrée aux établissements respectant les conditions techniques d'implantation et de fonctionnement définis à l'article D. 6124-265 du CSP.
[1941] La dernière étude statistique sur le sujet publié par l'IRDES s'appuie sur des chiffres de 2022. V. TOUITOU-BURCKARD Esther, GANDRÉ Coralie, COLDEFY Magali, « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », *Question d'économie de la santé*, n° 286, février 2024.
[1942] Ce repère temporel coïncide avec la stabilisation de la législation sur l'isolement et la contention.
[1943] TOUITOU-BURCKARD Esther, GANDRÉ Coralie, COLDEFY Magali, « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », *Question d'économie de la santé*, n° 286, février 2024, p. 3.
[1944] Données mises à jour en juillet 2024.

La prévention de l'isolement et de la contention par les recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'HAS. Les recommandations de bonnes pratiques de l'HAS sur l'isolement et la contention ont été publiées en 2017[1945]. Elles précisent que « le recours à une mesure d'isolement ne doit pas être un mode d'intervention systématique à l'égard d'un patient qui a des comportements à risque. Chaque fois qu'un patient a un tel comportement, les professionnels habilités doivent s'interroger sur les causes sous-jacentes à ce comportement[1946] ». Par cet énoncé, l'HAS souhaite prévenir le renouvellement de l'usage de ces mesures par une analyse des causes qui ont justifié leur mise en œuvre. Il est préconisé que cette démarche se fasse en deux temps : une analyse avec le patient et une analyse en équipe pluriprofessionnelle.

L'analyse de la crise avec le patient poursuit deux objectifs : le rendre acteur de sa prise en charge et trouver avec lui les solutions les plus adaptées à sa situation afin de prévenir le renouvellement des mesures de contraintes. L'HAS souligne que l'analyse doit permettre de « mobiliser ses aptitudes à l'autocontrôle et d'identifier, avec le patient, les interventions alternatives possibles lors d'épisodes ultérieurs et les facteurs qui peuvent être repérables rapidement pour réduire le risque de nouvel incident[1947] ». Cette introspection étant parfois complexe à réaliser, elle peut faire l'objet de plusieurs entretiens. L'objectif est de créer un lien de confiance entre le patient et les professionnels de santé aux fins de déterminer « ce qui a mal fonctionné, quelle information a été manquée, ce qui aurait pu être fait différemment et ce qu'il faudrait faire à l'avenir pour éviter d'avoir recours à l'isolement[1948] ».

Ces éléments sont ensuite repris en équipe pluriprofessionnelle. C'est à cette occasion que l'ensemble des professionnelles peuvent mettre en avant les difficultés rencontrées lors de la prise en charge telles que « la culpabilité ; (…) l'expression de la peur ou de la difficulté de prendre soin d'un patient qui a ou qui a eu un comportement violent[1949] ». Conçus comme une analyse des pratiques professionnelles, ces échanges doivent permettre une réflexion pluriprofessionnelle sur les alternatives à l'isolement et à la contention. Ils permettent également une analyse *in concreto* des protocoles mis en place au sein de l'établissement. Cette démarche peut donc aboutir à l'instauration de solutions concrètes et adaptées à la réalité du terrain, et en particulier des ressources humaines,

[1945] HAS, *Isolement et contention en psychiatrique générale, Recommandation de bonne pratique*, février 2017.
[1946] *Ibidem*, p. 12.
[1947] *Ibidem.*
[1948] *Ibidem*, p. 18.
[1949] *Ibidem.*

matérielles et financières de l'établissement. Il est également possible de s'inspirer des solutions mises en place dans d'autres établissements. À cet égard, la recherche Plaid-Care mérite une attention particulière.

Une prévention pratique de l'isolement et de la contention. La recherche Plaid-Care constitue le premier volet du projet RICOCHET[1950]. Elle s'appuie sur une approche pluridisciplinaire et qualitative au sein de quatre établissements ou secteurs psychiatriques. Ce ciblage a été motivé par le fait qu'il existait, sur ces aires géographiques spécifiques, une « antériorité en matière de moindre recours à la coercition[1951] ». Une première analyse fait état « des pratiques, des représentations et d'une organisation des soins spécifiques. Elles incluent la priorité à la disponibilité pour le patient, l'investissement des soignants et de l'ensemble des professionnels, la centralité et la diversité des activités, la présence au quotidien de l'équipe d'encadrement, une attention particulière portée à l'accueil du patient, la qualité des liens avec les soignants et les structures de l'ambulatoire et des représentations mélioratives des patients[1952] ». Cette dynamique est favorisée par une importante reconnaissance professionnelle et une culture du dialogue entre tous les acteurs. Nous pourrions la résumer par la phrase suivante : « Une équipe bien traitée est une équipe bientraitante ». En somme, la prévention de l'isolement et de la contention passe ici par une valorisation des pratiques professionnelles et l'instauration de plusieurs démarches qui visent à garantir « la satisfaction des professionnels, leur engagement et la stabilité des équipes[1953] ». Ces actions s'inscrivent dans le cercle de réflexion plus généraliste relatif à la prévention des risques psychosociaux et à la qualité de vie au travail. Bien que l'effectivité de leur mise en place prenne du temps, elles doivent être encouragées.

L'amélioration de la protection de la santé par le biais de la prévention ne s'inscrit pas dans une démarche unique et linéaire. Elle peut prendre diverses formes et intéresser directement ou indirectement le patient DSPSC. Si les intentions des instances gouvernementales ainsi que des professionnels de santé sont louables, la tension actuelle

[1950] Recours à l'isolement et à la contention en psychiatrie, analyse des variations entre établissements et facteurs associés à l'échelle nationale. Ce projet « vise à objectiver à l'échelle nationale d'éventuelles variations du recours à l'isolement et à la contention mécanique en psychiatrie entre établissements et à en identifier les principaux facteurs associés (caractéristiques des personnes prises en charge, des offreurs de soins et de leur environnement) – pouvant ainsi éclairer des politiques publiques soutenant les équipes soignantes dans la mise en œuvre des ambitions politiques de réduction du recours à la contrainte en psychiatrie ». https://www.irdes.fr/recherche/projets/richochet-recours-a-l-isolement-et-a-la-contention-en-psychiatrie.pdf

[1951] TOUITOU-BURCKARD Esther, GANDRÉ Coralie, COLDEFY Magali, « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », *Question d'économie de la santé*, n° 286, février 2024, p. 6.

[1952] *Ibidem.*

[1953] *Ibidem.*

du monde sanitaire met souvent à mal les projets adoptés. Ces difficultés ne se cristallisent pas qu'autour des démarches de prévention. La qualité des soins est également impactée.

B : Une qualité des soins à préserver

Définition. Selon l'OMS, la qualité des soins désigne « la mesure dans laquelle les services de santé destinés aux individus et aux populations augmentent la probabilité de parvenir à l'état de santé souhaité. Elle dépend de connaissances professionnelles fondées sur des bases factuelles et est essentielle pour instaurer la couverture sanitaire universelle[1954] ». Si la conception ainsi que la définition de l'expression « soins de qualité » connaissent des différences d'appréciation sur l'ensemble du globe, des critères communs semblent pouvoir être dégagés. L'OMS indique que les soins de qualité devraient être efficaces, sûrs et centrés sur la personne[1955]. En France, plusieurs outils viennent concourir à cette démarche. Tel est le cas de l'instauration de la bientraitance en institution (1) et de la mise en place de la démarche qualité (2)[1956].

1) La démarche bientraitante dans les lieux privatifs de liberté

Contextualisation. La mise en œuvre de la bientraitance puise essentiellement ses sources dans la combinaison de trois textes législatifs : la loi de 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale[1957], la loi de 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées[1958] et la loi de 2007 réformant la

[1954] https://www.who.int/fr/health-topics/quality-of-care#tab=tab_1
[1955] *Ibidem.*
[1956] Le choix de ces deux axes est motivé par l'exercice, depuis 2014, de la profession de formatrice-consultante, au cours de laquelle ces deux points ont pu être observés et instaurés dans plusieurs établissements de santé et médico-sociaux.
[1957] Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, Texte n° 2.
[1958] Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n° 36 du 12 février 2005, Texte n° 1.

protection de l'enfance[1959]. En 2008, l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux[1960] (ANESM), publia des recommandations de bonnes pratiques professionnelles dans le cadre d'un guide méthodologique intitulé « La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre ». L'objectif était de pouvoir donner des repères aux différents établissements afin qu'ils puissent l'intégrer au sein de leur structure, en tenant compte des spécificités des personnes qu'ils accueillent.

À cette époque, la bientraitance était perçue comme un « mouvement d'individualisation et de personnalisation permanente de la prestation » et ne pouvait, en tant que telle « recevoir de définition définitive[1961] ». L'ANESM l'envisageait comme la résultante d'un « équilibre entre un fond commun d'exigences permanentes : celle de répondre aux besoins fondamentaux de l'usager de la manière la plus individualisée et personnalisée possible ; et une interprétation puis une mise en œuvre par définition ponctuelles et dynamiques données par les professionnels au sein d'une structure déterminée[1962] ». Si à l'origine l'instauration de la démarche bientraitante était envisagée uniquement à l'égard des établissements sociaux et médico-sociaux, l'HAS adopte aujourd'hui une position beaucoup plus large. Selon ses termes, « promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance, c'est l'affaire de tous : les professionnels, quelles que soient leurs fonctions dans la hiérarchie, l'institution, les usagers[1963] ». Désormais, « les actions de sensibilisation ou de formation à la promotion de la bientraitance et à la lutte contre la maltraitance doivent s'opérer au sein des établissements de santé ou médico-sociaux[1964] ».

La bientraitance : une notion non définie par la loi. Outre les difficultés humaines, matérielles et financières qui peuvent se présenter lors de l'instauration d'un projet au sein d'un établissement, il faut également s'accorder sur sa définition précise. Un premier obstacle apparait dans la mesure où la bientraitance n'est pas définie[1965] par la loi.

[1959] Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, JORF n° 55 du 6 mars 2007, Texte n° 7.
[1960] Depuis 2018, l'ANESM est intégrée à l'HAS. V° Article 72 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la Sécurité sociale pour 2018, JORF n° 0305 du 31 décembre 2017, Texte n° 1 ; Décret n° 2018-467 du 11 juin 2018 relatif à l'intégration de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS), JORF n° 0133 du 12 juin 2018, Texte n° 14.
[1961] ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, juin 2008, p. 16.
[1962] *Ibidem.*
[1963] https://www.has-sante.fr/jcms/p_3398640/fr/bientraitance-promouvoir-une-culture-commune-pour-les-professionnels-et-les-usagers-des-secteurs-sanitaire-et-medico-social.
[1964] *Ibidem.*
[1965] Plusieurs concepts gravitent autour de la notion de bientraitance : la bienfaisance, la bienveillance, la sollicitude, ou encore la notion de care. V. ANESM, *Recommandations de bonnes pratiques professionnelles, La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre*, juin 2008, pp. 12-13.

Ce point peut être partiellement résolu par une interprétation *a contrario* de l'article L. 119-1 du CASF relatif à la définition de la maltraitance[1966], ainsi que par la lecture des recommandations de bonnes pratiques professionnelles de l'ANESM. Dans une synthèse publiée en janvier 2012, elle indiqua que la bientraitance est « une culture inspirant les actions individuelles et les relations collectives au sein d'un établissement ou d'un service. Elle vise à promouvoir le bien-être de l'usager en gardant à l'esprit le risque de maltraitance. Elle ne se réduit ni à l'absence de maltraitance, ni à la prévention de la maltraitance. La bientraitance se caractérise par une recherche permanente d'individualisation et de personnalisation de la prestation. Elle ne peut se construire au sein d'une structure donnée qu'au terme d'échanges continus entre tous les acteurs[1967] ».

La bientraitance dans les lieux privatifs de liberté : une démarche utopique ?
Dans des lieux où la prise en compte du consentement s'avère parfois très sommaire et où un aspect afflictif demeure, l'instauration d'une démarche bientraitante peut surprendre et être jugée audacieuse. Elle est pourtant au centre de plusieurs réflexions actuelles comme en témoigne le colloque organisé en 2023 par le Centre hospitalier Charles Perrens intitulé « Soins et bientraitance en psychiatrie ». Par ailleurs, dans la mesure où la bientraitance s'inscrit en opposition de la maltraitance, elle concourt donc à la préservation de dignité humaine ; qualité qui demeure inhérente à tous les Hommes.

La démarche bientraitante dans les SPSC : une démarche à expliciter. Dans le cadre des SPSC, la démarche bientraitante prend tout son sens. À travers les précédents développements, nous avons pu constater que les spécificités liées à cette modalité particulière de soins entrainaient parfois « un contexte particulièrement à risque de maltraitance[1968] ». Pourtant, au regard des dispositions de la feuille de route « Santé mentale et psychiatrie » de juin 2018, ou de son bilan publié en mars 2024, aucun de ces deux documents n'emploie explicitement la notion de bientraitance. Cette lacune mériterait d'être corrigée dans le cadre des futurs plans d'action. Il conviendra d'être très précautionneux et de ne pas ériger une démarche « moralisatrice » et/ou sanctionnatrice.

[1966] Article L. 119-1 du CASF : « La maltraitance au sens du présent code vise toute personne en situation de vulnérabilité lorsqu'un geste, une parole, une action ou un défaut d'action compromet ou porte atteinte à son développement, à ses droits, à ses besoins fondamentaux ou à sa santé et que cette atteinte intervient dans une relation de confiance, de dépendance, de soin ou d'accompagnement. Les situations de maltraitance peuvent être ponctuelles ou durables, intentionnelles ou non. Leur origine peut être individuelle, collective ou institutionnelle. Les violences et les négligences peuvent revêtir des formes multiples et associées au sein de ces situations ». Cette disposition fut adoptée dans le cadre de la loi du 7 février 2022 relative à la protection des enfants. V° Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, JORF n° 0032 du 8 février 2022, Texte n° 2.
[1967] ANESM, *La bientraitance : définition et repères pour la mise en œuvre. Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Synthèse*, janvier 2012.
[1968] ADERET Lee, *La bientraitance en secteur psychiatrique. Points de vue des soignants, difficultés rencontrées et propositions de sensibilisation et de promotion de la bientraitance*, Thèse de doctorat, Médecine, Université Paris Descartes, 2016, p. 209.

Parce que la démarche bientraitante est propre à chaque établissement ainsi qu'à sa culture, un rappel des outils qui peuvent concourir à son instauration[1969] semble opportun. Elle doit alors tendre « vers une institution "suffisamment bonne" et non d'atteindre un idéal inaccessible. Cette limite floue doit le rester et permettre à la fois aux professionnels d'éviter un épuisement psychique et aux usagers de pouvoir se saisir de l'institution comme un outil à part entière du soin[1970] ». Cette « philosophie » se doit de guider l'action des professionnels en milieu pénitentiaire.

La démarche bientraitante en prison : une démarche complexe, mais pas impossible. Bien qu'elle ne soit pas explicitement mentionnée, l'instauration de la démarche bientraitante en institution psychiatrique est « facilitée » par le fait qu'il s'agisse d'un lieu de soins. L'institution carcérale ne poursuit pas cette finalité. C'est avant tout un lieu de peine. La démarche bientraitante apparait comme antagonique avec la « culture » de ce lieu singulier. Ce point se doit d'être relativisé, en particulier depuis que le soin « a investi » le milieu carcéral ; faisant de la prison un lieu où plusieurs cultures professionnelles se croisent.

En théorie, l'instauration d'une telle démarche n'est pas impossible. Elle s'avère « seulement » longue et complexe. Sous réserve que les professionnels acceptent d'y participer, il faudra se préparer à des attentes et des représentations diverses de la bientraitance, même entre les professionnels issus du même corps de métier. Cela s'explique par l'influence par des valeurs personnelles telles que la famille ou encore la religion. Malgré l'existence de divergences, l'espoir de trouver un socle commun de principes à partager n'est pas vain. Cette réflexion pourrait alors s'inscrire dans une dynamique encore plus vaste : la création d'une « culture pénitentiaire ».

Qu'il s'agisse des SPSC ou de la prison, l'instauration d'une démarche bientraitante en ces lieux offre l'avantage d'obéir à un cadre souple et non formalisé. Il permet d'adapter la démarche à la volonté et aux attentes des femmes et hommes qui

[1969] À titre d'exemple, il est possible de citer les actions de formation continue, l'instauration de temps d'échanges et d'analyses de pratiques professionnelles, ou encore l'instauration d'une nouvelle organisation des soins.
[1970] ADERET Lee, *La bientraitance en secteur psychiatrique. Points de vue des soignants, difficultés rencontrées et propositions de sensibilisation et de promotion de la bientraitance*, Thèse de doctorat, Médecine, Université Paris Descartes, 2016, p. 211.

évoluent dans l'établissement, en qualité de professionnels ou de patients. Cette situation tranche avec le cadre de la démarche qualité.

2) La démarche qualité dans les lieux privatifs de liberté

Une démarche issue du milieu industriel. Historiquement, la qualité est devenue une discipline d'étude et d'action avec la révolution industrielle. Son premier objectif s'est concentré sur la conformité des produits livrés avant de s'orienter, plus tardivement, vers la satisfaction des clients[1971]. Progressivement, elle s'est infiltrée dans l'ensemble des secteurs d'activité, dont le secteur médical. Dans ce domaine, les démarches d'évaluation et d'amélioration continue de la qualité sont apparues avec la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991[1972] puis avec l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996[1973] qui instaura l'accréditation des établissements de santé. Elles ont été consolidées par la loi du 4 mars 2002, dont une partie est relative, comme son nom l'indique, « à la qualité du système de santé »[1974], puis par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009[1975].

Cadre juridique. L'article L. 6111-2 du CSP dispose que « les établissements de santé élaborent et mettent en œuvre une politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins et une gestion des risques visant à prévenir et traiter les événements indésirables liés à leurs activités ». Dans la mesure où cette disposition s'adresse à l'ensemble des établissements de santé, elle trouve donc à s'appliquer à l'égard ceux qui prennent en charge les patients DSPSC. Si la méthode employée pour instaurer une démarche bientraitante est propre à chaque établissement, la démarche qualité, elle, est strictement encadrée, par le biais notamment de la procédure de certification.

Selon l'article R. 6113-12 du CSP, « la procédure de certification des établissements de santé (…) a pour objet d'évaluer la qualité et la sécurité des soins

[1971] Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES), *Principes de mise en œuvre d'une démarche qualité en établissement de santé*, avril 2002, p. 10.
[1972] Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n° 179 du 2 août 1991.
[1973] Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n° 98 du 25 avril 1996.
[1974] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, Texte n° 1.
[1975] Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, Texte n° 1.

dispensés et de l'ensemble des prestations délivrées, par services ou par activités, en tenant compte notamment de leur organisation interne ainsi que de la satisfaction des patients. La certification prend en compte les mesures prises par les établissements de santé, en vertu de l'article L. 1110-7, pour assurer le respect des droits des personnes malades (…) ». Cette démarche est effectuée tous les 4 ans par des professionnels mandatés par l'HAS. L'objectif est de porter une appréciation indépendante sur la qualité et la sécurité des soins ainsi que l'ensemble des prestations délivrées par les hôpitaux et cliniques en France.

Méthode et critères d'évaluation. Pour parvenir à une évaluation objective, l'HAS a instauré un référentiel[1976] nommé « Manuel – Certification des établissements de santé pour la qualité des soins ». Il constitue le socle du dispositif de certification. Y sont listés les critères à satisfaire par l'établissement de santé ainsi que tous les éléments nécessaires à leur compréhension et à leur évaluation. Cette approche facilite son appropriation par l'ensemble des acteurs concernés par cette démarche. Ainsi, les professionnels et les représentants des usagers peuvent s'appuyer sur le référentiel pour réaliser leur évaluation interne de manière autonome et s'en servir comme outil de pilotage de l'amélioration continue de la qualité. Les experts-visiteurs, quant à eux, se servent de cet outil pour la conduite de leur visite et ainsi harmoniser les pratiques en la matière.

Ce référentiel est structuré en 3 chapitres : le patient, les équipes de soins, l'établissement. Pour la partie relative au patient, quatre critères sont évalués : Le patient est informé et son implication est recherchée ; Le patient est respecté ; Les proches et/ou aidants sont associés à la mise en œuvre du projet de soins avec l'accord du patient ; Les conditions de vie et de lien social du patient sont prises en compte dans le cadre de sa prise en charge. Bien que le DDD, le CGLPL ainsi que la CDSP ne concourent à la mission de certification, nous constatons que l'ensemble de ces points sont repris dans le cadre de leurs différents rapports d'activité[1977]. Il aurait été idéal que ces acteurs puissent être impliqués dans cette procédure, mais leur indépendance affirmée et nécessaire rend cette idée caduque.

Une démarche innovante en milieu pénitentiaire. La démarche qualité et la certification sont des procédures ancrées dans la vie institutionnelle des établissements de santé. En conséquence, les établissements habilités à assurer des SPSC sont coutumiers de

[1976] Mis à jour le 22 septembre 2022, il est connu dans le milieu professionnel sous le nom de certification V2023.
[1977] V. par exemple CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel d'activité 2021*, Paris, Dalloz, 2022.

leurs exigences. Gageons seulement que lorsqu'il s'agit d'un établissement de santé non spécialisé, une attention particulière est réservée aux SPSC. En revanche, une telle démarche est novatrice dans le milieu pénitentiaire. En effet, exception faite des visites du CGLPL, aucune évaluation conduite par des organismes extérieurs et indépendants ne vient contrôler le « bon fonctionnement » des établissements pénitentiaires. Cependant, des mécanismes déjà existants peuvent concourir à l'instauration d'une telle démarche.

Sous l'influence des RPE, une mission de diagnostic fut engagée par Charles D'HARCOURT qui aboutit à l'élaboration d'une Charte d'action pour l'administration pénitentiaire. Parmi les 108 recommandations des RPE, 8[1978] ont été considérées comme présentant un réel enjeu pour l'évolution des établissements pénitentiaires et plus particulièrement pour l'amélioration de la prise en charge des détenus condamnés. Pour attester de la bonne application des règles posées par les RPE, l'administration pénitentiaire prévoyait dans sa Charte d'action, l'attribution d'un label qualité par un organisme extérieur, chargé de contrôler les moyens mis en œuvre pour atteindre les objectifs d'amélioration des pratiques professionnelles. Initialement, ce label s'entendait de manière générale et semblait concerner l'ensemble des 8 règles à enjeu fort. Dans les faits, cette labellisation s'est limitée à la procédure d'accueil. Désormais, l'idée serait de s'inspirer de cette procédure pour aboutir à la mise en œuvre d'une démarche similaire dans le cadre des soins en y associant l'ensemble des acteurs. Indirectement, le CGLPL concourt déjà à sa mise en œuvre. Suite à l'instauration du recours tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention[1979], le CGLPL « a conçu une forme de contrôle spécifiquement orienté vers la dignité des conditions de détention. Il s'agit de mesurer, au moyen d'indicateurs objectifs[1980], le respect des critères retenus par la jurisprudence convergente de la CEDH et des deux ordres de juridiction sur le sujet, ainsi que l'évaluation du respect des droits de

[1978] Les 8 points retenus étaient : l'organisation de l'accueil des détenus entrants ; le repérage et l'orientation de la population pénale ; l'élaboration d'un parcours d'exécution de peines et l'ouverture d'un livret individuel ; le traitement des requêtes des détenus ; le maintien des liens familiaux ; la possibilité pour le détenu de contacter à tout moment un personnel, y compris la nuit ; le respect d'un cadre éthique pour les personnels ; la nécessaire information au public.

[1979] Article 803-8 du CPP.

[1980] Les critères sont les suivants : « Le quartier au premier jour de la visite : afficher d'emblée un état de la surpopulation, de la misère sociale et apprécier les conséquences de la politique pénale ;Les ressources humaines de la détention : qualifier la qualité du service à la personne au regard des ressources disponibles et du facteur de dégradation du service qu'est la surpopulation ; Les conditions matérielles de vie et d'hygiène d'un détenu : mettre en lumière des espaces de vie insuffisants en termes de superficie, d'équipement, de modalités d'accès à l'hygiène et à la salubrité en général ; Le temps moyen passé dans et hors la cellule : constater l'indignité quand des moyennes faibles se superposent à des espaces plus ou moins insuffisants ; La qualité de la préparation à la sortie : mettre en lumière les moyens déployés localement pour hâter les sorties dans de bonnes conditions, c'est-à-dire prévenir le retour en détention ; Les conditions de prise en charge aux quartiers disciplinaires (QD) et quartiers d'isolement (QI) : faire apparaitre des conditions de détention indignes, même sur de courtes durées, au-delà du préalable de la superficie individuelle ; La connaissance des lieux par les autorités et l'usage des recours contre l'indignité des conditions de détention : évaluer la mobilisation autour de la notion d'indignité des conditions de détention ». CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, pp. 23-24.

la défense, notamment au regard du caractère effectif du recours "dignité" lui-même[1981] ». Dans ces circonstances, l'instauration future d'une démarche qualité en prison ne semble pas utopiste et mérite d'être vivement encouragée.

Qu'il s'agisse de la démarche bientraitante ou de la démarche qualité, ces deux mesures s'inscrivent dans une dynamique collective importante. Ce collectif est parfois très difficile à instaurer, en particulier dans des secteurs où les professionnels sont en souffrance. Face à cet état de fait, il serait opportun de voir si des solutions peuvent être trouvées à un niveau plus individuel pour préserver les droits des patients DSPSC.

§ 2 : Des garanties renforcées par une meilleure exploitation des outils en faveur de l'autonomie personnelle

L'*empowerment* au service de la défense des droits des patients DSPSC. De manière générale, le mot anglais « *empowerment* », traduit en français par « autonomisation », désigne la capacité des individus et des collectifs à s'impliquer dans les décisions qui les concernent. Bien qu'elle ne soit pas exprimée en ces termes, c'est l'une des principales révolutions induites par la loi du 4 mars 2002, qui érige le patient en acteur principal de sa santé. Dans cette perspective, l'exploitation de l'ensemble des outils visant à augmenter la capacité décisionnelle des patients se doit d'être encouragée (A). Bien qu'il soit impossible de dresser une liste exhaustive de tous les outils qui concourent à cet objectif, l'un d'entre eux mérite une attention particulière dans la mesure où il tend à s'appliquer aux patients, mais aussi aux professionnels de santé : il s'agit de la formation (B).

[1981] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, pp. 23-24.

A : Le renforcement de la capacité décisionnelle du patient

Des outils classiques et contemporains. Si de nombreux projets favorisant le renforcement de la capacité décisionnelle du patient se sont récemment déployés (2), l'exploitation d'outils plus anciens mérite d'être évoquée. Tel est le cas du mandat de protection future (1).

1) Une exploitation originale du mandat de protection future

Une anticipation des aléas médicaux. Selon Anthony QUÉGNINEUR, « Protéger, c'est prévoir[1982] ». Cette démarche s'inscrit dans la lignée philosophique de BERGSON pour qui « prévoir consiste à protéger dans l'avenir ce que l'on a perçu dans le passé[1983] ». En l'espèce, le mandat de protection future pourrait répondre à cet objectif, en particulier dans le cadre des SPSC.

Définition du mandat de protection future. Instauré dans notre arsenal juridique par la loi du 5 mars 2007[1984], le mandat de protection future est envisagé aux articles 477 et suivants du Code civil. Défini comme le « mandat par lequel une personne capable organise sa propre protection juridique, pour le cas où elle ne pourrait plus pourvoir seule à ses intérêts par suite d'une altération de ses facultés personnelles, en désignant un tiers de confiance chargé de la représenter dans les actes de la vie civile », ce dernier est généralement abordé par la pratique professionnelle dans un souci de protection patrimoniale. Il peut également s'appliquer à la protection de la personne[1985]. À l'heure où les progrès technologiques ne cessent de vouloir retarder l'arrivée de l'inévitable, nous constatons que nous sommes de plus en plus amenés à réfléchir sur l'organisation de notre vie future, dans l'hypothèse où les aléas de la vie ne nous permettraient plus d'y pourvoir

[1982] QUÉGNINEUR Anthony, « Protéger, c'est prévoir », *Champ social*, coll. Le Sociographe, 2015, n° 50, pp. 93-104.
[1983] BERGSON Henri, *L'Évolution créatrice*, édition électronique, Les échos du Maquis, avril 2013, p. 14.
[1984] Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, JORF n° 56 du 7 mars 2007, Texte n° 12.
[1985] SAUVAGE Françoise, « Mandat de protection future », *Rép. Civ*, 2021.

par nos propres moyens[1986]. Dans cette perspective, il n'est pas utopique de vouloir intégrer au mandat de protection future des dispositions d'ordre médicales et/ou sanitaires.

Une application opportune dans le cadre des SPSC. En 2019, l'OMS estima qu'une personne sur huit, soit 970 millions d'individus, souffrait d'un trouble mental[1987]. Il est entendu que toutes ces personnes ne font pas l'objet de SPSC. Cependant, dans la mesure où les chiffres attestent d'une augmentation constante de ces pratiques, leur anticipation peut être opportune.

Dans les premiers développements de cette étude, nous avions évoqué les difficultés des proches des patients admis en SPSC lorsque cette modalité particulière de soins devait s'instaurer. Elles se concentraient essentiellement sur le « choix » du proche à l'origine de la procédure, mais également le lieu d'admission. Ces choix pourraient être opérés en amont, dans le cadre du mandat de protection future. Le tiers à l'origine de la procédure se confondrait avec la qualité de mandataire ; les choix du patient, notamment ceux relatifs au libre choix du praticien et/ou de l'établissement de santé seraient clairement exprimés et définis. Une telle démarche est gage d'un renforcement des droits des patients admis en SPSC puisqu'elle s'inscrit dans l'optique d'instaurer une alliance thérapeutique efficace et de confiance sur le long terme. Elle tend également à renforcer les droits du patient relatifs à l'expression de sa volonté.

Une modification terminologique à envisager. Dans cette perspective, la terminologie « admission à la demande d'un tiers » apparaitrait inappropriée, car le mandataire désigné ne ferait qu'agir avec l'autorisation « préalable » du mandant et pour son compte, dans le cadre des dispositions prévues par le mandat de protection future. Dans cette situation, la distinction traditionnelle entre soins psychiatriques libres et SPSC semble trouver ses limites, car cette hypothèse met en lumière un système hybride. Dans un souci de respect de la volonté du patient, la mise en place d'une hospitalisation en soins libres semble mieux appropriée. Cette position est confortée par l'article L. 3211-1 du CSP qui dispose « qu'une personne ne peut sans son consentement, ou le cas échéant, sans celui de son représentant légaux faire l'objet de soins psychiatriques ». Elle s'inscrit également dans les dispositions de l'article 457-1 du Code civil selon lequel « le mandataire est débiteur d'une obligation d'informer le mandant sur sa situation personnelle, les actes envisagés

[1986] L'instauration des directives anticipées illustre ce propos.
[1987]https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders#:~:text=En%202019%2C%20une%20personne%20sur,la%20pand%C3%A9mie%20de%20COVID%2D19.

avec lui et pour lui, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus ».

Une réflexion sur les soins potentiels à venir. La combinaison des techniques du mandat de protection future avec celles des directives anticipées pourrait permettre d'anticiper certains points de la prise en charge en SPSC. Si la protection de l'intégrité physique du patient et/ou de celle d'autrui, ainsi que le maintien de l'ordre public mettent en échec l'éventuel refus de procéder à des mesures de contraintes d'urgence, des souhaits relatifs à des protocoles plus légers peuvent s'envisager. Dans cette perspective, nous pourrions envisager l'instauration d'une notice similaire à celle réalisée par l'HAS pour les directives anticipées qui expliquerait l'intégralité des traitements qui peuvent être proposés en SPSC. Outre un meilleur respect de la volonté du patient, ce dispositif pourrait servir aux psychiatres dans la mise en place du PDS.

Une mesure initiale peu connue. Si la richesse de la technicité juridique permet d'entrevoir des combinaisons audacieuses, encore faut-il que ces dispositifs soient connus des professionnels auxquels ils se destinent. Sur le terrain, il apparait que la connaissance du mandat de protection future par les personnels médicaux et paramédicaux est limitée. En conséquence, sa mise en œuvre nécessiterait, au préalable, une très importante phase d'information et de concertation entre l'ensemble des professionnels concernés, mais également à l'égard de l'ensemble de la population. Dans cette perspective, nous verrons que la conduite régulière d'actions de formation peut constituer un outil méthodologique fiable.

Dans un milieu professionnel où le Droit est généralement perçu comme une matière inaccessible et complexe, il n'est pas étonnant que les solutions présentées par la technique juridique ne soient pas exploitées par les professionnels de la santé. D'autres outils, aux effets quasi similaires, ont donc été instaurés. Tel est le cas de l'accompagnement à l'autonomie en santé.

2) La mise en œuvre contemporaine de l'accompagnement à l'autonomie en santé

Une expérimentation issue de la loi du 26 janvier 2016. L'accompagnement à l'autonomie en santé prend sa source dans l'article 92 de la loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016[1988]. Il se définit comme une « intervention complexe en santé, proposée dans la durée à des personnes en situation de vulnérabilité ou à risque pour leur santé, dans le but d'améliorer leurs capacités à décider pour leur santé et de renforcer la motivation des personnes à agir et décider pour leur santé et à aspirer à une meilleure santé[1989] ». Ce dispositif a « pour but l'autonomie de la personne et permet à ces personnes de disposer des informations, des conseils, des soutiens et des formations leur permettant de maintenir ou d'accroître leur autonomie, de participer à l'élaboration du parcours de santé les concernant, de faire valoir leurs droits et de développer leur projet de vie[1990] ». Ces actions se matérialisent à travers un projet adopté pour une durée de 5 ans.

Des objectifs ambitieux. Ces projets ont vocation à placer les personnes au cœur du système de santé et à favoriser l'*empowerment*. Dans ce contexte, l'*empowerment* se définit comme un « processus dans lequel des individus et des groupes agissent pour gagner la maitrise de leurs vies et donc pour acquérir un plus grand contrôle sur les décisions et les actions affectant leur santé dans le contexte de changement de leur environnement social et politique[1991] ». Appliqué à la situation, l'accompagnement à l'autonomie en santé contribue à créer une place pour l'usager, à améliorer sa santé et sa qualité de vie[1992].

L'identification des personnes vivant avec un trouble psychique. Dans le cadre de cette expérimentation, plusieurs publics ont été identifiés, dont les personnes vivant avec un trouble psychiatrique. Une fois encore, il convient de rappeler que toutes les personnes dans cette situation ne sont pas forcément admises en SPSC. Néanmoins, il est plaisant de croire que toute action visant à améliorer la santé ainsi que la qualité de vie de

[1988] Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janvier 2016, Texte n° 1.
[1989] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Expérimentation Accompagnement à l'Autonomie en Santé. Rapport de fin d'expérimentation*, octobre 2023, p. 3.
[1990] Annexe I de l'Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé, JORF n° 0071 du 24 mars 2016, Texte n° 19.
[1991] Arrêté du 17 mars 2016 fixant le cahier des charges national relatif aux projets pilotes d'accompagnement à l'autonomie en santé.
[1992] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Expérimentation Accompagnement à l'Autonomie en Santé. Rapport de fin d'expérimentation*, octobre 2023, p. 3.

ces patients exercera une influence positive sur la diminution des recours aux SPSC. Il serait même opportun que les patients admis en SPSC soient davantage intégrés aux futures interventions d'accompagnement à l'autonomie, voire même qu'ils soient identifiés comme « public » à part entière. En effet, plusieurs outils et/ou stratégies dégagés dans le cadre de cette expérimentation peuvent concourir à l'amélioration des droits des patients SPSC. Tel est le cas du « aller-vers[1993] » qui peut permettre au patient de mieux comprendre sa pathologie et de passer sous le régime de soins dits libres ou encore de la démocratie participative[1994].

Une action plus délicate à instaurer en prison. Dans son rapport de fin d'expérimentation rendu en octobre 2023, le ministère de la Santé souligne que « les trois publics identifiés[1995] dans le cadre de l'expérimentation ne préjugent pas des publics destinataires définitifs hors cadre expérimental. (…). D'autres publics pourraient être destinataires pour l'accompagnement à l'autonomie en santé[1996] ». Une expérimentation de ce projet auprès des patients détenus n'est donc pas inenvisageable, d'autant plus que si nous occultons leur situation judiciaire, plusieurs d'entre eux répondent aux critères des trois publics préalablement identifiés. Pour le moment, une telle action n'est pas d'actualité. Néanmoins, par le biais de la formation, des projets similaires sont introduits en milieu pénitentiaire.

[1993] Il s'agit de l'« ensemble de pratiques permettant de rencontrer les personnes pour lesquelles le programme ou les actions sont destinés, et qui ne viendraient pas d'elles-mêmes. Il s'agit de faire en sorte que les personnes les plus éloignées du système sanitaire et social puissent connaître les actions proposées, comprendre en quoi elles leur sont utiles, et décident de s'en servir pour initier, reprendre ou améliorer leur parcours de santé ». *Ibidem,* p. 23. Ce dispositif s'inscrit dans le cadre d'action plus général de la médiation en santé. V. HAS, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques,* octobre 2017.

[1994] Actuellement, la réglementation est tournée vers une « démocratie représentative ». Cela signifie qu'une minorité a pour mission de « représenter l'ensemble » et de défendre les intérêts de tous. Tel est le cas du représentant des usagers. Par l'instauration d'une démocratie participative, le développement de l'autonomie en santé va permettre aux patients de pouvoir directement s'investir dans les dispositifs. Cette dynamique permettrait donc de mettre en lumière, au sein des différentes institutions, des patients souvent exclus et marginalisés.

[1995] Ont été identifiées au cours de cette première expérimentation : les personnes confrontées à des difficultés spécifiques (personnes migrantes, publics des quartiers prioritaires de la ville, hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes, personnes en situation de prostitution, personnes en situation de précarité socio-économique, éloignées du système de soins…) ; les personnes vivant avec un trouble psychique ; les personnes vivant avec des maladies chroniques en situation complexe ou en situation de handicap (personnes qui s'inscrivent dans un parcours, rendu chaotique par l'isolement géographique, ou font face à l'errance diagnostique). MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Expérimentation Accompagnement à l'Autonomie en Santé. Rapport de fin d'expérimentation*, octobre 2023, p. 12.

[1996] MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DE LA PRÉVENTION, *Expérimentation Accompagnement à l'Autonomie en Santé. Rapport de fin d'expérimentation,* octobre 2023, p. 12.

B : Des garanties renforcées par le déploiement des actions de formation

La formation : un outil au service des patients et des professionnels. Généralement, lorsque nous évoquons la notion de formation, cette dernière nous renvoie aux différentes actions menées, au sein des entreprises, à l'égard des salariés pour que ces derniers perfectionnent ou améliorent leurs compétences professionnelles. Cette réalité est couramment désignée sous l'expression de « formation continue » (2). Pourtant, la formation ne se réduit pas à cet unique aspect. L'acquisition de connaissances ne poursuit pas toujours un objectif professionnel. Elle peut s'inscrire dans une démarche de développement personnel. Les acteurs du monde médical et médico-social se sont saisis de cette opportunité dans le cadre de différentes actions qui portent le nom d'« Éducation thérapeutique du patient » (1).

1) L'éducation thérapeutique du patient DSPSC

Cadre juridique. Selon l'OMS, l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur vie avec une maladie chronique[1997]. Initiée par la loi du 21 juillet 2009 (HPST), elle est inscrite aux articles L. 1161-1 et suivants du CSP. Le législateur semble avoir adopté une conception plus large de l'ETP en indiquant qu'elle a pour objectif de rendre le patient plus autonome en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie[1998]. Elle participe à l'amélioration de la santé du patient ainsi qu'à l'amélioration de sa qualité de vie par le biais de l'acquisition de compétences d'autosoins et d'adaptation[1999]. Dans la mesure où ce dispositif concourt à un objectif de

[1997] OMS Europe, *Therapeutic Patient Education– Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, traduit en français en 1998.
[1998] Article L. 1161-1 alinéa 1 du CSP.
[1999] HAS, *Recommandations – Éducation thérapeutique du patient, Définitions, finalités et organisation*, juin 2007.

santé publique, sa mise en œuvre est réglementée par le biais d'une déclaration obligatoire[2000].

Une action sur le long terme. Contrairement à d'autres protocoles, l'ETP s'inscrit dans un important temps de soins, matérialisé premièrement par le deuil de la perte de l'état de santé préalable[2001]. Par la suite, il faut laisser le temps au patient pour accepter sa maladie et adapter la méthodologie adéquate à la bonne prise de son traitement. Nous retrouvons ici la distinction précédemment évoquée entre la volonté et le consentement. Dans un premier temps, l'objectif est de permettre au patient de comprendre sa maladie et de susciter en lui le souhait de se faire soigner (étape de la création de la volonté du soin). Une fois cette étape franchie, l'objectif est de trouver progressivement le traitement adapté à la pathologie du patient qu'à ses capacités à l'accepter et le suivre (étape du consentement au soin). Là encore, comme pour le PDS, il conviendra de ne pas oublier que le patient est un individu avec des préoccupations, notamment familiales, professionnelles et financières. Il est donc indispensable de réaliser un diagnostic éducatif complet et actualisé[2002] afin de lui proposer une ETP adaptée à sa situation.

Dans tous les cas, le « temps psychologique nécessaire à l'acceptation de la maladie répond à des critères difficilement quantifiables à l'avance[2003] ». Comme nous avons pu le voir dans les SPSC, ce temps est parfois difficilement conciliable avec le temps « judiciaire » ou « procédural ». Pour tenter de concilier ces deux dimensions temporelles, la recherche de l'efficience s'impose et passe par des échanges pluridisciplinaires[2004]. Si ces pratiques peuvent être louables, encore faut-il que ces échanges se fassent dans le respect des règles du secret professionnel et du partage d'informations.

ETP et patients DSPSC : une association antinomique ? Dans la mesure où « les actions d'éducation et de prévention pour la santé et leur coordination sont une des missions des établissements de santé[2005] » ; établissements dont dépendent les patients

[2000] Article R. 1161-4 du CSP. Cette déclaration doit s'effectuer auprès du directeur général de l'ARS. Elle s'accompagne d'un dossier qui comprend notamment des informations relatives aux objectifs du programme et à ses modalités d'organisation ; aux effectifs et à la qualification du coordonnateur et des personnels intervenant dans le programme ; à la population concernée par le programme ; aux sources prévisionnelles de financement. Ces points doivent respecter l'arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration. V. Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, JORF n° 0001 du 1er janvier 2021, Texte n° 37.
[2001] MAGUÉRO Stéphanie, « L'éducation thérapeutique, le temps d'un autre prendre soin », *Soins*, vol. n° 27, 2012, pp. 37-39.
[2002] *Ibidem.*
[2003] LACROIX Anne, ASSAL Jean-Philippe, L'éducation thérapeutique des patients – Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches, 3ème éd, Paris, Maloine, coll. Éducation du patient, 2011, p. 72.
[2004] MAGUÉRO Stéphanie, « L'éducation thérapeutique, le temps d'un autre prendre soin », *Soins*, vol. n° 27, 2012, pp. 37-39.
[2005] Article L. 6111-1 du CSP.

DSPSC, rien ne s'oppose à l'instauration de telles actions dans les lieux singuliers de notre étude. Cependant, cette association peut surprendre, et à plusieurs égards.

Peu importe la pathologie sur laquelle l'ETP porte, il s'agit avant tout d'une démarche volontaire initiée à la demande du patient ou suite à une proposition émise par un professionnel de santé[2006]. De prime d'abord, son instauration dans les SPSC semble donc comprise, dans la mesure où il s'agit d'une mesure de soins « sans consentement ». Cependant, la notion de consentement dans les SPSC ne doit pas être complètement exclue, en particulier lors de la mise en place du PDS. L'ETP ayant vocation à développer l'autonomie personnelle du patient et à renforcer son implication dans la gestion de sa pathologie, cette action peut donc être indiquée dans un PDS.

En prison, l'instauration de l'ETP se trouve confrontée à l'influence omniprésente du temps carcéral et des contraintes logistiques qui entourent ce lieu singulier[2007]. En somme, le développement de l'ETP en milieu carcéral n'est pas impossible[2008] et se justifie par des considérations sanitaires[2009]. L'enfermement continue, la promiscuité, l'insalubrité, les pratiques à risque sont autant de facteurs d'aggravation des pathologies chroniques en détention. L'ETP constitue alors une parfaite alliance des interrogations sécuritaires et sanitaires. En permettant au patient de prendre en charge sa maladie, l'objectif est d'éviter, dans la mesure du possible, une aggravation de son état de santé, pouvant entrainer des soins plus importants et la mise en œuvre d'extraction voire d'admission en UHSI ou UHSA.

Favoriser l'ETP dans les lieux privatifs de liberté : une démarche souhaitable, mais empreinte de difficultés humaines et matérielles. 15 ans après son instauration, l'ETP est reconnue comme un véritable un outil destiné à améliorer l'autonomie du patient. Par sa démarche active et préventive, elle s'inscrit pleinement dans les lignes actuelles des politiques de santé. Pour les patients, les bénéfices sont également observables, car ils sont en mesure d'apprendre à gérer leur maladie, de surveiller quotidiennement leur état et de faire face aux crises. Mis en perspective avec les patients DSPSC, cette démarche peut donc contribuer à limiter le recours aux pratiques attentatoires

[2006] Article 84 de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009.
[2007] LORZNZO Philippe, « De l'éducation thérapeutique du patient en milieu pénitentiaire », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 39, n° 1, janvier-mars 2008, p. 14.
[2008] À titre d'exemple, nous pouvons citer les actions d'ETP instaurées au Centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan en matière de VIH, VHC, et de tabagisme.
[2009] V. INPES, *État des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Enquête nationale auprès des professionnels de santé sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire*, juin 2012.

à la dignité humaine, comme l'isolement et la contention. De manière plus spécifique, elle peut permettre aux patients en SPSC de poursuivre des soins sous le régime des soins libres, et ainsi retrouver une pleine liberté. Tel est le cas de l'ETP instauré au Centre hospitalier Charcot[2010] intitulé « Mieux vivre sa maladie psychiatrique au quotidien : connaissance de la maladie « schizophrénie » ou encore de l'ETP « Atelier du médicament » conduit à l'ESPM de Ville-Evrard.

Malgré la suppression de plusieurs programmes d'ETP au cours de la crise sanitaire liée à la COVID-19, l'intérêt pour cet « outil sanitaire » ne semble pas s'être démodé. Nous pouvons illustrer ces propos par les récentes publications des ARS Nouvelle-Aquitaine[2011], Île-de-France[2012] ou encore Normandie[2013] sur l'utilisation des ETP sur leur territoire. La poursuite du développement de ces programmes est même souhaitée par le CGLPL. Dans son dernier rapport d'activité, il préconise l'instauration d'ETP à l'égard des patients dont l'état de santé nécessite un traitement de psychotropes au long cours[2014].

Toute la difficulté en la matière réside dans le fait de pouvoir trouver les ressources humaines, matérielles et financières pour mettre en place effectivement ces programmes et faire en sorte que ces derniers aient un réel bénéfice thérapeutique pour le patient. Il en va de même pour les activités de formation continue.

[2010] Établissement situé dans les Yvelines à Plaisir.
[2011] Au 31 décembre 2022, l'ARS Nouvelle-Aquitaine a recensé 446 programmes d'ETP. 40 d'entre eux se rapportent à la psychiatrie. ARS Nouvelle-Aquitaine, *Éducation thérapeutique du patient. Bilan 2023.*
[2012] Au 31 décembre 2023, la région Île-de-France compte plus de 900 programmes d'ETP. 7% d'entre eux sont relatifs à la psychiatrie. https://www.iledefrance.ars.sante.fr/programmes-deducation-therapeutique-du-patient-etp-et-plateformes-ressources-en-etp
[2013] Pour l'année 2023, 160 programmes d'ETP sont déployés au sein de l'ARS Normandie. 6 d'entre eux concernent la psychiatrie. https://www.normandie.ars.sante.fr/quest-ce-que-leducation-therapeutique-du-patient
[2014] CGLPL, *Rapport d'activité 2023*, Paris, Dalloz, 2024, p. 104.

2) Le renforcement des actions de formation continue

La formation : un outil professionnel en plein essor. Depuis plusieurs années, la formation connait un véritable essor. Cette dynamique est étroitement liée aux mutations du marché du travail ainsi qu'au développement de programmes facilitant son accès[2015]. Dans la mesure où les patients DSPSC évoluent et sont pris en charge par des établissements publics, l'activité de formation sera abordée uniquement dans ce cadre.

La formation dans la fonction publique : une dynamique partagée entre droit et obligation. Dans le cadre de la fonction publique, la formation[2016] doit être appréhendée comme un droit, mais aussi comme une obligation[2017]. Elle concerne aussi bien les fonctionnaires que les agents non titulaires. Qu'il s'agisse de la fonction publique d'État ou de la fonction publique hospitalière, la formation continue a pour but de garantir, maintenir ou parfaire les connaissances ainsi que les compétences des différents agents. Elle doit permettre d'assurer une adaptation immédiate au nouvel emploi ou une adaptation à l'évolution prévisible des métiers[2018]. Pour y parvenir, chaque établissement établit annuellement un plan de formation au regard des différents besoins exprimés par les agents à l'occasion de leur entretien annuel ou des modifications technologiques et réglementaires qui s'opèrent.

La formation au service de la défense des droits des patients DSPSC : une démarche audacieuse. Dans ces circonstances, nous pouvons nous interroger sur la pertinence de ce dispositif dans le cadre de la préservation des droits des patients DSPSC. Si de prime abord le lien n'apparait pas, le croisement du regard universitaire avec cette pratique professionnelle le révèle. En effet, qu'ils soient professionnels médicaux, paramédicaux, personnel administratif, ou personnel de surveillance, la question des droits des patients est rarement abordée, ou alors de manière très succincte. Les évaluations

[2015] Tel est le cas du compte personnel de formation (CPF). Ce dispositif permet à toute personne active, dès son entrée sur le marché du travail et jusqu'à la date à laquelle elle fait valoir l'ensemble de ses droits à la retraite, d'acquérir des droits à la formation mobilisables tout au long de sa vie professionnelle. https://travail-emploi.gouv.fr/formation-professionnelle/droit-a-la-formation-et-orientation-professionnelle/compte-personnel-formation

[2016] V. Décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l'État, JORF n° 240 du 16 octobre 2007, Texte n° 32 ; Décret n° 2007-1942 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle des agents non titulaires de l'État et de ses établissements publics et des ouvriers affiliés au régime des pensions résultant du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004, JORF n° 0303 du 30 décembre 2007, Texte n° 158 ; Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, JORF n° 0196 du 23 août 2008, Texte n° 49.

[2017] Les actions de formation continue peuvent être effectuées à la demande de l'établissement ou directement par l'agent.

[2018] Tel est le cas de la formation d'adaptation à l'emploi (FAE) destinée aux assistants médico-administratifs (AMA). V. Arrêté du 24 octobre 2014 fixant l'organisation et le contenu de la formation d'adaptation à l'emploi des assistants médico-administratifs de la branche secrétariat médical relevant de la fonction publique hospitalière, JORF n° 0252 du 30 octobre 2014, Texte n° 30.

initiales[2019] opérées avant l'ouverture des actions de formation mettent en lumière d'importantes confusions en la matière. Par ailleurs, les contraintes inhérentes à l'organisation hospitalière ou pénitentiaire « enferment » les professionnels dans l'adoption d'une posture de travail plus soucieuse de répondre à des exigences institutionnelles qu'à respecter les fondamentaux de la relation de soins. Une symétrie est observable à l'égard des professionnels de soins qui exercent en prison et qui sont contraints au maintien de l'impératif sécuritaire.

Dans ces circonstances, plusieurs questions apparaissent : Comment demander à des professionnels de respecter les droits des patients si ces derniers ne sont pas connus et compris ? Comment coordonner une action de soins adéquate si les missions et les contraintes de chacun sont ignorées ? Outre la sécurisation des pratiques professionnelles, les actions de formations concourent, de manière plus ou moins directe, à répondre à ces interrogations, en particulier lorsqu'elles sont organisées de manière pluridisciplinaire. Il faut également qu'elles soient suivies et renouvelées régulièrement afin de maintenir la dynamique d'amélioration continue des pratiques professionnelles.

Des actions de formation à intensifier suite à la COVID-19. Lors de la crise sanitaire liée à la COVID-19, de très nombreuses sessions de formation ont dû être annulées pour des raisons sanitaires et logistiques. Comme le souligne le CGLPL dans son rapport d'activité de 2021, les carences développées au cours de cette période sont observables. À l'égard de la psychiatrie, il indique notamment que « le manque de formation des équipes soignantes a pu être relevé lors des visites. S'il n'est pas rare que le CGLPL constate des lacunes dans l'accès à la formation du personnel aux droits des patients, cet accès a été plus encore limité du fait de l'épidémie et du report des modules de formation[2020] ». Ce manque de formation conduit inévitablement à une rupture entre les logiques juridico-administratives et médicales. Un exemple est d'ailleurs mis en avant par le CGLPL dans le cadre des mesures d'isolement et de contention. Ce dernier souligne que « la mise en place du registre d'isolement et de contention a été comprise par les soignants comme une nécessité administrative voire une pure contrainte réglementaire sans que l'intérêt réel de cette mesure pour l'analyse de leurs pratiques ne leur soit présenté et surtout sans que ce

[2019] Dans le but de tracer objectivement les apports des actions de formations, il est demandé aux organismes de formation de procéder à une évaluation des savoirs au début de la formation, avant tout apport théorique ou pratique, et de réitérer cette dernière à la fin de la formation. Ces évaluations ne sont pas transmises à l'établissement. En revanche, elles peuvent être consultées par les certificateurs QUALIOPI.

[2020] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel d'activité 2021,* Paris, Dalloz, 2022, p. 13.

registre ne soit orienté vers une politique de réduction. La mauvaise qualité des données est le symptôme du désintérêt des soignants pour une réforme mal comprise, non intégrée dans une modernisation plus globale de la prise en charge psychiatrique des soins sans consentement. L'échec de la politique de réduction de l'isolement et de la contention en est le résultat[2021] ».

Redonner du sens aux pratiques professionnelles. Bien qu'il s'agisse d'un exemple, la situation décrite par le CGLPL dans le cadre de l'isolement et de la contention n'est pas surprenante. Beaucoup de professionnels éprouvent des difficultés à comprendre le sens exact de leurs tâches et voient ces dernières uniquement comme des obligations professionnelles. L'une des difficultés d'une action de formation[2022] sera alors d'expliquer clairement l'objectif de ces dernières et d'essayer de redonner un véritable sens aux actions exécutées par les professionnels. Pour y parvenir, il est important de rappeler que les formations ne sont pas toujours destinées à la diffusion d'apports théoriques. Elles peuvent également se concevoir comme des temps d'échange entre les professionnels. Dans la mesure où l'ensemble des participants sont temporairement extraits de leur cadre de travail et des contraintes qui y sont afférentes, ils peuvent prendre le temps de s'interroger sur leurs pratiques professionnelles, mais aussi sur celles d'autrui. Dans des lieux aussi singuliers que l'institution carcérale et l'institution psychiatrique, où les cultures professionnelles ne cessent de se croiser sans forcément se comprendre, la formation se présente comme un outil professionnel adéquat pour tenter d'améliorer le dialogue entre tous ces corps de métier.

Appliquée à la question des droits des patients DSPSC, si un rappel théorique des différents droits du patient constitue un passage obligé, le cœur de la formation se concentre essentiellement sur les actions à mettre en place pour que ces droits soient respectés. Cela passe l'expression de l'ensemble des contraintes qui gouvernent chaque profession et une analyse globale des ressources de l'établissement. Ce travail demande un temps conséquent et repose sur un échange constant et bienveillant entre l'établissement et l'organisme de formation. Néanmoins, lorsqu'il est mené à bien et qu'il associe pleinement l'ensemble des acteurs, il débouche généralement sur des solutions adaptées et pérennes. Celles-ci ont

[2021] CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel d'activité 2021*, Paris, Dalloz, 2022, p. 13.
[2022] La notion d'action de formation doit être comprise au sens large. Cette dernière se compose initialement des programmes « classiques » de formation tels que proposés par les organismes de formation. À cela, il faut rajouter les audits et le consulting qui passent obligatoirement par du travail de terrain.

vocation à préserver les droits des patients DSPSC, voire, si les circonstances le permettent, à les améliorer.

Conclusion Titre II

Un renforcement des garanties issu d'associations pluriprofessionnelles et pluridisciplinaires. Afin de consolider les garanties reconnues aux patients DSPSC, la CEDH et les juges nationaux ont instauré des dispositifs qui permettent de parvenir à cet objectif. En la matière, l'action de la CEDH est remarquable et peut être considérée comme l'acteur majeur de cette dynamique. Pour y parvenir, elle a instauré des garanties procédurales qui permettent, à plusieurs niveaux, la consolidation des garanties offertes aux patients DSPSC. En imposant la mise en place d'une législation « concrète dissuadant de commettre des atteintes contre la personne et s'appuyant sur un mécanisme d'application conçu pour en prévenir, réprimer et sanctionner les violations[2023] », la CEDH contraint nos autorités nationales à adopter plusieurs mesures qui visent à garantir, de manière effective, les droits des patients DSPSC.

Dans un premier temps, une enquête doit être ouverte. Elle doit permettre d'identifier précisément les auteurs des violations des droits des patients afin que ces derniers soient sanctionnés. De plus, la CEDH impose la création de voies de recours internes effectives afin que le patient lésé puisse faire valoir ses griefs. Si, en dépit de ces mécanismes, des défaillances sont toujours observables, la CEDH peut connaitre du litige pour tenter de remédier aux différentes violations des droits subies par les patients DSPSC. Ainsi, les garanties offertes par le CEDH à l'égard des droits des patients DSPSC contribuent à assurer une protection effective de leurs droits. Cependant, au regard de la technicité de ces procédures, l'assistance d'un avocat s'impose.

Aussi, pour permettre au patient de dénoncer lui-même et rapidement la violation de ses droits, des instances extra-étatiques ont été instaurées. Si leur pouvoir de contrainte à l'égard des autorités nationales est plutôt limité, leur influence sur l'élaboration de la norme à l'égard des patients DSPSC ne cesse de progresser. Par ailleurs, avec la récente ouverture aux bâtonniers du droit de visite de certains locaux privatifs, les actions des professionnels extra-étatiques en faveur des garanties offertes aux patients de notre étude

[2023] CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/Royaume-Uni*, n° 27229/95, § 89.

sont indubitablement appelées à se renforcer. Reste à savoir si ces dernières continueront de se faire de manière séparée ou si des actions communes pourront s'instaurer.

Dans tous les cas, l'ensemble de ces dispositifs repose sur une intervention externe. Un travail en interne mériterait d'être développé. C'est en somme le bénéfice que peuvent apporter les actions destinées à favoriser et augmenter l'autonomie personnelle. Encore faut-il que les établissements ainsi que les professionnels concernés souhaitent s'engager dans une telle démarche. Au regard du développement croissant des programmes d'ETP et de la formation, un réel espoir est permis sur ce point.

Conclusion Partie II

Une contestable effectivité des droits. De manière générale, la reconnaissance d'un droit n'a que peu d'utilité si ce dernier est dépourvu d'effectivité. Bien que les droits des patients DSPSC soient énoncés par le législateur, leur effectivité interroge tant les défaillances sont nombreuses.

Qu'il s'agisse des SPSC ou des soins administrés en milieu carcéral, l'inégale répartition de l'offre de soins sur le territoire aboutit à une asphyxie complète du système. Les tensions qu'elle provoque se répercutent inévitablement sur les pratiques professionnelles qui se veulent davantage sécuritaires que sanitaires. Cette prévalence de l'aspect sécuritaire tend à faire oublier que la personne prise en charge par les équipes de soins est avant tout un patient ; non une personne dangereuse.

Un rééquilibrage effectif, mais technique. Pour tenter de rééquilibrer la situation, la CEDH et les juges nationaux ont consolidé les garanties accordées aux patients DSPSC. Par le biais d'obligations d'enquête et de l'instauration de voies de recours, la loi confère aux patients privés de liberté la possibilité de défendre leurs droits et de demander réparation des différents dommages subis. Ce cadre de défense, à dimension individuelle, permet d'offrir un niveau de garantie satisfaisant. Cependant, la technicité de ces démarches peut décourager certains patients DSPSC de s'engager dans ce processus.

Des mesures plus concrètes et accessibles. Bien que seules les autorités judiciaires européennes et internes aient un pouvoir de contrainte, la consolidation des garanties offertes aux patients DSPSC peut s'appréhender par le biais d'autres professionnels, dont l'accessibilité est plus manifeste. Faisant fi du formalisme exigé pour la saisine des juges, les acteurs extra-étatiques tels que le DDD et le CGLPL privilégient les actions de terrain. Par une connaissance pointue et réaliste de la situation des établissements qu'ils visitent, ils tentent de réduire les pratiques *contra legem*. Les différents écrits qu'ils produisent doivent concourir à améliorer les pratiques professionnelles au sein de l'établissement visité, mais également servir de support d'appui au législateur pour faire évoluer la loi. Ils peuvent également servir aux patients DSPSC pour appuyer leur requête dans le cadre d'une action contentieuse.

Un rééquilibrage des pratiques professionnelles en faveur des patients DSPSC. Si les pratiques professionnelles mettent à mal l'effectivité des droits des patients DSPSC, des acteurs peuvent être sollicités pour tenter de rééquilibrer la situation et de faire cesser les atteintes. Dans cette perspective, un acteur inédit peut indirectement venir concourir à la protection des droits des patients, mais également au renforcement des garanties qui leur sont accordées : le professionnel de la formation et du consulting[2024]. Au même titre que le CGLPL, son action de terrain peut lui permettre de traiter les problématiques directement à la racine, en questionnant les pratiques professionnelles exercées par chacun des acteurs qui concourent à la prise en charge des patients DSPSC. Si des lignes communes peuvent se dégager, il est évident que la prise en considération des spécificités des établissements d'accueil et des patients est un gage essentiel pour la réussite d'une telle démarche. Elle devra également faire l'objet d'une concertation préalable entre tous les acteurs concernés pour éviter que les mesures qui résulteraient de cette dynamique soient perçues comme des sanctions ou des « obligations technocratiques ».

[2024] Sur un rôle différent, nous pouvons également citer le médiateur en santé ou médiateur en santé-pair. Principalement présent dans le secteur de la santé mentale, son intervention appelle à se développer dans les prochaines années, comme en témoigne la multiplication de l'offre de formation pour l'exercice de ce métier. V. par exemple la licence professionnelle « Médiateur de santé-pair » au sein de l'Université de Bordeaux.

Conclusion générale

Des droits fondamentaux reconnus. Débutée il y a presque deux siècles pour les SPSC et plus de 70 ans pour l'institution carcérale, la construction des droits des patients DSPSC est établie. Que ce soit sur plan international ou interne, l'élaboration des normes qui gouvernent leur prise en charge se fonde sur deux prérogatives : la reconnaissance d'un droit au respect de la dignité humaine et d'un droit à la protection de la santé. Le fait que les rares atteintes qui puissent y être faites soient strictement limitées par des nécessités d'ordre public tend à affirmer que le processus de normalisation est accompli.

Des droits « satellites » fragilisés. Pour autant, les droits des patients DSPSC ne se limitent pas à ces deux aspects. De nombreux droits découlent de ce « noyau dur » de la protection du patient. C'est à l'égard de ces autres droits que le processus de normalisation est incomplet ou fragilisé. Si de très nombreux efforts ont été consentis pour tenter de calquer la prise en charge des patients DSPSC sur celle des patients libres, la spécificité induite par la privation de liberté limitera toujours cette pleine et entière harmonisation.

Des réalités sociales à appréhender. En effet, bien que fort louable, ce projet se confronte à une attente sociétale et une réalité de terrain particulièrement complexe. Le patient DSPSC continue d'inspirer de la crainte et de la méfiance de la part de la société. Dans ces circonstances, l'expression populaire « fou à lier » prend tout son sens, car dans les deux situations, les « chaînes » peuvent être présentes pour contrôler, maitriser et surveiller[2025] le patient. Cette réalité motive l'intervention du législateur pour élaborer un cadre juridique particulier à l'égard des patients DSPSC. Ce dernier doit alors concilier les aspirations sanitaires et sécuritaires de chacun.

Un cadre professionnel « à bout de souffle ». Outre les difficultés sociétales, la prise en charge des patients DSPSC s'inscrit dans un cadre professionnel de plus en plus délétère. Qu'il s'agisse des soins en milieu carcéral ou en « psychiatrie sous contrainte », les difficultés rencontrées sont nombreuses et similaires : carences des moyens humains et matériels, disparité de l'offre de soins, coordination complexe des acteurs étatiques et

[2025] SFERLAZZO-BOUBLI Karine, *Le droit et les soins psychiatriques non consentis*, Thèse, Université Aix-Marseille, 2018, p. 557.

sanitaires. Dans la mesure où ces deux branches de l'activité médicale sont pleinement intégrées à notre système de santé, il n'est pas surprenant que les défaillances systémiques de notre organisation sanitaire se répercutent dans le cadre de notre étude. Si des améliorations sont à espérer, leur mise en œuvre risque d'être longue et complexe, tant les défis en la matière sont grands.

En effet, malgré les multiples affirmations des différents droits des patients DSPSC, les « pratiques corporatistes » délétères mettent à mal la dynamique souhaitée par les instances étatiques. Par crainte de voir un patient commettre un acte répréhensible sur sa personne ou à l'égard d'autrui, les mesures sécuritaires sont privilégiées. Ainsi, le sanitaire devient subsidiaire et l'État demeure toujours[2026].

Une amélioration amorcée par la CEDH. Pour tenter de rééquilibrer la situation, l'intervention du juge s'imposait. À l'égard des patients DSPSC, le juge européen cherche régulièrement « à donner tout son effet utile aux dispositions normatives de la Convention[2027] » en vue de garantir l'effectivité de leurs droits et libertés. L'instauration des obligations procédurales d'enquête et du recours tendant à garantir le droit au respect de la dignité en sont les exemples les plus probants dans le cadre de notre étude.

Une amélioration poursuivie par les acteurs étatiques. Cependant, pour assurer convenablement la garantie des droits des patients DSPSC, il est primordial que le juge judiciaire et le juge administratif se saisissent de cette question en s'inspirant de l'action de leur homologue européen. Au regard du nombre de recours offerts en la matière, nous pouvons considérer que nos autorités judiciaires jouent pleinement leur rôle. Néanmoins, nous ne pouvons pas être pleinement satisfaits de la situation actuelle dans la mesure où les capacités humaines des tribunaux ne sont pas en mesure de répondre convenablement à l'ensemble de ce contentieux. Par ailleurs, ces actions procédurales s'inscrivent dans un cadre formaliste parfois complexe à appréhender. Aussi, l'intervention de tiers extra-étatiques, dont la saisine est moins formelle, est opportune.

Une amélioration finalisée par les acteurs extra-étatiques. Par une accessibilité facilitée ainsi que leur approche de terrain, les acteurs extra-étatiques s'imposent comme des défendeurs, à part entière, des droits des patients DSPSC. En allant au cœur de ces lieux singuliers, ils semblent être les plus à même de pouvoir proposer des

[2026] Paraphrase de l'une des plus célèbres phrases prononcées par le roi Louis XIV sur son lit de mort : « Je m'en vais, mais l'État demeurera toujours ».
[2027] SUDRE Frédéric, *Droit européen international des droits de l'Homme*, 11ème éd., Paris, PUF, 2012, p. 248.

pistes d'amélioration adaptées à la situation de chaque établissement. Ces différentes préconisations doivent servir l'intérêt commun et alimenter les réflexions du législateur pour tenter de parvenir à une harmonisation effective des pratiques. Dans ce domaine, l'action du CGLPL est particulièrement importante et mériterait d'être davantage soutenue. Pour autant, les spécificités liées à la culture institutionnelle de chaque établissement ne doivent pas être écartées. Les innovations dans ce domaine sont même à encourager.

Les spécificités inhérentes aux patients DSPSC. S'il est manifeste que certaines carences doivent être corrigées, l'influence du concept de moindre éligibilité constituera toujours un obstacle à une harmonisation complète du cadre de prise en charge des patients DSPSC avec celui des patients libres. Cet objectif n'est d'ailleurs pas souhaitable. Il serait le meilleur moyen d'occulter l'ensemble de leurs spécificités et d'instaurer un cadre législatif parfaitement inadéquat. Parce que la prise en charge des patients DSPSC s'inscrit dans un cadre pluridisciplinaire et pluriprofessionnel singulier, les réflexions relatives à l'amélioration de leurs droits et des garanties qui s'y affairent s'inscrivent indubitablement dans une démarche continue et constamment renouvelée. À juste titre, Adeline HAZAN soulignait que « l'exigence du respect des droits et de la dignité de ceux qui sont privés de la liberté est un combat sans fin[2028] ».

[2028] CGLPL, *Rapport d'activité 2015*, Paris, Dalloz, 2016, p. 5.

BIBLIOGRAPHIE

La bibliographie est composée de huit parties : les Codes (I), les ouvrages généraux, manuels et traités (II), les ouvrages spéciaux (III), les travaux universitaires (IV), les articles, chroniques et commentaires (V), les rapports, études et avis (VI), les textes (VII), la jurisprudence (VIII).

I – Codes

- *Code civil 2025*, 124ème éd., Paris, Dalloz, 2024.
- *Code de l'action sociale et des familles 2024*, 20ème éd., Paris, Dalloz, 2024.
- *Code pénitentiaire 2024*, 1ère éd., Paris, Dalloz, 2023.
- *Code de procédure civile 2025*, 116ème éd., Paris, Dalloz, 2024.
- *Code de procédure pénale 2025*, 66ème éd., Paris, Dalloz, 2024.
- *Code de la santé publique 2024*, 38ème éd., Paris, Dalloz, 2024.
- *Code de la sécurité sociale 2024*, 48ème éd., Paris, Dalloz, 2024.
- *Code pénal 2025*, 122ème éd., Paris, Dalloz, 2024.

II - Ouvrages généraux, manuels et traités

- AKANDJI-KOMBÉ Jean-François, *Les obligations positives en vertu de la Convention européenne des Droits de l'Homme. Un guide pour la mise en œuvre de la Convention européenne des droits de l'Hommes, Précis sur les droits de l'homme*, n° 7, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2006.
- ALBERNHE Thiery (dir.), *Criminologie et psychiatrie*, Paris, Ellipses, 1997, 752 p.
- ANDRIANTSIMBAZOVINA Joël, GAUDIN Hélène, MARGUÉNAUD Jean-Pierre, RIALS Stéphane, SUDRE Frédéric (dir.), *Dictionnaire des Droits de l'Homme*, Paris, PUF, coll. Quadrige, 2008, 1104 p.
- ARISTOTE, « Ethique à Nicomaque », *Œuvres. Ethiques, Politique, Rhétorique, Poétique, Métaphysique*, Paris, Bibliothèque de la Pléiade, n° 601, 2014, pp. 1-259.
- BADINTER Robert, *Liberté, libertés. Réflexions du comité pour une Charte des libertés animé par Robert Badinter*, Paris, Gallimard, 1976, 284 p.
- BEAUCHAMP Tom, CHILDRESS James, *Les principes de l'éthique biomédicale*, Paris, Les Belles Lettres, coll. Médecine & Sciences humaines, 2008, 641 p.
- BECCARIA Cesare, (trad. CHEVALLIER Maurice), *Des délits et des peines*, Paris, Flammarion, 1991, 192 p.

- BELTRAN Geneviève, VEILLON Véronique, *Les doctes notes de la secrétaire médicale*, 9ème éd., Le Marqueur de Paroles, 2019, 126 p.
- BELY Lucien (dir.), *Dictionnaire de l'Ancien Régime. Royaume de France XVI-XVIIIème siècle*, 3ème éd., Paris, PUF, coll. Quadrige, 2010, 1408 p.
- BENTHAM Jérémy, *Panoptique. Mémoire sur un nouveau principe pour construire des maisons d'inspection, et notamment des maisons de force*, Paris, Mille et une nuits, 2002, 551 p.
- BENTHAM Jérémy, *Théorie des peines et des récompenses, Tome I*, (ed. 1811), Paris, Hachette BNF, coll. Sciences sociales, 2012, 442 p.
- BERGER Vincent, *Jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'Homme*, 13ème éd., Paris, Sirey, 2014, 954 p.
- BERGOIGNAN-ESPER Claudine, SARGOS Pierre, *Les grands arrêts du droit de la santé*, 3ème éd., Paris, Dalloz, coll. Grands arrêts, 2020, 900 p.
- BERGSON Henri, *L'Évolution créatrice*, édition électronique, Les échos du Maquis, 2013, 243 p.
- BIOSSE-DUPLAN Alexandre, *Démocratie sanitaire : Les usagers dans le système de santé*, Malakoff, Dunod, 2017, 480 p.
- BIOY Antoine, BOURGEOIS Françoise, NÈGRE Isabelle, *Communication soignant-soigné*, 3ème éd., Paris, Bréal, coll. Étudiants en IFSI. Formations, 2013, 158 p.
- BONIS-GARÇON Évelyne, PELTIER Virginie, *Droit de la peine*, 4ème éd., Issy-les-Moulineaux, Litec, coll. Manuels, 2023, 910 p.
- BOUABDALLAH Safia, *Le droit de la santé en schémas*, Paris, Ellipses, coll. Le droit en schémas, 2022, 342 p.
- BOUILLANT François, *Michel Foucault et les prisons*, Paris, PUF, coll. Philosophies, 2003, 128 p.
- BOULOC Bernard, *Pénologie*, 3ème éd., Paris, Dalloz, coll. Précis, 2003, 508 p.
- BOULOC Bernard, MATSOPOULOU Haritini, *Droit pénal général et procédure pénale*, 23ème éd, Paris, Sirey, coll. Intégral concours, 2022, 914 p.
- BOULOC Bernard, *Droit pénal général*, 28ème éd., Paris, Dalloz, coll. Précis, 2023, 950 p.
- CADIET Loïc (dir.), *Dictionnaire de la justice*, Paris, PUF, 2004, 1362 p.
- CARBASSE Jean-Marie, *Histoire du droit pénal et de la justice criminelle*, 3ème éd., Paris, PUF, coll. Droit fondamental, 2014, 544 p.
- CARBONNIER Jean, *Sociologie juridique*, 3ème éd., Paris, PUF, coll. Quadrige, 2016, 416 p.
- CARCASSONNE Guy, GUILLAUME Marc, *La constitution*, 16ème éd., Paris, Éditions du Seuil, coll. Points Essais, 2022, 490 p.
- CASTAING Cécile (dir.), *La démocratie sanitaire : mythe ou réalité ?*, Centre d'Étude et de Recherche sur le Droit Administratif et la Réforme de l'État (CERDARE), Bordeaux, LEH, 2014, 112 p.
- CHAMPEIL-DESPLATS Véronique, LOCHAK Danièle, *À la recherche de l'effectivité des droits de l'homme*, Nanterre, Presses Universitaires Paris Ouest, 2008, 265 p.
- CLÉMENT Cyril, *Le dossier du patient*, 2ème éd., Bordeaux, LEH, coll. Essentiel, 2018, 110 p.

- CLÉMENT Jean-Marie, *Droits des malades*, Bordeaux, LEH, coll. Essentiel, 2002, 88 p.
- CLÉMENT Jean-Marie, *Les grands principes du droit de la santé*, Bordeaux, LEH, coll. Ouvrages généraux, 2005, 209 p.
- CLÉMENT Jean-Marie, *La loi santé 2016 – Analyses, commentaires, critiques*, Bordeaux, LEH, coll. Ouvrages généraux, 2016, 158 p.
- CNCDH, *Les droits de l'homme dans la prison - Volume 1*, Paris, La documentation française, 2007, 200 p.
- COMBESSIE Philippe, *Sociologie de la prison*, 4ème éd., Paris, La découverte, coll. Repères, 2018, 128 p.
- CORDIER Bernard, MASSÉ Gérard, PETITJEAN François, TACHON Jean-Paul, *Aspects législatifs et administratifs de la psychiatrie. Tome 2, Structures de soins*, 2ème éd., Paris, Maloine, 1987, 368 p.
- CORNU Gérard (dir.), *Vocabulaire juridique*, 15ème éd., Paris, PUF, coll. Quadrige, 2024, 1112 p.
- COSTA Jean-Paul, *La Cour européenne des droits de l'homme. Des juges pour la liberté*, 2ème éd., Paris, Dalloz, coll. Les sens du droit, 2017, 282 p.
- CROUZATIER Jean-Marie, *Droit international de la santé*, Paris, Éditions des archives contemporaines, 2009, 136 p.
- DE FORGES Jean-Michel, *Le Droit de la santé*, 8ème éd., Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2012, 128 p.
- DESCARTES René, *Traité des passions de l'âme*, Paris, Le Gras, 1649, 477 p.
- DUJARDIN Valériane, *Les relations hôpital, police, justice*, 2ème éd., Bordeaux, LEH, coll. Tout savoir sur, 2013, 296 p.
- DUPRÉ DE BOULOIS (dir.), *Les grands arrêts du droit des libertés fondamentales*, 4ème éd., Paris, Dalloz, coll. Grands arrêts, 2023, 986 p.
- DUROCHÉ Jean-Philippe, PEDRON Pierre, *Droit pénitentiaire*, 4ème éd., Paris, Vuibert, coll. Vuibert droit, 2019, 558 p.
- ELGER Bernice, *Le paternalisme médical : mythe ou réalité ? Aspects philosophiques et empiriques d'un phénomène persistant*, (préf., Pr. Guillod Olivier), Genève, Médecine et Hygiène, 2010, 360 p.
- FAGET Jacques, *Sociologie de la délinquance et de la justice pénale*, 3ème éd., Toulouse, Érès, 2013, 248 p.
- FAVOREU Louis et al., *Droit des libertés fondamentales*, 8ème éd., Paris, Dalloz, coll. Précis, 2021, 978 p.
- FOUCAULT Michel, *Surveiller et punir*. *Naissance de la prison*, Paris, Gallimard, 1975, 362 p.
- FOUCAULT Michel, *Histoire de la folie à l'âge classique*, Paris, Gallimard, 1976, 700 p.
- GARÇON Évelyne, ZABALZA Alexandre (dir.), *Environnement et peine privative de liberté*, Paris, Cujas, coll. Travaux de l'Institut de sciences criminelles et de la justice de Bordeaux, 2013, 368 p.
- GASSIN Raymond, CIMAMONTI Sylvie, BONFILS Philippe, *Criminologie*, 7ème éd., Paris, Dalloz, 2011, 926 p.

- GOFFMAN Erving, (trad. LAINÉ Liliane), *Asiles, Études sur les conditions sociales des malades mentaux*, Paris, Éditions de Minuit, 1968, 452 p.
- GUINCHARD Serge, DEBARD Thierry, *Lexique des termes juridiques 2024-2025*, 32ème éd., Paris, Dalloz, 2024, 1 200 p.
- HAROUEL-BURELOUP Véronique, *Histoire du droit international de la santé*, Bordeaux, LEH, coll. Essentiels, 2014, 150 p.
- HERZOG-EVANS Martine, *La gestion du comportement du détenu. Essai de droit pénitentiaire*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques juridiques, 1998, 632 p.
- HERZOG-EVANS Martine, *Droit pénitentiaire 2020-2021*, 3ème éd., Paris, Dalloz, coll. Dalloz action, 1374 p.
- HERZOG-EVANS Martine, *Droit de l'exécution des peines,* 6ème éd., Paris, Dalloz, coll. Dalloz action, 2016, 1600 p.
- HILAIRE Jean, *Adages et maximes du droit français*, 2ème éd., Paris, Dalloz, 2015, 256 p.
- HIRSCH Emmanuel (dir.), *Traité de bioéthique. I. Fondements, principes et repères*, Toulouse, Érès, 2014, 768 p.
- HIRSCH Emmanuel (dir.), *Traité de bioéthique. II. Soigner la personne, évolutions, innovations thérapeutiques*, Toulouse, Érès, 2014, 706 p.
- HIRSCH Emmanuel (dir.), *Traité de bioéthique. III. Handicaps, vulnérabilités, situations extrêmes*, Toulouse, Érès, 2014, 680 p.
- HOCHMANN Jacques, *Histoire de la psychiatrie*, 5ème éd., Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 2017, 128 p.
- HOERNI Bernard, BENEZECH Michel, *Le secret médical, confidentialité et discrétion en médecine*, Paris, Masson Abrégés, 1996, 96 p.
- HURPY Hélène, *Fonction de l'autonomie personnelle et protection des droits de la personne humaine dans les jurisprudences constitutionnelles et européennes*, Bruxelles, Bruylant, 2015, 1022 p.
- JEANNOT Gilles, *Les usagers du service public*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1998, 128 p.
- KANT Emmanuel, *Critique de la raison pure*, (trad. TREMESAYGUES André, PACAUD Bernard), 8ème éd., Paris, PUF, 2012, 592 p.
- KELLENS George, *Punir. Pénologie et droit des sanctions pénales*, Liège, Éditions juridiques de l'Université de Liège, 2000, 488 p.
- KELSEN Hans, *Théorie pure du droit*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ, coll. La pensée juridique, 1999, 376 p.
- KLEINPETER Édouard, *L'humain augmenté*, Paris, CNRS Éditions, coll. Les essentiels d'Hermès, 2013, 224 p.
- LALANDE André, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, 3ème éd., Paris, PUF, coll. Quadrige, 2010, 1376 p.
- LANTERO Caroline, *Les droits des patients*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ, coll. Systèmes, 2018, 204 p.
- LARRALDE Jean-Manuel, LÉVY Benjamin, SIMON Anne, *Privations de liberté*, Paris, Mare & Martin, coll. Collection de l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne, 2018, 318 p.
- LATY Dominique, *Histoire des bains*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1998, 127 p.

- LAUDE Anne (dir), *Consentement et santé*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes et Commentaires. Acte, 2014, 386 p.
- LAUDE Anne, TABUTEAU Didier (dir.), *La loi santé - Regards sur la modernisation de notre système de santé*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2016, 480 p.
- LAUDE Anne, MATHIEU Bertrand., TABUTEAU Didier, *Droit de la santé*, 4ème éd., Paris, PUF, coll. « Thémis Droit », 2020, 689 p.
- LEAUTÉ Jacques, *Les prisons*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1990, 128 p.
- LEBRETON Gilles, *Libertés publiques et droits de l'Homme*, 8ème éd., Paris, Sirey Université, 2008, 580 p.
- LECA Antoine, LUNEL Alexandre, SANCHEZ Samuel, *Histoire du droit de la santé*, Bordeaux, LEH, 2014, 314 p.
- LEFEUVRE Karine, ROLAND Ollivier, GROSS Olivia, *La démocratie en santé en question(s)*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2018, 114 p.
- LEFÈVRE Gustave, *Essai sur la médecine égyptienne de l'époque pharaonique*, Paris, PUF, 1956, 216 p.
- LHUILLIER Jean-Marc, *Le droit des usagers dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux*, 5ème éd., Rennes, Presses de l'EHESP, 2015, 284 p.
- LONDRES Albert, *Chez les fous*, Paris, Éditions du Rocher, 1997, 168 p.
- LONG Marceau, WEIL Prosper, BRAIBANT Guy, DELVOLVÉ Pierre, GENEVOIS Bruno, *Les grands arrêts de la jurisprudence administrative*, 24ème éd., Paris, Dalloz, coll. Grands arrêts, 2023, 1250 p.
- LUCHAIRE François, *La protection constitutionnelle des Droits et des Libertés*, Paris, Économica, 1987, 501 p.
- MARGUÉNAUD Jean-Pierre, *La Cour européenne des droits de l'Homme*, 7ème éd., Paris, Dalloz, coll. Connaissance du droit, 2016, 212 p.
- MARZANO Michela, *Je consens, donc je suis…*, Paris, PUF, 2006, 274 p.
- MBANZOULOU Paul, POTTIER Philippe, *Santé et justice : savoirs et pratiques*, Paris, L'Harmattan, coll. Criminologie, 2014, 184 p.
- MÉMETEAU Gérard, GIRER Marion, *Cours de droit médical*, 5ème éd., Bordeaux, LEH, 2016, 854 p.
- MERLE Roger, VITU André, *Traité de droit criminel. Tome 1 « Problèmes généraux de la science criminelle-Droit pénal général »*, 7ème éd., Paris, Cujas, 1997, 1068 p.
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, *Droit hospitalier*, 6ème éd., Paris, LGDJ, 2021, 606 p.
- MORVAN Patrick, *Criminologie*, 4ème éd., Paris, LexisNexis, coll. Manuels, 2022, 518 p.
- MUCCHIELLI Laurent, *Sociologie de la délinquance*, 2ème éd., Malakoff, Armand Colin, coll. Cursus Sociologie, 2018, 224 p.
- MURDOCH Jim, *Liberté de pensée, de conscience et de religion. Un guide sur la mise en œuvre de l'article 9 de la Convention européenne des Droits de l'Homme, Précis sur les droits de l'Homme n° 9*, Strasbourg, Conseil de l'Europe, 2007, 67 p.
- OBERDOFF Henri, ROBERT Jacques, *Libertés fondamentales et droits de l'homme*, 14ème éd., Paris, LGDJ, 2016, 1124 p.
- OBERDORFF Henri, *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, 9ème éd, Paris, LGDJ, 2023, 810 p.
- OURY Jean, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Payot, Paris, 1976, 330 p.

- PAIN-MASBRENIER Marie-Thérèse, NICOLEAU Patrick, *Guide pratique des lois du 2 janvier 2002 et du 4 mars 2002 : comparaison entre les droits des malades et les droits des usagers*, Bordeaux, LEH, coll. Pratiques professionnelles, 2009, 272 p.
- PANSIER Frédéric-Jérôme, *La peine et le droit*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1994, 127 p.
- PANSIER Frédéric-Jérôme, GARAY Alain, *Le médecin, le patient et le droit*, Rennes, EHESP, 1999, 223 p.
- PINATEL Jean, *Précis de science pénitentiaire : législation pénitentiaire, administration pénitentiaire, problème de criminalité juvénile*, Paris, Sirey, 1945, 436 p.
- PITCHO Benjamin, *Le statut juridique du patient*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2004, 664 p.
- PITCHO Benjamin, DEPADT-SEBAG Valérie, *Médecine et droits de l'homme : Pratiques soignantes et recherche biomédicale – Textes fondamentaux depuis 1948*, Paris, Vuibert, coll. Espace éthique, 2008, 555 p.
- PORRET Michel, *Beccaria, le droit de punir*, Paris, Michalon, coll. Le bien commun, 2003, 125 p.
- PORTES Louis, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, Masson & Cie, PUF, 1954, 212 p.
- PRADEL Jean, *Droit pénal général*, 22ème éd., Paris, Cujas, coll. Référence, 2019, 828 p.
- PRADEL Jean, *Procédure pénale*, 20ème éd., Paris, Cujas, coll. Référence, 2019, 1130 p.
- PRADEL Jean, VARINARD André, *Les grands arrêts du droit pénal général*, 12ème éd., Paris, Dalloz, coll. Grands arrêts, 2021, 900 p.
- PY Bruno, *Le sexe et le droit*, Paris, PUF, coll. Que sais-je ?, 1999, 128 p.
- PY Bruno (dir.), *20 ans de la loi du 4 mars 2002, Droits des patients – quid novi ?*, Bordeaux, LEH, coll. À la croisée des regards, 2022, 450 p.
- PY Bruno, *Le secret professionnel*, Paris, L'Harmattan, coll. La justice au quotidien, 2005, 138 p.
- RAWLS John, *La justice comme équité. Une reformulation de Théorie de la justice*, (trad. GUILLARME Bertrand), Paris, La Découverte, coll. La découverte/Poche, 2008, 288 p.
- RENUCCI Jean-François, *Droit européen et international des droits de l'homme. Droits et libertés fondamentaux garantis par la CEDH*, 9ème éd., Paris, LGDJ, coll. Manuels, 2021, 630 p.
- RESS Georg, « L'adhésion de l'Union européenne à la Convention européenne des droits de l'homme », *La conscience des droits : Mélanges en l'honneur de Jean-Paul Costa*, Paris, Dalloz, 2011, 744 p.
- RICŒUR Paul, *Soi-même comme un autre*, Paris, Le Seuil, 1990, 432 p.
- RIVERO Jean, MOUTOUH Hugues, *Les libertés publiques, Tome 1. Les droits de l'homme*, 9ème éd., Paris, PUF, Coll. Thémis, 2003, 271 p.
- ROBERT Jacques, DUFFAR Jean, *Droits de l'homme et libertés fondamentales*, 8ème éd., Montchrestien, coll. Précis Domat, 2009, 908 p.
- ROBERT Jacques-Henri, *Droit pénal général*, 6ème éd., Paris, PUF, coll. Thémis, 2005, 566 p.

- ROLAND Henri, BOYER Laurent, *Adages du droit français*, 4ème éd., Paris, Litec, 1999, 1021 p.
- ROULAND Norbert, *Introduction historique au droit*, Paris, PUF, 1998, 722 p.
- RUTY Paul, *Prison, le cri du silence*, Paris, L'Harmattan, 2003, 290 p.
- SAUVAT Christophe, *Réflexions sur le droit de la santé*, (préf. LEBORGNE Anne), Aix-en-Provence, PUAM, 2004, 538 p.
- SCHEIL Jean-Vincent, *La loi de Hammourabi*, 2ème éd., Paris, Ernest Leroux, 1904, 55 p.
- SUDRE Fréderic, MILANO Laure, PASTRE-BELDA Béatrice, SCHAHMANECHE Aurélia, *Droit européen et international des droits de l'homme*, 16ème éd., Paris, PUF, coll. Droit fondamental, 2023, 1044 p.
- SZASZ Thomas, *La loi, la liberté et la psychiatrie*, Paris, Payot, 1977, 326 p.
- TARDE Gabriel, *Histoire des idées en criminologie au XIXème et au XXème siècle*, (préf. ROBERT Jacques-Henri), Paris, L'Harmattan, 2005, 335 p.
- TARDE Gabriel, *Philosophie pénale*, 5ème éd., Paris, Hachette, 2013, 579 p.
- TOURNIER Pierre (dir.), *Loi pénitentiaire, contexte et enjeux*, Paris, L'Harmattan, coll. Sciences criminelles - Controverses, 2008, 116 p.
- TOURNIER Pierre, *Dictionnaire de démographie pénale. Des outils pour arpenter le champ pénal*, Paris, L'Harmattan, coll. Criminologie, 2011, 214 p.
- TOURNIER Pierre (dir.), *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, L'Harmattan, coll. Criminologie, 2012, 322 p.
- TOURNIER Pierre, *Naissance de la contrainte pénale. Sanctionner sans emprisonner*, Paris, L'Harmattan, coll. Criminologie, vol. 1, 2015, 236 p.
- TZITZIS Stamatios, *La philosophie pénale*, PUF, coll. Que sais-je ?, 1996, 127 p.
- TZITZIS Stamatios, *Les grandes questions de la philosophie pénale*, 2ème éd., Paris, Buenos books international, 2007, 148 p.
- VACHERET Marion, LEMIRE Guy, *Anatomie de la prison contemporaine*, 2ème éd., Montréal, Presses de l'Université de Montréal, coll. Paramètres, 2007, 192 p.
- VAN LANG Agathe, GONDUIN Geneviève, INSERGUET-BRISSET Véronique, *Dictionnaire de droit administratif*, 8ème éd., Paris, Sirey, 2021, 504 p.
- VEIL Claude, LHUILIER Dominique, *La prison en changement*, Toulouse, Érès, coll. Trajets, 2000, 303 p.
- VOLTAIRE, *Dictionnaire philosophique*, Paris, R. NAVES et J. BRENDA, 2008, 664 p.
- VIALLA François (dir.), *Les grandes décisions du droit médical*, 2ème éd., Paris, LGDJ, 2014, 896 p.
- WACHSMANN Patrick, *Libertés publiques*, 9ème éd., Paris, Dalloz, coll. Cours, 2021, 927 p.

III - Ouvrages spéciaux

- APPERT Benjamin, *Rapport sur l'état actuel des prisons, des hospices et des écoles des départements de l'Aisne, du Nord, du Pas de Calais et de la Somme, etc. Suivi de considérations sur ces sortes d'établissements*, Paris, Chez l'auteur, 1824, 167 p.
- ARTIERES Philippe, LASCOUMES Pierre (dir.), *Gouverner, enfermer. La prison, un modèle indispensable ?*, Paris, Presses de Sciences PO, coll. Aca 2, 2004, 360 p.
- AUVERGNON Philippe (dir.), *Droit du travail en prison. D'un déni à une reconnaissance*, Bordeaux, Presses universitaires de Bordeaux, 2015, 285 p.
- BALL Benjamin, *Leçons sur les maladies mentales*, Paris, Asselin, 1880, 884 p.
- BALOUET Patrick, BENEZECH Michel, DUSSERRE Liliane, *Aspects déontologiques de la médecine en milieu pénitentiaire*, Paris, Ordre national des médecins, 2001, 9 p.
- BAZEX Hélène, Centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire (CIRAP), *Dossier thématique : L'unité hospitalière sécurisée de Toulouse,* ENAP, ministère de la Justice et des libertés publiques, 2009, 84 p.
- BELDA Béatrice, *Les droits de l'homme des personnes privées de liberté. Contribution à l'étude du pouvoir normatif de la Cour européenne des droits de l'homme*, Bruxelles, Bruylant, 2010, 760 p.
- BELLANGER Hélène, *Vivre en prison. Histoires de 1945 à nos jours*, Paris, Hachette, coll. « Littératures », 2007, 334 p.
- BÉRARD Karine, *Les soins psychiatriques sans consentement en droit contemporain*, Bordeaux, LEH, Coll. Thèses numériques de la BNDS, 2019, 659 p.
- BERNARDET Philippe, DOURAKI Thomais, VAILLANT Corinne, *Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe*, Toulouse, Érès, coll. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 2002, 360 p.
- BERTRAND Dominique, NIVEAU Gérard, *Médecine, santé et prison*, Genève, Médecine & Hygiène RMS, 2006, 481 p.
- BONNE-HARBIL Aurélie, *Droit et santé en détention*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2018, 534 p.
- BOUCHARD Géraldine, *Vivre avec la prison. Des familles face à l'incarcération d'un proche*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 2007, 106 p.
- BOUMAZA Assia, *Hospitalisation psychiatrique et droits de l'homme : le régime médico-administratif de l'hospitalisation psychiatrique*, vol. 1, Paris, CTNERHI, coll. « Point sur… », 2002, 212 p.
- BOUMAZA Assia, *Hospitalisation psychiatrique et droits de l'homme : la protection de la personne malade mentale hospitalisée*, vol. 2, Paris, CTNERHI, coll. « Point sur… », 2002, 331 p.
- BOUSSARD Sabine (dir.), *Les droits de la personne détenue – Après la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes & commentaires, 2013, 342 p.
- BREHAUX Karine, *Peut-on soigner en prison ?*, Rennes, EHESP, Module interprofessionnel de santé publique, 2009, 65 p.
- CABANNES Xavier, BENILLOUCHE Mickaël, *Hospitalisation sans consentement*, Paris, PUF, coll. CEPRISCA, 2013, 232 p.

- CALIFANO Nina, *Sexualité incarcérée. Rapport à soi et rapport à l'autre dans l'enfermement*, Paris, L'Harmattan, coll. Sexualité humaine, 2012, 208 p.
- CANIVET Guy (dir.), *Amélioration du contrôle extérieur des établissements pénitentiaires, Rapport au Garde des Sceaux, ministre de la Justice*, Paris, La documentation française, 2000, 255 p.
- CANO Nicole, HENRY Jean-Marc, RAVIX Valéry (dir.), *Liberté et contrainte en psychiatrie : enjeux éthiques*, Bordeaux, LEH, coll. Actes et séminaires, 2014, 146 p.
- CARLIER Christian, *Histoire de Fresnes, prison « moderne – De la genèse aux premières années*, Paris, Syros, coll. Histoire de, 1998, 270 p.
- CASILE-HUGUES Geneviève, *La grève de la fin en milieu carcéral : à travers le cas de la Maison d'arrêt des Baumettes de 1975 à 1983*, Aix-en-Provence, PUAM, 1994, 499 p.
- CASILE-HUGUES Geneviève (dir.), *Santé et prison : actes du colloque d'Ajaccio des 20 et 21 avril 2015*, Bordeaux, LEH, coll. Les cahiers de droit de la santé, n° 21, 2015, 261 p.
- CASTEL Robert, *L'ordre psychiatrique. L'âge d'or de l'aliénisme*, Paris, éd. Minuit, coll. Le sens commun, 1976, 340 p.
- CÉRÉ Jean-Paul, *La prison*, 2ème éd., Paris, Dalloz, coll. Connaissance du droit, 2016, 163 p.
- CÉRÉ Jean-Paul, (dir.), *Le droit à la santé en prison : quelle protection, quels enjeux?*, Paris, L'Harmattan, coll. Comité international des pénalistes francophones, 2017, 160 p.
- CÉRÉ Jean-Paul, *Droit disciplinaire pénitentiaire*, 2ème éd., Paris, L'Harmattan, coll. Bibliothèque de droit, 2020, 214 p.
- CHAMPENOIS-MARMIER Marie-Pierre, SANSOT Jean, *Droit, folie, libertés. La protection de la personne des malades mentaux*, Paris, PUF, 1983, 323 p.
- CHASSAGNE Aline, *Soins et prison. Enquête auprès de détenus gravement malades*, Toulouse, Érès, coll. Trajets, 2019, 296 p.
- CHAUMON Franck, VACHER Nicolas, *Psychiatrie et justice*, Paris, La documentation française, coll. Le point sur…, 1988, 109 p.
- CHAUVIN Isabelle, *La santé en prison : les enjeux d'une véritable réforme de santé publique*, Paris, ESF, coll. Actions sociales, 2000, 111 p.
- CHEMIAL Khadoudja, ECHARD-BEZAULT Pascale, DEUSCH Paule, *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire – Référentiel d'intervention*, Paris, INPES, coll. Santé en action, 2014, 228 p.
- CLAVAIROLY Elisabeth, *Soigner en prison ? Paradoxes : parcours d'une psychologue*, Lyon, Cesura Lyon, coll. Psycho groupes & institutions, 2013, 176 p.
- CLIGMAN Olivia, Jean-Christophe HANOTEAU, GRATIOT Laurence, *Le droit en prison*, Paris, Dalloz, coll. États de droits, 2001, 342 p.
- COELHO José, *Hospitalisations psychiatriques sous contrainte*, Bordeaux, LEH, coll. Tout savoir sur, 2007, 172 p.
- CONGRÈS FRANÇAIS DE CRIMINOLOGIE, *Les soins obligés ou l'utopie de la triple entente*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2002, 272 p.
- CONSEIL DE L'EUROPE, *Les règles pénitentiaires européennes*, Strasbourg, Éditions du Conseil de l'Europe, 2006, 144 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2008*, Paris, Dalloz, 2009, 254 p.

- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2011*, Paris, Dalloz, 2012, 374 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport annuel d'activité 2013*, Paris, Dalloz, 2014, 408 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2015*, Paris, Dalloz, 2016, 318 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Paris, Dalloz, 2016, 136 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2016*, Paris, Dalloz, 2017, 318 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Le personnel des lieux de privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2017, 172 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2017*, Paris, Dalloz, 2018, 330 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Les droits fondamentaux à l'épreuve de la surpopulation carcérale*, Paris, Dalloz, 2018, 168 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Les violences interpersonnelles dans les lieux de privation de liberté*, Dalloz, Paris, 2019, 200 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2018*, Paris, Dalloz, 2019, 340 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2019*, Dalloz, Paris, 2020, 426 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Soins sans consentement et droits fondamentaux*, Paris, Dalloz, 2020, 150 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'arrivée dans les lieux de privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2021, 128 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2020*, Paris, Dalloz, 2021, 300 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2021*, Paris, Dalloz, 2022, 300 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'intimité au risque de la privation de liberté*, Paris, Dalloz, 2022, 200 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2022*, Paris, Dalloz, 2023, 400 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport d'activité 2023*, Paris, Dalloz, 2024, 240 p.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *L'effectivité des voies de recours contre les conditions indignes de détention*, Paris, Dalloz, 2024, 132 p.
- COUR DES COMPTES, *Rapport public thématique sur l'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « Psychiatrie et santé mentale »*, Paris, La documentation française, 2012, 212 p.
- DARSONVILLE Audrey, LEONHARD Julie (dir.), *La loi pénale et le sexe*, Nancy, Presses universitaires de Nancy, coll. Santé, qualité de vie et handicap, 2015, 228 p.
- DAVID Michel, *Soigner les méchants : éthique du soin psychiatrique en milieu pénitentiaire*, Paris, L'Harmattan, coll. Psycho-logiques, 2015, 280 p.
- DAVID Michel, *L'expertise psychiatrique pénale*, Paris, L'Harmattan, coll. Psycho-logiques, 2015, 242 p.

- DEFFAINS Nathalie, *Le sexe et la norme*, Nancy, Presses universitaires Nancy, 2011, 416 p.
- DEFLOU Arnaud (dir.), *Le droit des détenus. Sécurité ou réinsertion ?*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2010, 165 p.
- DE LA CONDAMINE Christophe, *Le journal de taule*, Paris, L'Harmattan, 2012, 247 p.
- DELAPORTE Ixchel, *Écoute les murs parler. Cadillac, la ville qui doit vivre avec les fous*, Paris, Éditions de l'Iconoclaste, 2023, 228 p.
- DELARUE Jean-Marie, *En prison. L'ordre pénitentiaire des choses*, Dalloz, coll. Les sens du droit, 2018, p. 877.
- DESCARPENTRIES Francis, *Le consentement aux soins en psychiatrie*, Paris, L'Harmattan, 2007, 174 p.
- DORMOY Odile (dir.), *Soigner et-ou punir : questionnement sur l'évolution, le sens et les perspectives de la psychiatrie en prison*, Paris, L'harmattan, 1996, 342 p.
- DOUMENG Valérie, *La vie privée du majeur malade mental ou déficient intellectuel*, Tome 1, Aix-en-Provence, Presses universitaires Aix-Marseille, 2002, 436 p.
- DOUMENG Valérie, *La vie privée du majeur malade mental ou déficient intellectuel*, Tome 2, Aix-en-Provence, Presses universitaires Aix-Marseille, 2002, 780 p.
- DOURAKI Thomas, *La convention européenne des droits de l'homme et le droit à la liberté de certains malades marginaux*, Paris, LGDJ, coll. Thèses, Tome n° 97, 1986, 404 p.
- DULIOUST Anne, *Médecin en prison*, Paris, First, 2014, 301 p.
- DUPONT Marc, *Soins sous contrainte en psychiatrie*, Rueil-Malmaison, Lamarre, coll. Guides de l'AP-HP, 2004, 162 p.
- DUPONT Marc, LAGUERRE Audrey, VOLPE Audrey, *Soins sans consentement en psychiatrie. Comprendre pour bien soigner*, Rennes, Presses de l'EHESP, 2015, 414 p.
- DUPUY Olivier, *Droit et psychiatrie – La réforme du 5 juillet 2001 expliquée*, Paris, Heures de France, coll. Guides d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux, 2011, 215 p.
- DURAND Bernard, ALARY Patrick, *De la contention à la contenance : la psychiatrie au risque de la liberté*, Nîmes, Champ social, coll. Pratiques en santé mentale, n° 4, 2014, 64 p.
- ELGER Bernice, *Le paternalisme médical : mythe ou réalité ? Aspects philosophiques et empiriques d'un phénomène persistant*, (préf., Pr. Guillod Olivier), Genève, Médecine et Hygiène, 2010, 360 p.
- ENGLEBERT Jérôme, *Psychopathologie de l'homme en situation : le corps du détenu dans l'univers carcéral*, Paris, Hermann, 2014, 388 p.
- ESQUIROL Jean-Etienne, *Des maladies mentales*, Bruxelles, Librairie médicale et scientifique de J.B TIRCHER, 1838, 886 p.
- FOUCHARD Isabelle, SIMON Anne, *Les revers des droits de l'homme en prison*, Paris, Mare & Martin, coll. Collection de l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne, 2019, 220 p.
- FOUCHARD Isabelle, LARRALDE Jean-Manuel, LÉVY Benjamin, SIMON Anne, *Les ressources de la privation de liberté*, Paris, Mare & Martin, coll. Collection de l'Institut des sciences juridique et philosophique de la Sorbonne, 2023, 209 p.
- FOUCHARD Isabelle, SIMON Anne, *Droit de l'incarcération*, Paris, PUF, coll. Thémis, 2024, 682 p.

- FREDON Annie, HU-YEN-TACK Arsène, *Guide juridique de l'hospitalisation sous contrainte. Conséquences pratiques des réformes de 2011 et 2013 et projet de loi de santé 2015*, Bordeaux, LEH, coll. Décideur santé, 2015, 458 p.
- FRIARD Dominique, *L'isolement en psychiatrie : séquestration ou soin ?*, 2ème éd., Issy-les-Moulineaux, Masson, coll. Collection souffrance psychique et soins, 2002, 232 p.
- GAILLARD Arnaud, *Sexualité et prison : Désert affectif et désirs sous contrainte*, Paris, Max Milo, 2009, 349 p.
- GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel (dir.), *L'élaboration d'un droit de la privation de liberté, Étude autour des Recommandations minimales du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté*, Paris, LexisNexis, 2020, 476 p.
- GAUTRON Virginie (dir.), *Réprimer et soigner : Pratiques et enjeux d'une articulation complexe*, Rennes, Presses universitaires de Rennes, 2023, 343 p.
- GENTILINI Marc, *Problèmes sanitaires dans les prisons. Maladies infectieuses, toxicomanie, état d'avancement de la loi du 18.01.1994, avant, pendant et après l'incarcération*, Paris, Flammarion médecine-sciences, 1998, 214 p.
- GILOUX Nathalie, PRIMEVERT Marion (dir.), *Les soins psychiatriques sans consentement*, Bordeaux, LEH, coll. Actes et séminaires, 2020, 187 p.
- GIROLAMI Paolo, *Médecine et prison : entre éthique et droit*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses du CDSA, 2013, 286 p.
- GOFFMAN Erving (trad. LAINÉ Liliane), *Asiles. Études sur la condition sociale des malades mentaux et autre reclus*, Paris, Les éditions de minuit, coll. Le sens commun, 1968, 452 p.
- GONIN Daniel, *La santé incarcérée. Médecine et condition de vie en détention*, Paris, L'Archipel, 1991, 259 p.
- GUÉNO Jean-Pierre (dir.), *Paroles de détenus*, Paris, Librio, 2009, 188 p.
- GUIBERT Françoise, *Liberté individuelle et hospitalisation des malades mentaux*, Paris, Libraires techniques, 1974, 381 p.
- GUASTADINI Cristal, *Droit pénal et droit de l'Homme. La dignité en prison : genèse et avènement*, Paris, Buenos Books International, 2010, 104 p.
- HAMON François, *Devenir infirmier en milieu carcéral*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, coll. Guide d'exercice infirmier, 1999, 98 p.
- HANON Cécile, PASCAL Jean-Charles (dir.), *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*, Montrouge, Doin, 2014, 298 p.
- HAZIF-THOMAS Cyril, *La liberté de choix des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses, 2016, 506 p.
- HERZOG-EVANS Martine, *La gestion du comportement du détenu – essai de droit pénitentiaire*, Paris, L'Harmattan, 2000, 632 p.
- HOCHMANN Jacques, *La relation clinique en milieu pénitentiaire*, Issy-les-Moulineaux, Masson, 1964, 123 p.
- HOWARD John (trad. C. CARLIER et J-G PETIT), *L'état des prisons, des hôpitaux et des maisons de force en Europe au XVIIIème siècle*, Paris, De L'atelier, 1994, 599 p.
- JACOPIN Sylvain, LARRALDE Jean-Manuel (dir.), (préf. MBANZOULOU Paul), *Le droit de visite des personnes incarcérées*, Paris, L'Harmattan, coll. Champ pénitentiaire, 2018, 202 p.

- JONAS Carol, SENON Jean-Louis, *Responsabilité médicale et droit du patient en psychiatrie*, Paris, Elsevier, coll. EMC Référence, 2004, 88 p.
- KOUBI Geneviève, HENNION-JAQUET Patricia, AZIMI Vida, *L'institution psychiatrique au prisme du droit – La folie entre administration et justice*, Paris, Panthéon Assas, coll. Colloques, 2015, 252 p.
- LABOURT L-A, *Recherches sur l'origine des ladreries, maladreries et léproseries*, Paris, Librairie de Guillaumin et compagnie, 1854, 391 p.
- LACROIX Anne, ASSAL Jean-Philippe, *L'éducation thérapeutique des patients – Accompagner les patients avec une maladie chronique : nouvelles approches*, 3ème éd., Paris, Maloine, coll. Éducation du patient, 2011, 220 p.
- LA ROCHEFOUCAULT-LIANCOURT François-Alexandre Frédéric, *Des prisons de Philadelphie vues par un Européen*, 4ème éd., Paris, Huzard, 1819, 134 p.
- LEBAS Jacques, CHAUVIN Pierre (dir.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, coll. « Médecine-sciences », 1998, 299 p.
- LECA Antoine, GONGGRYP Thibault, SAINT-PIERRE Louis, *La psychiatrie est-elle soluble dans le droit médical* ?, Aix-en-Provence, PUAM, 2006, 207 p.
- LECA Antoine (dir.), *La détérioration mentale*, Bordeaux, LEH, coll. Colloques du CDSA, 2012, 297 p.
- LE CAISNE Léonore, *Prison, un ethnologue en centrale*, Paris, Odile Jacob, 2000, 394 p.
- LÉCU Anne, *La prison, un lieu de soin ?*, Paris, Les Belles Lettres, coll. Médecine et sciences humaines, 2002, 280 p.
- LEMIRE Guy, VACHERET Marion, *Anatomie de la prison contemporaine*, Montréal, Les Presses de l'Université de Montréal, 2007, 194 p.
- LESUEUR Véronique, *Cadillac : l'asile des fous dangereux*, Paris, Hors collection, 1995, 330 p.
- LHULIER Dominique, LEMISZEWSKA Adona, *Le choc carcéral : survivre en prison*, Paris, Bayard, 2001, 310 p.
- LHUILIER Dominique, AYMARD Nadia, *L'univers pénitentiaire. Du côté des surveillants de prison*, Paris, éd. Desclée de Brouwer, 1997, 287 p.
- LUNEL Alexandre (dir.), *« Folie et déraison » : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France*, Bordeaux, LEH, coll. Actes et séminaires, 2015, 198 p.
- LONDRES Albert, *Chez les fous*, Paris, Éditions du Rocher, 1997, 168 p.
- LOUZOUN Claude, SALAS Denis, *Justice et Psychiatrie. Normes, responsabilité, éthique*, Toulouse, Érès, coll. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 1998, 320 p.
- MACÉ DUBOIS Alexandre, *À en devenir fou. Dans la peau d'un schizophrène. Récit d'un journaliste infiltré en hôpital psychiatrique*, Paris, Phébus, 2023, 208 p.
- MANSUY Isabelle, *La protection des droits des détenus en France et en Allemagne*, Paris, L'Harmattan, coll. BibliothèqueS de droit, 2022, 371 p.
- MARUANI Guy (dir.), *Psychiatrie et éthique. Le psychiatre face au malade, à la société et à lui-même*, Paris, Privat, 1979, 231 p.
- MATHIEU Jean-Luc, *L'institution du défendeur des droits*, Paris, L'Harmattan, 2020, 200 p.

- MICHEL Laurent, BRAHMY Betty, *Guide de la pratique psychiatrique en milieu pénitentiaire*, Paris, Heures de France, coll. « Guides professionnels de santé mentale », 2005, 394 p.
- MILHAUD Olivier, *Séparer et punir. Une géographie des prisons françaises*, Paris, CNRS, coll. Espaces et milieux, 2017, 320 p.
- MILLY Bruno, *Soigner en prison*, Paris, PUF, coll. Sociologie, 2001, 250 p.
- MOUTON Eugène, *Le devoir de punir*, Paris, Cerf, 1887, 330 p.
- MURDOCH Jim, *Les traitements des détenus – Critères européens*, Strasbourg, éd. du Conseil de l'Europe, 2007, 450 p.
- NIQUÈGE Sylvain (dir.), *Le contentieux de la dignité des conditions de détention*, Paris, Mare & Martin, 2023, 139 p.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Le guide du sortant de prison*, Paris, La découverte, coll. Guides, 2012, 702 p.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Passés par la case prison*, Paris, La découverte, coll. Hors collection Social, 2012, 208 p.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Les conditions de détention en France*, La découverte, coll. Hors collection Social, 2012, 336 p.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, *Le guide du prisonnier*, Paris, La découverte, 2021, 910 p.
- OURY Jean, *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Payot, Paris, 1976, 330 p.
- PALAZZOLO Jérôme, *Chambre d'isolement et contentions en psychiatrie*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, coll. Médecine et psychothérapie, 2002, 226 p.
- PALAZZOLO Jérôme, *Informer le patient en psychiatrie : rôle de chaque intervenant : entre légitimité et obligation*, Issy-les-Moulineaux, Elsevier Masson, coll. Collection médecine et psychothérapie, 2003, 278 p.
- PAPET Nathalie, LEPINÇON Sylvie, *Le suicide carcéral : des représentations à l'énigme du sens*, Paris, L'Harmattan, coll. Psycho-Logiques, 2005, 196 p.
- PÉCHILLON Éric, *Sécurité et droit du service public pénitentiaire*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ, coll. Bibliothèque de Droit Public, 1998, 627 p.
- PÉDRON Pierre, *La prison et les droits de l'homme*, Issy-les-Moulineaux, LGDJ, 1995, 131 p.
- PERRIER Charles, *Le service de santé en prison*, Paris, A. Storck & Compagnie, 1903, 106 p.
- PERRIER Jean-Baptiste, *Soins et privations de liberté – Actes du colloque du 4 avril 2014*, Issy-les-Moulineaux, coll. Centre Michel de l'Hospital, LGDJ, 2015, 190 p.
- PINATEL Jean, *Précis de Science pénitentiaire*, Paris, Sirey, 1945, 435 p.
- PINATEL Jean, *Histoire des sciences de l'homme et de la criminologie*, Paris, L'Harmattan, coll. Sciences criminelles, 2001, 130 p.
- PINEL Philippe, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*, 2ème éd., Paris, Brosson, 1809, 539 p.
- PORTES Louis, *À la recherche d'une éthique médicale*, Paris, PUF, 1964, 210 p.
- POSTEL Jacques, QUETEL Claude (dir.), *Nouvelle Histoire de la psychiatrie*, 2ème éd., Malakoff, Dunod, 2012, 672 p.
- PRADEL Jean (dir.), *La condition juridique du détenu*, Paris, Cujas, coll. Travaux de l'institut des sciences criminelles de Poitiers, 1994, 320 p.

- PUTMAN Emmanuel, GIACOPELLI Muriel (dir.), *Les droits fondamentaux des personnes privées de liberté*, Le Kremlin-Bicêtre, Mare & Martin, coll. Droit privé et sciences criminelles, 2015, 350 p.
- PY Bruno, *Relations hôpital-prison*, Bordeaux, LEH, coll. À la croisée des regards, 2024, 426 p.
- RUBINSTEIN Sébastien, *La sectorisation psychiatrique en France : histoire d'une construction juridique et médicale*, Bordeaux, LEH, coll. Thèses numériques de la BNDS, 2023, 700 p.
- SANLAVILLE Dominique, *Psychiatrie, hôpital, prison, rue… Malades mentaux : la double peine*, Lyon, La chronique sociale, 2019, 143 p.
- SCHEIL Jean-Vincent, *La loi de Hammourabi*, 2ème éd., Paris, Ernest Leroux, 1904, 71 p.
- SENON Jean-Louis, *Psychiatrie de liaison en milieu pénitentiaire*, Paris, PUF, coll. Médecine et société, 1998, 128 p.
- STARK Jasna, MAUGEY Claire, *Droit et hospitalisation psychiatrique sous contrainte*, Paris, L'Harmattan, coll. La justice au quotidien, 2009, 118 p.
- THÉRON Sophie, *Les soins psychiatriques sans consentement*, Malakoff, Dunod, coll. Aide-mémoire, 2017, 345 p.
- THÉRON Sophie, *Dictionnaire de droit de la santé mentale et de la psychiatrie*, Bordeaux, LEH, 2024, coll. Ouvrages généraux, 264 p.
- TOURAUT Caroline, *La famille à l'épreuve des prisons*, Paris, PUF, 2012, coll. Le lien social, 2012, 293 p.
- VASSEUR Véronique, *Médecin chef à la prison de la Santé*, Paris, Le Cherche midi, 2000, 201 p.
- VEIL Claude, LHULIER Dominique, *La prison en changement*, Toulouse, Érès, 2000, 304 p.
- VIMONT Jean-Claude, *La prison. À l'ombre des hauts murs*, Paris, Gallimard, coll. Découvertes, 2004, 128 p.
- WOLFF Hans, NIVEAU Gérard (dir.), *Santé en prison*, Genève, RMS Éditions, 2019, 809 p.
- ZIENTRA-LOGEAY Sandrine (dir.), *Les conditions de détention, condition de la détention*, Paris, LexisNexis, 2021, 273 p.
- YARROUDH-FEURION Louis, *La santé en détention au regard du droit européen : milieu carcéral en France et exigences européennes*, Saint-Denis, éd. Connaissances et savoirs, coll. Droit et sciences politiques, 2017, 236 p.
- ZRIBI Gérard, CECCOTTO Raymond (dir.), *Le droit à la santé des personnes handicapées mentales et psychiques*, 2ème éd., Rennes, Presses de l'EHESP, 2016, 266 p.

IV- Travaux universitaires

Thèses

- ADERET Lee, *La bientraitance en secteur psychiatrique. Points de vue des soignants, difficultés rencontrées et propositions de sensibilisation et de promotion de la bientraitance*, Thèse de doctorat, Médecine, Université Paris Descartes, 2016.
- BONNE-HARBIL Aurélie, *Les droits de la personne détenue en matière de santé*, Thèse de doctorat, Droit, Université de Lorraine, 2016.
- BOUAGGA Yasmine, *Humaniser la peine ? Ethnographie du traitement pénal en maison d'arrêt*, Thèse de doctorat, Sociologie, EHESS, 2013.
- BOUGON Emmanuelle, *Protection juridique et soins sans consentement chez le majeur hospitalisé en psychiatrie*, Thèse de doctorat, Médecine, Université de Bordeaux, 2015.
- BOUMAZA Assia, *Hospitalisation psychiatrique et droits de l'homme : la protection de la personne malade mentale*, Thèse de doctorat, Droit, Université de Grenoble II, 1999.
- DUBOIS-HARVARD Lauren, *Protocoles d'isolement et contention : la France parmi l'Europe*, Thèse de doctorat, Médecine, Université de Franche-Comté, 2023.
- FARDEL Élodie, *Promotion de la santé bucco-dentaire au centre de détention de Mauzac*, Thèse de doctorat, Chirurgie dentaire, Université de Bordeaux, 2017.
- FAUGÈRE Guillaume, *L'accès des personnes détenues au recours : étude de droit administratif*, Thèse de doctorat, Droit, Toulouse, 2015.
- GUIGUE Sophie, *L'approche juridique du trouble mental*, Thèse de doctorat, Droit, Université Montpellier I, 2011.
- LANGARD Stéphanie, *Approche juridique de la télémédecine. Entre droit commun et règles spécifiques*, Thèse de doctorat, Droit, Université de Lorraine, 2013.
- MADELAINE Colombine, *La technique des obligations positives en droit de la Convention européenne des droits de l'homme*, Thèse de doctorat, Droit, Université de Montpellier, décembre 2012.
- MAES Étienne, *Secret professionnel appliqué à la pédiatrie. Cas du signalement de l'enfance en danger. Enquête prospective auprès des médecins généralistes*, Thèse de doctorat, Médecine, Université Rennes I, 2004.
- MALATERRE Julie, *La protection du patient hospitalisé en psychiatrie : quelles spécificités ?*, Thèse de Doctorat, Droit, Université de Toulouse Capitole, 2022.
- MANDY Caroline, *La prison et l'hôpital psychiatrique du XVIIIe au XXIe siècle : institutions totalitaires ou services publics ? : contribution à l'étude de la privation de liberté en France et du paradigme de l'institution totalitaire*, Thèse de doctorat, Droit, Université de Nantes, 2011.
- MILHAUD Olivier, *Séparer et punir. Les prisons françaises : mise à distance et punition pour l'espace*, Thèse de doctorat, Géographie, Université Michel de Montaigne Bordeaux III, 2009.
- MOLLARD Christel, *Le traitement médico-psychologique des détenus*, Thèse de doctorat, Droit, Université Lyon III, 2014.
- MORTET Laurent, *Essai d'une théorie générale des droits d'une personne privée de liberté*, Thèse de doctorat, Droit, Université de Lorraine, 2014.

- PAIN-MASBRENIER Marie-Thérèse, *Les libertés et les droits en matière de procréation humaine*, Thèse de doctorat, Droit, Université Paris II Panthéon-Assas, 2004.
- PANFILI Jean-Marc, *Les instruments de protection des droits et libertés des malades mentaux*, Thèse de doctorat, Droit, Université de Toulouse I Capitole, 2013.
- ROLLIN Estelle, *Évolution des soins psychiatriques en milieu carcéral*, Thèse de doctorat, Médecine, Université Nancy I, 2008.
- SIMON Anne, *Les atteintes à l'intégrité des personnes détenues imputables à l'État*, Thèse de doctorat, Droit, Université Paris I Sorbonne, 2013.
- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, *Le droit et les soins psychiatriques non consentis*, Thèse de doctorat, Droit, Université d'Aix-Marseille, 2018.
- SUARDI Sandrine, *La maladie mentale et le droit pénal*, Thèse de doctorat, Droit, Université de Nice, 2014.
- TCHERIATCHOUKINE Anne, *Les aspects juridiques de la psychiatrie en prison*, Thèse de doctorat, Droit, Université Paris II Panthéon-Assas, 1995.
- VAUTHIER Jean-Philippe, *Le psychiatre et la sanction pénale*, Thèse de doctorat, Droit, Université de Lorraine, 2013.
- VIDAL-BORROSSI Françoise, *L'autonomie du droit de la psychiatrie*, Thèse de doctorat, Droit, Université Paris XI, 1994.

Mémoires

- ALLAND Camille, *Dangerosité des individus et ordre public : l'admission en soins psychiatriques sans consentement*, Mémoire de Master II Sécurité et défense, Université Paris II Assas, 2012.
- AVVENIRE Hugo, *Folie et droit : les tribulations de l'autonomie dans les soins psychiatriques sous contrainte*, Mémoire de Master II Droit public fondamental, Université de Bordeaux, 2015.
- BOUCHÈS Stéphanie, *Le détenu malade : un patient pas comme les autres*, Mémoire de Master II Droit de la responsabilité médicale, Université Paris-Sud, 2014.
- CHAPLOTTE Claire, *La personne détenue, un usager protéiforme*, Mémoire de Master II Droit de l'exécution des peines et Droits de l'Homme, 2018.
- CHARTIER Julie, *Le placement sous contrainte en psychiatrie*, Université de Rouen, IUT de Rouen, Département carrières juridiques, 2009/2010.
- COLSY Patrick, *La sexualité en psychiatrie. Entre devoir de protection et respect des libertés individuelles*, Mémoire de fin d'études, IFSI du CHU SUD (Saint-Pierre, La Réunion), 2015-2016.
- FIORINI Anaëlle, *L'article 122-1 du Code pénal : ambiguïté entre altérations et abolition du discernement*, Mémoire de Master II Droit pénal et sciences pénales, Université Paris II Assas, 2011.
- GEORGET Marion, *La relation personnel soignant – personnel de surveillance*, Mémoire de recherche et d'application professionnelle, 42ème promotion des Directeurs de services pénitentiaires, ENAP, juillet 2013.

- OLLIVAUX Julie, *La dépendance des personnes détenues*, Mémoire de recherche de l'application professionnelle, 42ème promotion de Directeur des services pénitentiaires, ENAP, 2014.
- PADIOLLEAU Céline, *Détention et dépendance : La prise en charge des personnes handicapées en milieu carcéral*, Mémoire de recherche et d'application professionnelle, 41ème promotion des Directeurs des services pénitentiaires, ENAP, 2013
- PATY Artus, *Implantation d'une unité hospitalière sécurisée interrégionale au groupe hospitalier Pitié-Salpêtrière : enjeux et perspectives dans le cadre de la politique d'amélioration des soins aux détenus*, Mémoire de l'École Nationale de la Santé Publique, 2003.
- PETIPERMON Frédérick, *La carcéralisation de la maladie mentale*, Mémoire de DEA, Université Paris II Assas, 2004.
- ROUZO Delphine, *Les soins psychiatriques sans consentement : la réforme du 5 juillet 2011*, Mémoire de Master II Droit de la responsabilité médicale, Université de Lille II, 2012.
- ROZANE Noémie, *Droits du patient soigné sous contrainte*, Mémoire de Master II Droit de la responsabilité médicale, Université Paris XI, 2011.
- RUITORT Camille, *Lire, Écrire et Compter : un enjeu pour un établissement pénitentiaire*, Mémoire de Master II Droit de l'exécution des peines et droits de l'Homme, Agen, 2020.
- SIARKA Cindy, *L'administration pénitentiaire face à la psychiatrie*, Mémoire de Master II Droit de l'exécution des peines, Université de Pau et des pays de l'Adour, 2007.
- TOUCHARD Vincent, *Le dualisme juridictionnel en matière d'hospitalisation d'office - État des lieux, problèmes et perspectives*, Mémoire de Master II Droit public fondamental, Université Bordeaux IV Montesquieu, 2006.

V - Articles, chroniques et commentaires

- ABERKANE Pierre, « Contribution à l'étude de l'évolution de la prise en charge des personnes hospitalisées sous contrainte », *RGDM*, 2014, n° 50, pp. 127-152.
- ADÈLE Paul-Anthelme, « Surveiller et punir par les dispositifs médicaux ? », *RDSS*, 2015, p. 300.
- AILINCAI Mihaela Anca, « L'accès des détenus aux soins de santé » *in* FLEURY-GRAFF Thibaut, LEFLOCH Guillaume (dir.), *Droit international et santé*, Paris, Pedone, 2019, pp. 435-456.
- AKANDJI-KOMBÉ Jean-François, « L'obligation positive d'enquête sur le terrain de l'article 3 CEDH », *in* CHASSIN Catherine-Amélie (dir.), *La portée de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme*, Bruylant, Bruxelles, 2006, p. 140.
- ALEZRAH Charles, PECASTAING Jean-Pierre, « Approche pénologique et psychiatrique du délinquant en milieu fermé », *RPDP*, 1983, pp. 37-59.

- ALFANDARI Elie, PÉDROT Philippe, « La fin de vie et la loi du 22 avril 2005 », *RDSS*, 2005, p. 751.
- ALLAMAN Marc, « La réforme des soins en prison : le regard de l'administration pénitentiaire », *Actualité et dossier en santé publique*, 2003, n° 44, pp. 48-53.
- ALLIBERT Philippe, « Fin de vie et psychiatrie », *INTERCOM*, 2015, n° 43, p. 1.
- AMAD Ali, THOMAS Pierre, « Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Âge médiéval », *Annales Médico-Psychologiques*, 2011, n° 169, pp. 373-376.
- AMOR Paul, « Rapport annuel de l'administration pénitentiaire », *Revue pénitentiaire*, 1947, pp. 163-243.
- AMOR Paul, « La réforme pénitentiaire en France », *RSC*, 1947, pp. 1-30.
- ANELLI Laure, KHALLOUF Amid, « Unités hospitalières spécialement aménagées : le coût éthique d'une meilleure prise en prise », OIP (en ligne), juin 2018, https://oip.org/analyse/unites-hospitalieres-specialement-amenagees-le-cout-ethique-dune-meilleure-prise-en-charge/
- ANKRI Joël, LE DISERT Dominique, HENRARD Jean-Claude, « Comportements individuels face aux médicaments : de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature », *Santé publique*, avril 1995, vol. 4, pp. 427-441.
- ARBOUSSET Hervé, « Responsabilité de l'État du fait des services pénitentiaires : une nouvelle évolution jurisprudentielle », *AJDA*, 2007, p. 2094.
- ARCHER Evry, LAMEYRE Xavier, « Souffrance en détention. La prise en charge sanitaire des personnes détenues », *SYNAPSE*, 2003, n° 10.
- ARCHER Evry, « La création des SMPR. Progrès en 1987, risques vingt ans après ? », *Contact Santé*, 2007, n° 222, pp. 30-32.
- AUBY Jean-Marie, « Le juge administratif et l'enfermement », *Droit administratif*, 2008, pp. 1-2.
- AUBY Jean-Marie, « Le juge administratif, juge pénitentiaire », *Droit administratif*, 2014, pp. 3-4.
- BADINTER Robert, « Préface », *in* ZIENTARA-LOGEAY Sandrine (dir.), *Les conditions de détention, condition de la détention*, Paris, LexisNexis, 2021, pp. XI-XII.
- BALLON Vincent, « La surpopulation carcérale : la faute de personne ? Quand l'attentisme condamne les détenus à survivre dans des conditions inhumaines », *Revue internationale de la Croix-Rouge*, section française, vol. 96, n° 3, 2016, pp. 75-88.
- BARLET Pierre, « Soins en milieu carcéral et éthique », *Revue Ethique et Santé*, 2006, pp. 161-167.
- BARLET Pierre, « Prison, carrefour des paradoxes », *Contact Santé*, 2007, n° 222, pp. 16-17.
- BARON Élisa, « La raison médicale comme motif de mise en liberté », *Dr. pénal*, 2015, étude 1.
- BARTHÉLÉMY Claude, « Ethique de la contrainte en psychiatrie », *in* PIDOLLE Alain, THIRY-BOUR Carole, *L'information psychiatrique*, Toulouse, Érès, coll. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 2003, pp. 67-74.
- BAZEX Hélène, Centre interdisciplinaire de recherche appliquée au champ pénitentiaire (CIRAP), *Dossier thématique : L'unité hospitalière sécurisée de Toulouse, ENAP, ministère de la Justice et des libertés publiques*, 2009.

- BAZIN-BEUST Delphine, « La santé et les droits du consommateur », *RGDM*, décembre 2010, spécial, pp. 129-149.
- BEAUPAIRE Christiane, BENEZECH Michel, « Violence et milieu carcéral », *Confrontations psychiatriques*, 2008, n° 47, pp. 191-217.
- BEIGNER Bernard, « Vie privée et vie publique », *Arch.phil.droit*., 1997, n° 41, p. 165.
- BELDA Béatrice, « L'innovante protection des droits du détenu élaborée par le juge européen des droits de l'homme », *AJDA*, 2009, p. 406.
- BENEZECH Michel, LE BIHAN Patrick, BOURGEOIS Marc-Louis, « Criminologie et psychiatrie », *EMC Psychiatrie*, 2007, vol. 6, n° 12, p. 37.
- BENEZECH Michel et al., « À propos a loi du 5 juillet 2011 relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : réflexions psychologiques et médicolégales critiques », *Annales médico-psychologiques*, 2012, pp. 216-219.
- BERGOIGNAN-ESPER Claudine, « La santé en prison : quelle législation ? », *RDSS*, 2009, p. 497.
- BÈS François, « Les psychiatres demandent une évaluation des UHSA », *Dedans Dehors*, 2013, n° 80, pp. 53-54.
- BESSIN Marc, « La pratique psychiatrique en prison », *Regards sur l'actualité*, 2000, n° 261, pp. 51-59.
- BESSIN Marc, LECHIEN Marie-Hélène, « Hommes détenus et femmes soignantes : l'intimité des soins en prison », *Ethnologie française*, 2002, vol. 32, n° 1, pp. 69-80.
- BERNEY Sylvie. « Le Temps », *Psychothérapies*, 2013, vol. 33, n° 4, pp. 201-202.
- BIOY Xavier, « Le corps humain et la dignité », *Cahier de la Recherche sur les Droits Fondamentaux*, 2017, n° 15, pp. 11-17.
- BLACHÈR Philippe, « Le droit à la protection de la santé dans la jurisprudence du Conseil constitutionnel », *Revue Droit & Santé*, 2016, n° 141, pp. 134-138.
- BLANC Alain, « La santé en prison : la nécessaire poursuite du décloisonnement », *Actualité et dossier en santé publique*, 2003, n° 44, pp. 46-47.
- BONIS Evelyne, « Troubles psychiques – Malades mentaux », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, actualisation octobre 2021, Dalloz.
- BONIS Evelyne, PELTIER Virginie, « Commentaire de la loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention », *Dr. pénal*, n° 6, étude 11, 6 juin 2021.
- BONNE-HARBIL Aurélie, « Suicide d'un détenu : répartition des responsabilités entre l'État et les soignants », *Revue Droit & Santé*, 2012, n° 48, pp. 490-493.
- BONNEME Romane, CRÉTENOT Marie, « GENESIS ou la mise en péril du secret médical en prison », *Dedans-Dehors*, décembre 2016, n° 94, p. 9.
- BONIS Évelyne, « Les nouveaux recours devant le juge judiciaire : promesses tenues ? », *in* NIQUÈGE Sylvain (dir.), *Le contentieux de la dignité des conditions de détention*, Paris, Mare & Martin, 2023, pp. 79-97.
- BONY Lucie. « La domestication de l'espace cellulaire en prison », *Espaces et sociétés*, 2015, vol. 162, n° 3, pp. 13-30.
- BORGETTO Michel, « La santé dans l'histoire constitutionnelle française », *RDSS*, 2013, p. 13.

- BOUCHER Julien, BOURGEOIS-MACHUREAU Béatrice, « Le juge administratif et le détenu », *AJDA*, 2008, pp. 128-135.
- BOUET Patrick, « Soigner c'est aussi protéger », C*omment renforcer la bientraitance des personnes vulnérables ?, Bulletin de l'Ordre national des médecins*, n° spécial « Personnes vulnérables », octobre-novembre-décembre 2015, p. 3.
- BOUMAZA Assia, « La stérilisation contraceptive et le "handicap mental" après la loi du 4 juillet 2001 », *RDSS*, 2002, p. 233.
- BOURGOIN Nicolas, « Les automutilations et les grèves de la faim en prison », *Déviance et société*, 2001, vol. 25, n° 2, pp. 131-145.
- BOURRET Rodolphe, CAZALÈDES Delphine, MARTINEZ Éric, VIALLA François, « Détenus et droit à l'information », *Revue Droit & Santé*, 2014, n° 59, pp. 1203-1210.
- BOUTEILLE Magali, « La démocratie sanitaire », *RGDM*, 2007, n° 23, pp. 23-42.
- BOUTHILLIER Marie-Eve, VAILLANCOURT Hugues, « Psychiatrie, soins palliatifs et fin de vie : des univers (ir)réconciliables ? Le cas de Madame Sanchez », *Revue canadienne de bioéthique*, 2020, n° 3, pp. 43-53.
- BOUVET Renaud, ABONDO Marlène, LE GUEUT Mariannick, « Isolement et contention en psychiatrie : quels fondements juridiques ? », *Revue Droit & Santé*, 2014, n° 62, pp. 1626-1632.
- BRAHMY Betty, « Psychiatrie et prison », *Etudes*, 2005, vol. 402, n° 6, pp. 751-760.
- BRAHMY Betty, « L'accès aux soins dans les établissements pénitentiaires », *AJ Pénal*, 2010, p. 314.
- BRÉMOND Marc, MICK Stephen S., ROBERT Dominique, PASCAL Christophe, CLAVERANNE Jean-Pierre, « Crises et tensions au sein de l'hôpital public : changer la donne ou donner le change ? », *Les tribunes de la santé*, Presses de Sciences Po, 2013, n° 38, pp. 77-94.
- BRETONNEAU Aurélie, DOMINO Xavier, « *Custodire ipsos custodes* : le juge administratif face à la prison », *AJDA*, 2011, pp. 1364-1369.
- BRÜCKER Gilles, CANIARD Étienne, « États généraux de la santé. Une démarche innovante pour plus de démocratie », *Actualité et dossier en santé publique*, 1999, n° 27, pp. 6-9.
- BUISSON Jacques, « Le contrôle extérieur des établissements pénitentiaires », *RPDP*, 2007, n° spécial, p. 75.
- CALLU Marie-France, « Le juge des libertés et de la détention : un garant juridique et éthique en psychiatrie », *Revue Ethique et santé*, 2016, pp. 215-218.
- CANETTI Cyrille, « La psychiatrie dans l'univers carcéral », *Actualité et dossier en santé publique*, 2003, n° 44, pp. 50-54.
- CANNAT Pierre, « La prison », *RPDP*, 1982, pp. 27-40.
- CANO Nicole et al., « L'hospitalisation en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques », *Annales Médico-Psychologiques*, 2013, pp. 518-523.
- CARLIER Christian, « La prison au cours des siècles : protéger la cité contre les hors la loi ? », *RPDP*, 1995, pp. 184-187.
- CARLIER Christian, « Histoire des prisons et de l'administration pénitentiaire française de l'Ancien Régime à nos jours », *Criminocorpus* (en ligne), 2009.

- CARLIER Christian, RENNEVILLE Marc, « Chronologie relative aux peines et aux prisons en France : de l'Ancien Régime à la Restauration », *Criminocorpus*, (en ligne), 2009.
- CARLIER Christian, « Chronologie complémentaire sur les peines et les prisons en France (2000-2008) », *Criminocorpus* (en ligne), 2009.
- CARLIER Christian, « L'histoire de l'enfermement. Rythmes, obstacles, aléas. À quoi sert la prison ? En quête de prison républicaine, enquête sur la prison contemporaine », *Cahier de la sécurité*, 2010, n° 12, pp. 216-227.
- CARPENTIER Normand, « Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXème siècle », *Sciences Sociales et Santé*, mars 2001, vol. 19, n° 1, pp. 79-106.
- CASADEVALL Josep, « Le droit à la santé et prison dans la jurisprudence de la Cour Européenne des Droits de l'Homme », *in* CÉRÉ Jean-Paul (dir.), *Le droit à la santé et la prison. Quelle protection, quels enjeux ?*, Paris, L'Harmattan, coll. Comité international des pénalistes francophones, 2017, pp. 16-27.
- CASILE-HUGUES Geneviève, « La fin de vie en milieu carcéral », Bordeaux, LEH, coll. *Les cahiers de droit de la santé*, 2015, n° 21, pp. 237-252.
- CASTAING Cécile, « Quand les « sages » veillent sur les « fous », (à propos de la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010), *LPA*, 23 décembre 2010, n° 255, p. 5.
- CASTAING Cécile, « Pouvoir administratif versus pouvoir médical », *AJDA*, 2011, p. 2055.
- CASTAING Cécile, « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement : quel droit pour quel juge ? », *AJDA*, 2013, p. 153.
- CASTAING Cécile, « Les contrôles administratifs des mesures de soins psychiatriques sans consentement », *in* LAUDE Anne (dir.), *Consentement et santé*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2014, pp. 163-183.
- CASTAING Cécile, « Psychiatrie et soins ambulatoires », *RDSS*, 2016, p. 77.
- CASTAING Cécile, « Les droits des patients détenus à l'épreuve des exigences sécuritaires : la question des extractions médicales », *RDSS*, 2020, p. 107.
- CASTAING Cécile, « La fin de vie des personnes détenues », *RDSS*, 2020, p. 509.
- CASTAING Cécile, « Soins psychiatriques sans consentement et terrorisme », *AJDA*, 2020, p. 1622.
- CASTAING Cécile, « Brèves remarques sur la législation des pratiques euthanasiques », *RDSS*, 2021, p. 500.
- CASTAING Cécile, « Le refus de traitement libre et éclairé, 20 ans après la loi du 4 mars 2002 », *RGDM*, 2022, n° 82, pp. 91-106.
- CASTEL Robert, « L'institution psychiatrique en question », *Revue française de sociologie*, 1971, vol.12, n° 1, pp. 57-92.
- CERBAI Mathieu, « Le point de vue des usagers : le parcours (du combattant) du rétablissement », Atelier-Débat « L'impact de la loi du 4 mars 2002 sur les soins en santé mentale, *in* PY Bruno (dir.), *20 ans de la loi du 4 mars 2002, Droits des patients – quid novi ?*, Bordeaux, LEH, coll. À la croisée des regards, 2022, pp. 293-297.
- CÉRÉ Jean-Paul, « À propos du contrôle des punitions en milieu carcéral », *RFDA*, 1995, pp. 826-833.

- CÉRÉ Jean-Paul, « La loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 et l'amélioration du fonctionnement et de la sécurité des établissements pénitentiaires », *D.*, 2002, p. 3224.
- CÉRÉ Jean-Paul, « Le maintien en détention de malades graves constitue un traitement inhumain et dégradant », *RTDH*, 2003, pp. 1007-1015.
- CÉRÉ Jean-Paul, « L'institution d'un contrôleur général des lieux de privation de liberté par la loi du 30 octobre 2007 : remarques sur un accouchement difficile », *AJ Pénal*, 2007, p. 525.
- CÉRÉ Jean-Paul, « La mise en conformité du droit pénitentiaire français avec les règles pénitentiaires européennes : réalité ou illusion ?, *Revue pénitentiaire*, 2009, p. 111.
- CÉRÉ Jean-Paul, « La CEDH et la protection des droits des détenus, *RPDP*, 2009, pp. 369-382.
- CÉRÉ Jean-Paul, « Le nouveau droit pénitentiaire et le respect du droit européen. Esquisse de comparaison », *AJ Pénal*, 2009, p. 476.
- CÉRÉ Jean-Paul, « La mise en conformité du droit pénitentiaire français avec les règles pénitentiaires européennes : réalité ou illusion ? », *RPDP*, 2009, pp. 111-119.
- CÉRÉ Jean-Paul, « Virage ou mirage pénitentiaire ? À propos de la loi du 24 novembre 2009 », *JCP*, 2009, n° 50, pp. 47-55.
- CÉRÉ Jean-Paul, « Droit de l'exécution des peines », *RPDP*, 2009, pp. 461-468.
- CÉRÉ Jean-Paul « Le détenu malade : le traitement du droit européen », *AJ Pénal*, 2010, p. 325.
- CÉRÉ Jean-Paul, « Quand nécessité fait …loi pénitentiaire », *RPDP*, 2010, pp. 57-67.
- CÉRÉ Jean-Paul, « Loi du 24 novembre 2009 : aspects de procédure pénale et de droit pénitentiaire », *Droit pénal*, 2010, pp. 14-18.
- CÉRÉ Jean-Paul, « L'éveil des prisons françaises au droit international et européen pénitentiaire », *Cahier de la sécurité*, 2010, n° 12, pp. 61-68.
- CÉRÉ Jean-Paul, « Le droit pénitentiaire rénové. À propos des décrets des 23 et 30 décembre 2010 », *JCP G*, 2011, pp. 146-148.
- CÉRÉ Jean-Paul, « Tsunami pénitentiaire », *D.*, 2011, p. 643.
- CÉRÉ Jean-Paul, « Prison : organisation générale », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Dalloz, actualisation mai 2022.
- CÉRÉ Jean-Paul, « Prison : sanctions disciplinaires », *Répertoire de droit pénal et de procédure pénale*, Dalloz, actualisation octobre 2021.
- CHAMBON Nicolas, « La participation des usagers en santé mentale : qu'est-ce qu'on (en) attend ? », *Rhizome*, novembre 2015, n° 58, p. 5.
- CHASSAGNE Aline, « Le soin enfermé. La porte comme frontière en maison d'arrêt », *Espaces et sociétés*, 2015, vol. n° 3, n° 162, pp. 63-77.
- CHAPEAU Pierre-Yves, MIJUSKOVIC Volodia, « Le recul des libertés en psychiatrie sous couvert de prévention de la radicalisation », *Revue Droit & Santé*, 2018, n° 85, pp. 832-834.
- CHEMLAL Khadoudja, ECHARD-BEZAULT Pascale, DEUTSCH Paule, (dir.), « Fiche technique 4. Participation des personnes détenues », *Promotion de la santé en milieu pénitentiaire - Référentiel d'intervention*, Saint-Denis, INPES, coll. Santé en action, 2014, pp. 63-65.

- CHENIVESSE Sandrine, « Soigner et punir en unité hospitalière sécurisée interrégionale » *in* TOURNIER Pierre-Victor (dir.), *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, L'Harmattan, coll. Champ pénitentiaire, 2012, pp. 63-78.
- CHEVALLIER Jacques, « Démocratie sanitaire et citoyenneté administrative », *RDSS*, 2016, pp. 487-492.
- CHOLET Didier, « Les nouvelles prisons : quel bilan ? », *AJ Pénal*, 2014, p. 567.
- COELHO Joël, « Garde à vue, examen médical et confidentialité », *AJ Pénal*, 2006, p. 35.
- COLDEFY Magali, « Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie : évolutions et disparités géographiques départementales », *La prise en charge de la santé mentale*, Paris, La documentation française, coll. Études et statistiques, 2007, pp. 205-222.
- COLDEFY Magali, « L'évolution des dispositifs de soins psychiatriques en Allemagne, Angleterre, France et Italie : similitudes et divergences », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, octobre 2012, n° 180.
- COLDEFY Magali, « L'organisation des soins en psychiatrie : organisation et évolutions législatives récentes », *RFAS*, 2016, n° 2, pp. 21-30.
- COLDEFY Magali, NESTRIGUE Clément, « L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 », *Question d'économie de la santé*, IRDES, 2013, n°193.
- COLDEFY Magali, TARTOUR Tonya, NESTRIGUE Clément, « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011 », *Question d'économie de la santé*, IRDES, 2015, n° 205.
- COLDEFY Magali, FERNANDES Sarah, LAPALUS David, « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, 2017, n°222.
- COLDEFY Magali, GANDRÉ Coralie, RALLO Stéphanie, « Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteinte », *Question d'économie de la santé*, 2022, n° 269.
- COLIN Marcel, « Droit aux soins et amélioration de la condition des détenus : deux objectifs indissociables », *RFAS*, 1997, n° 1, pp. 17-28.
- COLIN Patrick, KLINGER Myriam, « Vécu carcéral et situation d'illettrisme », *Déviance et société*, 2004, vol. 28, pp. 33-55.
- COLOMBIER Jean, DOUBLET François, « Instructions sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés », *Journal de médecine, chirurgie, pharmacie*, 1785, pp. 529-583.
- COMBEAU Pascal, « Territorialisation de la politique de santé en France » *in* CASTAING Cécile (dir.), *La territorialisation des politiques de santé*, Bordeaux, LEH, coll. Actes et séminaires, 2012, pp. 35-44.
- COMBRET Jacques, CASEY Jérôme, « Le mandat de protection future », *RJPF*, 2007, n° 7, pp. 8-11.
- CONSTANT Jean, « L'évolution du régime pénitentiaire », *RDPC*, 1950-1951, p. 1004.

- CONTET Saskia, « La loi du 4 mars 2002 et la suspension de peine pour raison médicale : Une loi en sursis », *in* PY Bruno (dir.), *20 ans de la loi du 4 mars 2002. Droits des patients – quid novi ?*, Bordeaux, LEH, coll. À la croisée des regards, 2022, pp. 263-282.
- CORDIER Caroline, « Un décret autorise les ARS à suivre via Hopsyweb les personnes placées en soins sans consentement », *Hospimédia*, 24 mai 2018.
- CORDIER Caroline, « Le retrait immédiat du nouveau décret sur l'accès des préfets à HOPSYWEB est exigé », *Hospimedia*, 5 mai 2022.
- CORNIER Katherine, « Les soins pénalement ordonnés », *Les tribunes de la santé*, 2007, vol. 17, n° 4, pp. 87-95.
- COUTURIER Mathias, « La réforme des soins psychiatriques sans consentement : de la psychiatrie disciplinaire à la psychiatrie de contrôle », *RDSS*, 2012, p. 97.
- COUTURIER Mathias, « La contrainte dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *RDSS*, 2014, p. 120.
- COUTURIER Mathias, « Les paradoxes de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie », *Rhizome*, 2014, n° 53, pp. 5-6.
- COUTURIER Mathias, « La santé mentale dans la loi du 26 janvier 2016 : une évolution des cadres sans révolution des pratiques », *RDSS*, 2016, pp. 683-696.
- COUTURIER Mathias, « La nouvelle politique de santé mentale finalisée », *DP santé*, octobre 2017, Bull. n° 285, p. 7.
- COUTURIER Mathias, *Soins psychiatriques sans consentement*, Fasc. N° 10, *JCP* Annexes.
- COUTURIER Mathias, « Hopsyweb : d'un fichier sanitaire à un fichier policier ? », *Cahiers de la Recherche sur les Droits Fondamentaux*, n° 21, 2023, pp. 73-79.
- CRICHTON Cécile, « Le croisement des données de la base HOPSYWEB et du FSPRT est licite », *Dalloz actualité*, 28 avril 2020.
- CRISTOL Danièle, « L'usager dans la stratégie nationale de santé : la démocratie en santé en quête d'un nouveau souffle », *RDSS*, 2018, pp. 413-427.
- DANET Jean, « La notion d'état de santé et la détention en Europe », *RSC*, 1996, p. 49.
- DANIEL Aude, PAULET Catherine, « Le cas des patients en détention », *RGDM*, 2010, n° 37, pp. 213-222.
- DARBÉDA Pierre, « Prison et santé », *RSC*, 1987, pp. 743-748.
- DARBÉDA Pierre, « Les directives européennes et internationales sur la lutte contre le VIH/SIDA en milieu pénitentiaire », *RSC*, 1995, pp. 132-140.
- DARBÉDA Pierre, « Médecine et détenus », *Journal international de la bioéthique*, 1999, n° 1, pp. 35-45.
- DARBÉDA Pierre, « Ethique et organisation sanitaire en milieu pénitentiaire : la recommandation R (98) 7 du Conseil de l'Europe », *RPDP*, 2000, pp. 257-272.
- DARMON Laeticia, « L'accès aux soins en prison : logique sécuritaire contre logique médicale », *Le journal du sida*, 2005, n° 175, pp. 9-15.
- DAVID Michel, ROELANDT Jean-Luc, MOREAU Delphine, « Contraintes et libertés en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2017, vol. 93, n° 7, pp. 547-596.
- DAVITAN Hélène, COLLOMBERT Eliane, « Aidant familial en psychiatrie, une place "naturelle" », *EMPAN*, 2014, n° 94, pp. 47-52.

- DE BEAUREPAIRE Christiane, « Psychopathologie et détention : données et réflexions cliniques », *RFAS*, 1997, n° 1, pp. 213-223.
- DE BEAUREPAIRE Christiane, « La vulnérabilité sociale et psychique des détenus et des sortants de prison », *Revue du MAUSS*, 2012, n° 40, pp. 49-61.
- DEBOUT Christophe, « Adhésion thérapeutique », *Les concepts en sciences infirmières*, 2ème éd., Toulouse, Association de Recherche en Soins Infirmiers, Hors collection, pp. 50-53.
- DEBOVE Frédéric, « Libertés physiques du détenu et droit européen : ou l'histoire d'une Convention passe-muraille », *RPDP*, 1997, pp. 49-61.
- DE BENALCAZAR Sébastien, « L'hospitalisation d'office prononcée par un juge. Regards critiques sur la loi du 25 février 2008 », *Gaz. Pal*., avril 2009, pp. 9-14.
- DE CROUY-CHANEL Myriam, NOËL Étienne, SANNIER Olivier, « Les aménagements de peine pour raison médicale : approche médico-judiciaire pour une meilleure mise en œuvre », *AJ Pénal*, 2010, p. 318.
- DEFRAIN Florence, « Favoriser la participation des usagers à leur processus de rétablissement », *Pratiques en santé mentale*, 2016, vol. 62, n° 2, pp. 23-27.
- DE GALARD Dominique, HUTTER Oriane, « Réflexion de l'administration pénitentiaire sur la prévention du suicide », *AJ Pénal*, 2010, p. 440.
- DE GRAËVE Loïc, « Le droit à la vie et l'administration pénitentiaire », *RFDA*, 2009, p. 947.
- DE KONINCK Thomas, « Archéologie de la notion de dignité humaine », *La dignité humaine. Philosophie, droit politique, économie, médecine*, Paris, PUF, coll. Débats philosophiques, 2005, pp. 13-50.
- DE LACHARRIÈRE René, « Le conseil constitutionnel » *Pouvoirs*, 1980, n° 13, pp. 141-159.
- DELARUE Jean-Marie, « La protection de la santé dans les lieux de privation de liberté », *Gaz. Pal*., 15-16 janvier 2010, p. 10.
- DELMAS-MARTY Mireille, « Le crime contre l'humanité, les droits de l'homme, et l'irréductible humain », *RSC*, 1994, p. 477.
- DELPA Pierre-André, « L'injonction de soins, dernier-né des soins pénalement ordonnées : innovation thérapeutique ou commande sociale ? », *RGDM*, 2020, n° 75, p. 188.
- DELPOUS Stéphanie, BENHESSA Ghislain, BÉRÉTZ Laurence, « Aspects historiques et juridiques du secret médical », *Le Pharmacien Hospitalier et Clinicien*, 2013, n° 48, p. 197.
- DEMAILLY Lise, « Variations de la "démocratie sanitaire" et politique publique de santé mentale en France », *SociologieS*, 18 juin 2014 (en ligne). https://doi.org/10.4000/sociologies.4653
- DE MONTECLER Marie-Christine, « Le contrôle croissant du juge sur l'administration pénitentiaire », *AJDA*, 2008, p. 2364.
- DESCHAMPS Jean-Louis, « Liberté et protection des malades mentaux : rôle du juge administratif », *in* PIDOLLE Alain, THIRY-BOUR Carole, *L'information psychiatrique*, Toulouse, Érès, coll. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 2003, pp. 219-225.

- DESQUELLES Aline, « Le handicap en milieu carcéral en France. Quelles différences avec la situation en population générale ? », *Population*, 2005, vol. 60, n° 1-2, pp. 71-98.
- DESESQUELLES Aline, KENSEY Annie, « Les détenus et leur famille : des liens presque toujours maintenus, mais parfois très distendus », *Données sociales, la société française*, INSEE, 2006, pp. 59-67.
- DE FORGES Jean-Michel, « Soins dispensés aux détenus. Service public hospitalier. Protection sociale des détenus », *RDSS*, 1995, p. 535.
- DE FORGES Jean-Michel, « Etablissements du service public. Soins aux détenus », *RDSS*, 1995, p. 485.
- DELAGE Pierre-Jérôme, « La dangerosité comme éclipse de l'imputabilité et de la dignité », *RGDM*, 2008, n° 26, pp. 39-66.
- DEMAS Benoît, « Soins psychiatriques sans consentement et secret », *RGDM*, 2012, n° 43, pp. 73-94.
- DETRAZ Stéphane, « Création d'une nouvelle décision de règlement de l'instruction : décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental », *RSC*, 2008, p. 873.
- DEVERS Gilles, « Isolement et contention : le régime textuel est désormais complet. Un guide pratique pour les équipes », *Santé mentale et Droit*, 2022, vol. 22, n° 4, pp. 534-541.
- DOUMENG Valérie, « De l'hospitalisation sans consentement à l'admission en soins psychiatriques : la fin de la contrainte ?», *RGDM*, 2012, n° 43, pp. 375-396.
- DOURNEAU-JOSETTE Pascal, « Les conditions de détention et la CEDH : les droits fondamentaux à l'assaut des prisons », *Gaz. Pal.* 2013, n° 40, pp. 4-12.
- DRAGO Guillaume, « Le droit à la santé : un droit constitutionnel effectif ? », *Revue juridique de l'Ouest*, n° spécial 2015 « 20 ans de législation sanitaire. Bilan et perspectives. Colloque organisé par l'AEDS pour les 20 ans du Master Droit, Santé, Ethique », pp. 17-34.
- DREYER Emmanuel, « La fonction des droits fondamentaux dans l'ordre juridique », *D.*, 2006, p. 748.
- DUBOUIS Louis, « La protection de la santé des détenus à l'aune de la Convention européenne des droits de l'homme », *L'homme et le droit – Mélanges en l'honneur du Professeur Jean-François FLAUSS*, Paris, Pédone, 2014, pp. 305-322.
- DUBRET Gérard, « La prison, ultime institution psychiatrique pour soigner et punir ? », *L'information psychiatrique,* 2006, vol. 82, pp. 663-668.
- DUGAST Céline, TAESCH LECLERC Hélène, *L'obligation de soins, Comité européen pour les problèmes criminels, Conseil de coopération pénologique*, 20 septembre 2012 (en ligne) : https://rm.coe.int/16806f97a2.
- DUGUET Anne-Marie, « Le respect de la dignité à l'hôpital », *Journal International de Bioéthique*, 2010, n°4, vol. 21, pp. 93-101.
- DUJARDIN Valériane, PÉCHILLON Éric, « Le contrôle systématique des hospitalisations complètes des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement par le juge des libertés et de la contention », *Revue Droit & Santé*, 2014, n° 62, pp. 1610-1626.
- DUJOURDY Elsa, MAREST Patrick, « Contrôleur des prisons : l'heure du choix », *Dedans Dehors*, 2010, n° 72-73, p. 17.

- DUPRÉEL Jean, « Une notion nouvelle : les droits des détenus », *RDPC*, 1957-1958, pp. 163-173.
- DUTHEILLET DE LAMOTHE Olivier, « Les principes de la jurisprudence du Conseil constitutionnel en matière sociale », *Les Nouveaux Cahiers du Conseil constitutionnel*, octobre 2014, n° 45, pp. 5-20.
- EL GHOUL Fayçal, « Enfermer et interdire les fous à Paris au XVIII^{ème} siècle : une forme d'exclusion ? », *Cahier de la Méditerranée*, 2004, n° 69, pp. 175-187.
- EYRAUD Benoît, DUPONT Christophe, MUGNIER Christophe, « Citoyenneté et vulnérabilités : une mise en perspectives », *RGDM*, n°90, 2024, pp. 67-75.
- FABRE-MAGNAN Muriel, « Le domaine de l'autonomie personnelle », *Dalloz actualité*, 11 janvier 2008.
- FARGES Éric, « Penser à la réforme pénitentiaire avec Michel Foucault. Apports et limites à une sociologie politique de la loi du 18 janvier 1994 », *Raisons politiques*, 2007, n° 25, pp. 104-125.
- FARINETTI Aude, « L'unification du contentieux des soins psychiatriques sans consentement par la loi du 5 juillet 2011 », *RDSS*, 2012, p. 111.
- FARKAS Marianne, « Réadaptation psychiatrique : une approche et un processus », *Santé mentale*, mars 2006, n° 106, pp. 51-59.
- FAUCHER Dominique, « Médecin en détention : soignant et témoin », *Espace éthique, la lettre*, été-automne 2000, n°12-13-14, pp. 39-40.
- FAYN Marie-Georges, DES GARETS Véronique, RIVIÈRE Arnaud « Mieux comprendre le processus d'*empowerment* du patient », *Recherches en Sciences de Gestion*, 2017, vol. 119, n° 2, pp. 55-73.
- FERON Jean-Marc, « Les soins de santé en prison : une vue de l'intérieur », *Santé conjuguée*, 2002, n° 22, p. 91.
- FERON Jean-Marc, « La santé en prison : santé publique ou ministère de la Justice », *Santé conjuguée*, 2002, n° 22, p. 95.
- FERRAN Nicolas, « La détention de personnes atteintes de troubles mentaux dénoncée par la Cour européenne des droits de l'homme », *Dedans Dehors*, 2012, n° 76, pp. 29-30.
- FERREIRA Jean-Philippe, « L'indemnisation des conditions de détention indignes », *in* NIQUÈGE Sylvain (dir.), *Le contentieux de la dignité des conditions de détention*, Paris, Mare & Martin, 2023, pp. 121-135.
- FINKELSTEIN Claude, « Les souhaits des usagers en santé mentale », *in* PIDOLLE Alain, THIRY-BOUR Carole, *L'information psychiatrique*, Toulouse, Érès, coll. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 2003, pp. 155-158.
- FIX Michel, « Médecine en milieu carcéral », *La revue du praticien*, janvier 2013, vol. 63, pp. 75-96.
- FORT François-Xavier, « La protection de la dignité de la personne détenue », *AJDA*, 2010, p. 2249.
- FOUCHARD Isabelle, « Les évolutions récentes de la responsabilité de l'État en matière de décès violents de détenus en prison », *AJDA*, 2011, p. 142.

- FOUCHARD Isabelle, « Le regard du Contrôleur général des lieux de privation de liberté sur les visites des proches au parloir », *in* JACOPIN Sylvain, LARRALDE Jean-Manuel (dir.), (préf. MBANZOULOU Paul), *Le droit de visite des personnes incarcérées*, Paris, L'Harmattan, coll. Champ pénitentiaire, 2018, pp. 89-108.
- FOUCHARD Isabelle, « La contribution des collectivités locales au respect des droits des personnes détenues », *in* LE BRIS Catherine (dir.), *Les droits de l'homme à l'épreuve du local*, Tome. 2, Mare & Martin, 2021, pp. 309-327.
- GATÉ Juliette, « Régime juridique de détenu malade psychiatrique : double peine ou double protection ?, *RGDM*, 2013, n° 47, pp. 51-72.
- GÉTAZ Laurent, WOLFF Hans, « Le jeûne de protestation », *in* WOLFF Hans, NIVEAU Gérard, *Santé en prison*, Genève, RMS éditions, 2019, pp. 749-757.
- GIACOPELLI Muriel, « Le détenu citoyen », *RPDP*, 2008, n° 4, pp. 811-820.
- GIACOPELLI Muriel, « Le contenu de la loi pénitentiaire avec des avancées encore insuffisantes », *RFDA*, 2010, p. 25.
- GIRER Marion, « Le droit à la protection de la santé dans l'alinéa 11 du Préambule de 1946 : les impacts en termes de solidarité », *Médecine & Droit*, 2016, n° 141, pp. 147-153.
- GIRER Marion, « Les droits individuels des patients : les "oubliés" des réformes récentes de l'organisation du système de santé ? », *RGDM*, 2019, n° 73, pp. 71-86.
- GIRER Manon, « Feu le contrat médical ? », *in* PY Bruno, *20 ans de la loi du 4 mars 2002. Droits des patients – quid novi ?*, Bordeaux, LEH, coll. À la croisée des regards, 2022, pp. 159-176.
- GIROLAMI Paolo, « La médecine en milieu carcéral et la construction de l'homme nouveau – Enjeux éthiques et juridiques », *RGDM*, 2011, n° 40, pp. 113-128.
- Dr. GLAVIANO-CECCALDI Marie-Pierre, Dr. MARTIN Dominique, HÉDON Claire, « Comment lutter contre les refus de soins discriminatoires ? », *Médecins*, janvier-février 2021, n° 71, pp. 14-17.
- GOBILLOT Charline, CLAUDEL Hervé, « Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier », *L'information psychiatrique*, 2015, vol. 91, pp. 339-347.
- GODRIE Baptiste, « Révolution tranquille. L'implication des usagers dans l'organisation des soins et l'intervention en santé mentale », *RFAS*, 2016, n° 2, pp. 89-104.
- GOLOVINE Pascal, « Un psychologue en prison : entre logique psychiatrique et logique judiciaire », *Psychotropes*, 2004, vol. 10, n° 3-4, pp. 187-197.
- GORCE Isabelle, « L'administration pénitentiaire confrontée à sa norme juridique », *RDDP*, 2000, pp. 524-534.
- GOUTTENOIRE Adeline, « Les droits de l'homme en prison », *RPDP*, 2005, pp. 107-116.
- GOURMELON Nathalie, « La prise en charge psychiatrique pénitentiaire des auteurs d'agression sexuelles : un état des lieux », *Cahiers de la sécurité*, 2010, n° 12, pp. 178-182.
- GRABOY-GROBESCO Alexandre, « Les séjours psychiatriques sous contrainte et l'évolution des droits des malades », *AJDA*, 2004, p. 65.

- GRÜNDLER Tatiana, « Le juge et le droit à la protection de la santé », *RDSS*, 2010, p. 835.
- GUERIN Geneviève, « La santé en prison », *Actualité et dossier en santé publique*, 2003, n° 44, pp. 21-25.
- GUERIN Geneviève, « Le dispositif de prise en charge », *Actualité et dossier en santé publique*, 2003, n° 44, pp. 26-33.
- GUERIN Geneviève, « La prise en charge sanitaire », *Actualité et dossier en santé publique*, 2003, n° 44, pp. 34-43.
- GUIBERT Serge, « Les disparités de l'offre de soins en psychiatrie et leurs conséquences », *in* PIDOLLE Alain, THIRY-BOUR Carole, *L'information psychiatrique*, Toulouse, Érès, coll. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 2003, pp. 99-103.
- GUIBET-LAFAYE Caroline, « Contraindre en ambulatoire : quels droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie ? », *Rhizome*, 2014, n° 53, p. 7.
- GUIBET-LAFAYE Caroline, « L'hospitalisation sous contrainte, une source de conflits normatifs », *RFAS*, 2016, n° 2, pp. 35-55.
- GUIGUE Marion, « Le problème majeur et persistant de l'accès aux soins dans les prisons françaises dénoncé par l'avis du Comité Consultatif National d'Éthique du 26 octobre 2006 », *Revue Droit & Santé*, 2007, n° 17, pp. 369-374.
- GUIGUE Marion, « L'articulation entre l'enfermement et le soin au cœur de la prise en compte de la dangerosité par le droit », *in* TOURNIER Pierre-Victor, *Enfermements*, Paris, L'Harmattan, coll. Criminologie, 2012, pp. 279-293.
- GUIGUE Sophie, « La régularité de l'arrêté portant hospitalisation d'office par transfert d'un mineur », *Revue Droit & Santé*, 2013, n° 53, pp. 423-425.
- GUIGUE Sophie, « L'incompétence du JLD en matière de contrôle de transmission au préfet d'informations relatives à des soins psychiatriques pour péril imminent », *Revue Droit & Santé*, 2016, n° 73, pp. 818-819.
- GUIGUE Sophie, « Le nouveau dispositif encadrant les mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, 2021, n° 101, p. 377.
- GUIGUE Sophie, « La censure par le Conseil constitutionnel du nouveau dispositif de contrôle judiciaire des mesures d'isolement et contention », *Revue Droit & Santé*, 2021, n° 102, pp. 662-663.
- GUIGUE Sophie, « L'épilogue de l'adoption du dispositif de contrôle judiciaire des mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, 2022, n° 106, pp. 235-238.
- GUIGUE Sophie, « HOPSYWEB 3 », *Revue Droit & Santé*, 2022, n° 108, pp. 516-518.
- GUYOMAR Mathias, « La justiciabilité des mesures pénitentiaires devant le juge administratif », *AJDA*, 2009, pp. 413-416.
- HABOUBI Camila, « Droit des personnes hospitalisées sous contraintes », *Revue Droit, Déontologie & Soins*, 2008, n° 8, pp. 452-480.
- HABOUBI Camila, « Fouille corporelle des patients : le monde de la casuistique », *Santé mentale et Droit*, août 2022, vol. 22, pp. 542-548.
- HANOUET Thierry, « La loi du 5 juillet 2011 : le point de vue d'un JLD », *Droit et Psychiatrie*, 2014, n° 12, pp. 47-52.

- HARDY Patrick et al., « L'accès direct au dossier médical en psychiatrie : À propos de l'expérience de dix services hospitalo-universitaires d'Île-de-France », *Annales médico-psychologiques*, février 2005, vol. 163, pp. 45-52.
- HAUSER Jean, « Hospitalisation d'office : la rafale des annulations », *RTD Civ*., 2012, p. 92.
- HAZAN Adeline, « Les droits fondamentaux des personnes détenues à l'épreuve de la crise sanitaire », *AJ Pénal*, 2020, p. 200.
- HAZIF-THOMAS Cyril et THOMAS Philippe, « Précarité, dignité, accès aux soins », *Soins Gérontologie*, janvier 2020, n° 141, vol.25, pp. 21-23.
- HAZIF-THOMAS Cyril, « Les directives anticipées psychiatriques : un dispositif juridique issu du droit des malades et des personnes en fin de vie et réorienté au bénéfice des personnes souffrant de troubles psychiatriques », *RDGM*, n° 89, décembre 2023, pp. 55-70.
- HEDHILI Hinda, « Regard sur l'histoire pénitentiaire française et ses institutions depuis le XIXème siècle », *RPDP*, 2011, pp. 32-42.
- HENNION-JAQUET Patricia, « Soigner et punir : l'improbable conciliation entre santé et prison », *RDSS*, 2007, p. 259.
- HENNION-JAQUET Patricia, « Soins en prison », *RDSS*, 2009, p. 363.
- HENNION-JAQUET Patricia, « Dignité et détention des personnes souffrant de troubles mentaux : et si la justice s'arrêtait aux portes des prisons ? », *RDSS*, 2009, p. 509.
- HENNION-JAQUET Patricia, « La prise en charge des maladies mentales en prison : un problème systématique et perdurant », *RDSS*, 2012, p. 678.
- HENRY Anne, « Un suicide qui dérange : le suicidé en prison », *AJ Pénal*, 2010, p. 437.
- HERZOG-EVANS Martine, « Droit commun pour les détenus », *RSC*, 1995, p. 621.
- HERZOG-EVANS Martine, « Les particuliers du droit pénitentiaire », *Les cahiers de la sécurité intérieure* », 1998, n° 31, pp. 19-31.
- HERZOG-EVANS Martine, « Le droit en prison », *Projet*, 2002, n° 269, pp. 87-95.
- HERZOG-EVANS Martine, « La suspension de peine médicale de Maurice Papon », *Recueil Dalloz*, 2002, p. 1893.
- HERZOG-EVANS Martine, « Écart entre deux permissions : le vide juridique entretient la confusion des sources », *AJ Pénal*, 2006 p.271.
- HERZOG-EVANS Martine, « Détenu malade : la libération conditionnelle relais utile de la suspension de peine ? », *AJ Pénal*, 2007, p. 40.
- HERZOG-EVANS Martine, « La loi pénitentiaire n° 2009-1436 du 24 novembre 2009 : changement de paradigme pénologique et de toute puissance administrative », *D.*, 2010, p. 31.
- HERZOG-EVANS Martine, « Isolement carcéral : le juge administratif s'aligne sur les exigences européennes », *AJ Pénal*, 2010, p. 144.
- HERZOG-EVANS Martine, « Masques en détention : le Conseil d'État ergote », *AJ Pénal*, 2021, p. 49.
- HUREAU Jacques, OLIE Jean-Pierre, ARCHAMBAULT Jean-Claude, « Évaluation de la dangerosité psychiatrique et criminologique », *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, novembre 2012, vol. 196, n° 8, pp. 1685-1707.
- JENNEQUIN Anne, « La dignité de la personne détenue », *RFDA*, 2015, p. 1082.

- KAMINSKI Dan, « Droits des détenus, normalisation et moindre éligibilité », *Criminologie*, 2010, vol. 43, n° 1, pp. 199-226.
- KANOUI-MEBAZZA Valérie, VALANTIN Marc-Antoine, « La santé en prison », *Les tribunes de la santé*, 2007, n° 17, pp. 97-103.
- LABETOULLE Daniel, « Regard du juge administratif », *in* PAULIAT Hélène, BERTHIER Laurent, NÉGRON Éric (dir.), *La prison : quel(s) droit(s) ?*, Limoges, Presses universitaires de Limoges, 2013, pp. 101-110.
- LALANDE Françoise, « La santé des détenus et l'état du système de soins avant la réforme », *RFAS*, 1997, n° 1, pp. 61-72.
- LAMEYRE Xavier, « Pour une éthique des soins pénalement obligés », *RSC*, 2001, p. 521.
- LAMOTHE Pierre, « Psychiatrie en milieu pénitentiaire », *RFAS*, 1997, n° 1, pp. 151-160.
- LAMOUROUX Aurore et al., « Compliance, observance et adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? », *Revue des Maladies Respiratoires*, février 2005, vol. 22, pp. 31-34.
- LANCELEVÉE Camille, « Une sexualité à l'étroit. Les unités des visites familiales et la réorganisation carcérale de l'intime », *Sociétés contemporaines*, 2011, n° 83, pp. 107-130.
- LANGLET Marianne, « Suspension de peine pour raisons médicales. Mourir libre », *Lien social*, 2011, n° 1004, pp. 10-14.
- LARRALDE Jean-Manuel, « Les droits des personnes incarcérées : entre punition et réhabilitation », *Cahier de la recherche sur les droits fondamentaux*, 2003, n° 2, pp. 63-76.
- LARRALDE Jean-Manuel, « L'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et la protection de l'identité sexuelle », *RTDH*, Avril 2006, n° 35, pp. 35-54.
- LARROSE Bruno, « Éduquer à la liberté en milieu carcéral ? Un défi éthique pour l'éducateur pour la santé », *Contact Santé*, 2007, n° 222, pp. 20-21.
- LAVAL Christian, « La participation des usagers en santé mentale », *Rhizome*, novembre 2015, n° 58, p. 2.
- LE BIANIC Thomas, « Les modes de coordination entre intervenants en santé mentale en milieu carcéral », *Cahier de la sécurité*, 2010, n° 12, pp. 183-189.
- LE BIHAN Patrick et *al.*, « Les unités de soins intensifs psychiatriques : expériences françaises et internationales, *Revue Médecine et Droit*, 2009, pp. 143-147.
- LE BIHAN Patrick, « La place des unités de malades difficiles (UMD) dans le dispositif de soins », *Fascicule du 8 septembre 2010*, ENM, Session psychiatrie et justice pénale.
- LE BIHAN Patrick, FLORIS Emmanuelle, TETEREL Justine, TASSOU Paul, FABRE Pauline, BRÉCHAT Bérénice, BÉNÉZECH Michel, « L'unité pour malades difficiles de Cadillac en Gironde : données d'activité, pathologies et approches thérapeutiques », *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, novembre 2019, vol. 177, pp. 916-920.
- LECLER Liliane, « L'asile public des aliénés de Bordeaux : hygiénisme en psychiatrie et rationalisme architectural », *Histoire de l'art*, 1994, n° 25-26, pp. 57-65.
- LECLERC Henri, « Soins psychiatriques et Libertés », Dossier Hommes & Libertés, *Actualités santé*, septembre 2012, n° 159, pp. 14-17.

- LÉCU Anne, « Le secret médical : regard historique et enjeux actuels », *in* WOLFF Hans, NIVEAU Gérard, *Santé en détention*, Genève, RMS éditions, 2019, pp. 103-116.
- LEGROS Bérengère, « Les droits du patient faisant l'objet de soins psychiatriques : entre volonté de protection et respect de la volonté », *RGDM*, n°89, 2023, pp. 13-14.
- LETURMY Laurence, « Pour quelques idées plus précises sur la genèse de la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 », *RPDP*, 2010, pp. 67-77.
- LIARAS Barbara, « La pénitentiaire suit gravement à la santé », *Dedans Dehors*, 2010, n° 72-73, pp. 26-30.
- LIARAS Barbara, « Psychiatrie et incarcération : le cercle vicieux n'est pas brisé », *Dedans Dehors*, 2012, n° 76, pp. 15-17.
- LOPEZ Mélanie, « La loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques : genèse d'une réforme et incertitudes », *RGDM*, 2011, n° 41, pp. 137-168.
- LORZNZO Philippe, « De l'éducation thérapeutique du patient en milieu pénitentiaire », *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 39, n° 1, janvier-mars 2008, pp. 12-22.
- LUCAS Katia, « L'initiative de l'hospitalisation d'office : un pouvoir partagé au service d'un contrôle sanitaire et sociale renforcé », *RDSS*, 2010, p. 1077.
- MAGUÉRO Stéphanie, « L'éducation thérapeutique, le temps d'un autre prendre soin », *Soins*, 2012, vol. n° 27, pp. 37-39.
- MAHI Lara, « Une sanitarisation du pénal ? La mobilisation de la maladie dans des procès pénaux », *Revue française de sociologie*, 2015, vol. 56, n° 4, pp. 697-773.
- MAHI Lara, « De(s) patients détenus. Se soigner dans un environnement contraignant », *Anthropologie & Santé*, 2015, n° 10, p. 9.
- MAHIEU Eduardo Luis, « Maladie sacrée, Maladie unique : Hippocrate neuropsychiatre », *in* ARVEILLER Jacques (dir.), *Psychiatries dans l'histoire*, Caen, PUC, 2008, pp. 99-112.
- MAILLARD DESGREES DU LOÛ Dominique, « Les soins obligatoires », *RDGM*, 2003, n° 11, pp. 25-40.
- MANAOUIL Cécile, SANNIER Olivier, « La médecine en milieu pénitentiaire », *RGDM*, 2008, n° 28, pp. 157-196.
- MARGAINE Clément, « Le maintien en détention d'un individu souffrant de troubles mentaux pendant plusieurs années est contraire à l'article 5 de la Convention européenne des droits de l'Homme », *RDSS*, n° 2, mars-avril 2013, pp. 245-251.
- MARGAINE Clément, « Le droit à un recours juridictionnel effectif, un nouvel outil de progression de la condition juridique des détenus ? », *RPDP*, 2019, n°1 (janv/mars), pp. 173-180.
- MARGAINE Clément, « Le JL(D)D : la Cour de cassation attribue au juge judiciaire sa lettre de noblesse », *Dalloz actualité*, 31 août 2020.
- MARGAINE Clément, « Précisions sur l'office du juge judiciaire en matière d'appréciation du caractère indigne des conditions de détention », *AJ Pénal*, 2021, p. 41.
- MARQUES Ana, TARTOUR Tonya, « Des murailles de papier. La contrainte soins en ambulatoire », *RFAS*, 2016, n° 2, pp. 57-74.

- MARTIN Daniel, « De la nécessaire coordination des interventions en milieu carcéral », *L'observatoire*, 2010, n° 66, pp. 48-51.
- MATHIEU Bertrand, « Les droits des personnes malades », *LPA*, 2002, n° 122, p. 10.
- MATSOPOULOU Haritini, « L'application des "peines", puis des "mesures de sûreté" aux personnes atteintes de troubles mentaux : l'incohérence jurisprudentielle et ses conséquences », *Dr. Pénal*, 2011. Étude 4, § 15 s.
- MAYAUD Yves, « Surpopulation carcérale et dignité des détenus. Bref bilan pour une question récurrente », *RSC*, 2021, p. 91.
- MEMETEAU Gérard, « Le médecin et la loi du 3 janvier 1968 portant réforme du droit des incapables majeurs », *RDSS*, 1973, p. 403.
- MERENNE Sylvain, « Le Conseil d'État étend le contrôle du juge administratif sur l'administration pénitentiaire, *JCP G*, 2009, n° 12, pp. 58-62.
- METTETAL Anne, « L'inégalité des détenus en fin de vie devant l'élargissement », *RGDM*, L'éthique et la mort, numéro spécial, 2004, p. 91.
- MIJUSKOVIC Volodia, « HOPSYWEB : act 3 », *Revue Droit & Santé*, janvier 2020, n° 93, pp. 150-153.
- MIJUSKOVIC Volodia, « HOPSYWEB : act 4 », *Revue Droit & Santé*, septembre 2020, n° 97, pp. 994-996.
- MIJUSKOVIC Volodia, « Troubles mentaux des détenus et soins médicaux : attention aux garde-fous ! », *Revue Droit & Santé*, n°119, 2024, pp. 446-448.
- MILLY Bruno, « L'accès aux soins des détenus en France : un droit bafoué », *Revue Droit et société*, 2003, n° 55, pp. 745-765.
- MISTRETTA Patrick, « L'illusion du consentement du délinquant à l'acte médical et aux soins en droit pénal », *RIDP*, 2011, n° 82, pp. 19-39.
- MISTRETTA Patrick, « Ne pas confondre injonction thérapeutique et thérapie suivie par un psychiatre », *RSC*, 2016, p. 349.
- MODERNE Franck, « La responsabilité des services pénitentiaires à raison des dommages subis par les détenus », *RPDP*, 1979, pp. 575-582.
- MODERNE Franck, « À propos du contrôle des punitions en milieu carcéral. Le point de vue du publiciste », *RFDA*, 1995, pp. 822-826.
- MOLINER-DUBOST Marianne, « La détention des personnes atteintes de troubles mentaux : condamnation ferme de la prison asile », *RTDH*, 2007, pp. 541-557.
- MOLINER-DUBOST Marianne, « La dignité des détenus, le juge et le contrôle de la nécessité des mesures de sécurité pénitentiaire », *RTDH*, 2008, pp. 77-86.
- MONNIER Alain, *Les CDSP : un pilier méconnu de la démocratie sanitaire. Résultats d'une enquête DGS-Unafam*, 2020, pp. 4-5.
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, « La continuité et l'accès aux services de santé », *RDSS*, 2013, p. 167.
- MOQUET-ANGER Marie-Laure, « L'affirmation des droits individuels de la personne malade », *JDSAM*, 2022, n° 34, pp. 27-32.
- MOREAU François, « La santé dans les prisons françaises », *Pouvoirs*, 2010, vol. 135, pp. 69-86.
- MORTET Laurent, « Le contrôleur général des lieux de privation de liberté : un nouveau regard sur les lieux de privation de liberté », *RPDP*, 2008, pp. 287-304.

- MOUNEYRAT Marie-Hélène, « Éthique du secret et secret médical », *Pouvoirs*, 2001, vol. 97, pp. 47-61.
- MOUQUET Marie-Claude, DUMONT Martine, BONNEVIE Marie-Cécile, « La santé à l'entrée de la prison : un cumul de facteurs de risque », *Études et résultats*, 1999, n° 4.
- MURILLO Claire, « La droit à la santé des détenus sous le regard de la CEDH », *Gaz. Pal.*, 2011, n° 15, p. 30.
- NAJMAN Thierry, DEVERS Gilles, « Quand l'hospitalisation en psychiatrie devient-elle une privation de liberté ? », *Revue Droit, Déontologie & Soins*, 2015, n° 15, pp. 161-167.
- NICOLAS Guy, DESSAINT Louis, NICOLAS Christine, « La santé en prison : un enjeu de santé publique », *Problèmes économiques*, 1997, n° 2549, pp. 1-4.
- NICOLAS Guy, « La santé en prison : dix ans après la réforme. Haut comité de la sécurité publique », *Actualité et dossier en santé publique*, 2003, n° 44, p. 1.
- NICOLAS Guylène, « L'évolution des droits des patients, approche transversale », in LECA Antoine, NICOLAS Guylène, VIOUJAS Vincent (dir.), *La modernisation du système de santé : un an d'application de la loi du 26 janvier 2016, Les cahiers du droit de la santé*, Bordeaux, LEH, 2017, pp. 151-168.
- NIQUÈGE Nicolas, « Le contentieux partagé de la dignité des conditions de détention », *in* NIQUÈGE Sylvain (dir.), *Le contentieux de la dignité des conditions de détention*, Paris, Mare & Martin, 2023, pp. 61-78.
- NIVARD Carole, « L'effet direct de la Charte sociale européenne devant le juge administratif – Retour sur la question évolutive de l'effet direct des sources internationales », *RDLF*, 2016, chron., n° 22.
- NIVARD Carole, « Le rôle des juges nationaux dans l'application de la Charte sociale européenne en France », *Europe des droits & libertés/Europe of Rights & Liberties*, mars 2020, pp. 87-96.
- NOVIELLO Laetitia, « Les contraintes du soin sous contrainte », *Le lien social*, 2017, n° 1207, pp. 14-15.
- OLECH Valérie, « Quand le Conseil d'État fragilise le secret professionnel médical au nom de la sécurité carcérale », *Revue Droit & Santé*, 2014, n° 60, pp. 1455-1458.
- OLECH Valérie, « Soins médicaux en milieu carcéral : confusion des rôles et partage des secrets », *Revue Droit & Santé*, 2015, n° 63, pp. 96-99.
- OBRECHT Olivier, « Accès aux soins des personnes détenues : du droit à la pratique », *Actualité et dossier en santé publique*, 2003, n° 44, pp. 44-45.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, Coordination Île-de-France, « Délais d'attente exorbitants pour les consultations médicales », *Dedans Dehors*, 2014, n° 86, p. 35.
- OBSERVATOIRE INTERNATIONAL DES PRISONS, section française, « Actions collectives réprimées, expression bridée : pour des droits collectifs en prison », *Dedans Dehors*, n° 114, mars 2022.
- PANFILI Jean-Marc, « Le libre choix du médecin en psychiatrie. Condition indispensable du consentement aux soins », *Vie sociale et traitements*, 2012, n° 116, pp. 103-106.

- PANFILI Jean-Marc, « L'hospitalisation sans consentement des détenus atteints de troubles mentaux : un dispositif incertain et controversé », *Revue Droit, déontologie et soin*, 2013, pp. 9-15.
- PANFILI Jean-Marc, « La certification par la HAS et la protection des libertés en santé mentale : une expertise revendiquée, mais une crédibilité à renforcer », *Revue Droit & Santé*, 2016, n° 74, pp. 849-860.
- PAPILLON Salomé, « Isolement et contention : le rôle du juge des libertés et de la détention depuis la loi du 22 janvier 2022 », *RDSS*, 2022, p. 693.
- PASTRE-BELDA Béatrice, « La surpopulation carcérale française enfin condamnée à Strasbourg », *JCP*, n° 06, act. 154, 10 février 2020.
- PÉCHILLON Éric, « L'activité des établissements pénitentiaires soumise à un contrôle plus rigoureux du juge administratif », *AJ Pénal*, 2008, p. 100.
- PÉCHILLON Éric, « À propos de l'obligation à la charge de l'État de prendre des mesures propres à protéger la vie des détenus », *AJ Pénal*, 2009, p. 86.
- PÉCHILLON Éric, « Regard d'un administrativiste sur la loi du 24 novembre 2009 », *AJ Pénal*, 2009, p. 473.
- PÉCHILLON Éric, « Le droit des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) : la création progressive de zones pénitentiaires dans les hôpitaux psychiatriques, *AJ Pénal*, 2010, p. 322.
- PÉCHILLON Éric, « Le pouvoir médical face au refus de consentement : un savant dosage effectué par le juge des référés », *JCP A*, 2012, n° 40, p. 2331.
- PÉCHILLON Éric, « Fouilles systématiques des détenus : le Conseil d'État encadre le recours aux réglementations locales », *AJ pénal*, 2013, p. 497.
- PÉCHILLON Éric, « Hospitalisation psychiatrique provisoire sans consentement à la demande du maire : la Cour de cassation complique encore un peu plus le dispositif de police administrative de soins sous contrainte », *JCP A*, 7 juillet 2014, n° 2211.
- PÉCHILLON Éric, « La responsabilité administrative de l'établissement pratiquant du soin psychiatrique », *Droit et psychiatrie*, 2014, n° 12, pp. 73-85.
- PÉCHILLON Éric, « Hospitalisation pour péril imminent, tout faire pour prévenir un proche », *Santé mentale*, janvier 2015, n° 194, p. 6.
- PÉCHILLON Éric, DUJARDIN Valériane, « Vie affective et sexuelle en établissement psychiatrique », *Santé Mentale*, mai 2016, n° 206, pp. 10-11.
- PÉCHILLON Éric, RENARD Stéphanie, « Le droit de vote des personnes hospitalisées en psychiatrie », *Santé Mentale*, mars 2017, n° 216, p. 12.
- PÉCHILLON Éric, « En psychiatrie, peut-on refuser à un patient de recevoir du courrier? », *Santé Mentale*, novembre 2017, n° 222, p. 6.
- PÉCHILLON Éric, « Hopsyweb, circulez, il n'y a rien à voir », *Santé mentale*, avril 2020, n° 247, p. 7.
- PÉDROT Philippe, « Détenus. Accès aux soins. Phase terminale », *RDSS*, 1997, p. 167.
- PÉDROT Philippe, « Libre propos sur la démocratie sanitaire », *LPA*, 2002, n° 122, p. 5.
- PELJAK Dominique, « Empowerment en santé mentale : pour une évolution du droit sanitaire français, *RFAS*, 2016, n° 2, pp. 75-88.
- PERRIN-NIQUET Annick, « Le secret professionnel dans les soins infirmiers en psychiatrie », *L'information psychiatrique*, 2015, vol. n° 91, pp. 651-656.

- PERRIN Julie, « Présentation du principe de l'accès au soin des détenus consacré par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 », *Revue Droit & Santé*, 2010, n° 35, pp. 258-260.
- PETITJEAN François, LEGUAY Denis, « Sectorisation psychiatrique : évolution et perspectives », *Annales médico-psychologiques*, 2002, n° 160, pp. 786-793.
- PETTITI Louis-Edmond, « Les droits du détenu et la Convention européenne des droits de l'homme », *RPDP*, 1981, pp. 317-349.
- PINATEL Jean, « Chronique pénitentiaire », *Revue de science criminelle et droit pénal comparé*, 1946, pp. 142-143.
- PINATEL Jean, « La crise pénitentiaire », *L'année sociologique*, 1973, pp. 13-67.
- PINATEL Jean, « Philosophie carcérale, technologie politique et criminologie clinique », *RSC*, 1975, p. 757.
- PLICHART Philippe, GOLSE Anne, « Psychiatrie en prison, une clinique aux limites », *RFAS*, 1997, n° 1, pp. 161-175.
- PONCELA Pierrette, « La responsabilité du service public pénitentiaire à l'égard de ses usagers détenus », *RSC*, 2000, p. 232.
- PONCELA Pierrette, « La crise du logement pénitentiaire », *RSC*, 2008, p. 972.
- PONCELA Pierrette, « Quelques aspects du respect de la dignité en droit de l'exécution des peines », *RSC*, 2010, p. 645.
- PONSEILLE Anne, « Le droit de la personne malade au respect de sa dignité », *RGDM*, 2003, n° 11, pp. 159-178.
- PONSEILLE Anne, « Expertises médicales et suspension de peine pour raison médicale de l'article 720-1-1 du Code de procédure pénale », *Revue Droit & Santé*, 2010, n° 35, pp. 415-422.
- PONSEILLE Anne, « Plaidoyer pour la création de la suspension de détention provisoire pour raison médicale : entre nécessité et inutilité », *Revue Droit & Santé*, 2011, n° 42, pp. 248-253.
- PONSEILLE Anne, « Détenu malade et loi du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales : remise en liberté pour motif médical », *Revue Droit & Santé*, 2014, n° 62, pp. 1673-1679.
- PONSEILLE Anne, « Prise en considération de l'état de santé de la personne suspectée ou condamnée par la loi n° 2014-896 du 15 août relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales », *RSC*, 2014, p. 729.
- PONSEILLE Anne, « La santé – règles commentées 117 à 120 », *in* GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel (dir.), *L'élaboration d'un droit de la privation de liberté*, Paris, LexisNexis, 2020, pp. 418-443.
- PONSEILLE Anne, « Les mesures de libération pour raison médicale de personnes détenues : quelle(s) évolution(s) ?, *Revue Droit & Santé*, 2021, n° 100, p. 190.
- PORTE-FAURENS Annabelle, « Dossier médical, es-tu là ? », *Revue Droit & Santé*, n°119, 2024, pp. 395-397.
- PRADEL Jean, « La condition civile du malade », *Revue internationale de droit comparé*, avril-juin 1964, vol. 16, n° 2, pp. 458-461.
- PRADEL Jean, « La santé du détenu », *RSC*, 1974, pp. 269-293.
- PRADEL Jean, « Une double révolution en droit pénal français avec la loi du 25 février 2008 sur les criminels dangereux », *D.*, 2008, p. 1000.

- PRIEUR Stéphane, « Les droits des patients dans la loi du 4 mars 2002 », *RGDM*, 2002, n° 8, pp. 119-136.
- PRIEUR Stéphane, « L'encadrement juridique des soins psychiatriques sans consentement : réflexion sur une réforme controversée », *RGDM*, 2011, n° 40, pp. 197-210.
- PRIMEVERT Marion, « Légitimité et office du juge », in LUNEL Alexandre (dir.), *Folie et déraison : regards croisés sur l'évolution juridique des soins psychiatriques en France, Pouvoir, santé et société, actes et séminaires*, Bordeaux, LEH, 2015, pp. 191-200.
- PSYCOM, « Soins somatiques et psychiatrie », *Soins, Accompagnement et Entraide*, décembre 2019.
- PY Bruno, « Les frontières du droit pénal médical », *RPDP*, 2011, pp. 349-358.
- PY Bruno, « Secret professionnel : le syndrome des assignats ? », *AJ Pénal*, 2004, pp. 133-141.
- PY Bruno, « Urgence médicale, état de nécessité et personne en péril », *AJ pénal*, 2012, p. 384.
- PY Bruno, « Réquisitoire contre l'expression de secret médical : plaidoyer pour l'expression de secret professionnel », *Revue Droit & Santé*, 2013, Hors série, n° 50, p. 164.
- PY Bruno, « Quand la jurisprudence sur le secret professionnel répond aux deux questions suivantes : sur qui et sur quoi ? », *Revue Droit & Santé*, n°121, 2024, p. 681-684
- QUÉGNINEUR Anthony, « Protéger, c'est prévoir », *Champ social*, coll. Le Sociographe, 2015, n° 50, pp. 93-104.
- RAOUL-CORMEIL Gilles, « « La protection juridique avec représentation relative à la personne » ou le renvoi trop discret à l'article 459, alinéa 2, du Code civil : Hommage à Jacques Massip (1925-2023), *Gaz. Pal*, 2024, Hors série n° 1, pp. 26-29.
- REDOR-FICHOT Marie-Joëlle, « L'article 66 de la Constitution, le juge administratif et la protection des droits du malade mental », *Droit et psychiatrie*, 2012, n° 12, pp. 29-45.
- REIMERINGER Céline, GAUTIER Samuel, « Dix ans de loi Kouchner : funeste anniversaire de la suspension de peine médicale », *Dedans Dehors*, 2012, n° 76, pp. 10-14.
- RENNEVILLE Marc, « Psychiatrie et prison : une histoire parallèle », *Annales médico-psychologiques*, 2004, pp. 653-656.
- ROBERT Dominique, FRIGON Sylvie, « La santé comme mirage des transformations carcérales », *Déviance et Société*, 2006, vol. 30, n° 3, pp. 305-322.
- ROCHE-FRISON Marie-Anne, « Remarques sur la distinction de la volonté et du consentement en droit des contrats », *RTD Civ.*, juill-sept. 1995, pp. 573-574.
- ROSSINELLI Gérard, « Droit et santé mentale », *L'information psychiatrique*, 2005, vol. 81, n° 7, pp. 657-660.
- ROTILY Michel et al., « Les besoins de santé des détenus et les pathologies spécifiques : hépatites virales et infection à VIH », *RFAS*, 1997, n° 1, pp. 103-108.
- ROUSSEAU Élisabeth, « La prise en charge sanitaire des détenus », *Actualité et dossier en santé publique*, 1995, n° 11, pp. 2-5.

- SAISON Johanne, BOUGHRIER Nora, « Les notes personnelles des médecins : un point d'incertitude dans la détermination du contenu transmissible du dossier », *RGDM*, 2014, n° 53, pp. 43-48.
- SALOMEZ Jean-Louis, « La santé en prison : une préoccupation très récente », *Contact Santé*, 2007, n° 222, pp. 40-41.
- SAUVAT Christophe, « Précision normative sur le droit à la santé », *RLDC*, 2006, n° 24, pp. 53-58.
- SCHMITZ Julia, « Le juge administratif des référés dans l'urgence sanitaire des prisons », *AJDA*, 2020, p. 1298.
- SCHMITZ Julia, « La doctrine panoptique du Contrôleur général des lieux de privation de liberté : l'émergence d'un nouveau contrôle des conditions de détention », *in* NIQUÈGE Sylvain (dir.), *Le contentieux de la dignité des conditions de détention*, Paris, Mare & Martin, 2023, pp. 19-36.
- SEILLER Bernard, « Acte administratif : identification », *Répertoire de contentieux administratif*, n° 306.
- SENNA Éric, « La qualité des conditions de détention », *Gaz. Pal*., 2013, p. 21.
- SENNA Éric, « Le référé-liberté dans le domaine pénitentiaire : un pas en avant, un pas en arrière », *Gaz. Pal*., 2017, pp. 26-28.
- SENNA Éric, « Les modalités de contrôle » *in* GALLARDO Eudoxie, GIACOPELLI Muriel (dir.)*, L'élaboration d'un droit de la privation de liberté, Étude autour des Recommandations minimales du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté*, Paris, LexisNexis, 2020, p. 31.
- SENON Jean-Louis, JONAS Carol, « Protection de la personne. Droits des patients en psychiatrie », *Médecine & Droit*, 2005, n° 71, pp. 33-49.
- SENON Jean-Louis, JONAS Carol, « Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », *Annales médico-psychologiques*, 2012, pp. 211-215.
- SENON Jean-Louis, MANZANERA Cyril, « Psychiatrie et justice pénale : à la difficile recherche d'un équilibre entre soigner et punir », *AJDP*, 2005, p. 353.
- SENON Jean-Louis, MANZANERA Cyril, « Troubles mentaux et prison », *AJ Pénal*, 2007, p. 155.
- SENON Jean-Louis, RICHARD Denis, « Punir ou soigner : histoire des rapports entre psychiatrie et prison jusqu'à la loi de 1994 », *RPDP*, 1999, pp. 97-110.
- SENON Jean-Louis, « Réglementation et structure de l'intervention psychiatrique en milieu pénitentiaire depuis la loi du 18 janvier 1994 », *RSC*, 1998, pp. 509-521.
- SENON Jean-Louis, « Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité », *Annales Médico-Psychologiques*, 2004, n° 162, pp. 646-652.
- SENON Jean-Louis, « Droit des patients en psychiatrie », *EMC Psychiatrie*, 2004, pp. 107-127.
- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Naissance du droit de la santé mentale : de l'Antiquité à la première loi », *Revue Droit & Santé*, 2017, n° 76, pp. 148-159.
- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Soins psychiatriques sans consentement aux détenus : une compétence préfectorale partagée », *Revue Droit & Santé*, 2019, n° 90, pp. 678-681.

- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Le programme de soins n'est qu'une modalité de soins au sein d'une mesure administrative justiciable », *Revue Droit & Santé*, 2020, n° 93, p. 141.
- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Précisions sur le cadre juridique des mesures d'isolement et de contention », *Revue Droit & Santé*, 2022, n° 108, pp. 508-512.
- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Nouvelle étape constitutionnelle au sujet de l'isolement et de la contention en psychiatrie », *Revue Droit & Santé*, 2023, n° 114, pp. 649-652.
- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Soins psychiatriques sans consentement : qualité de partie et droit au recours », *Revue Droit & Santé*, n°118, 2024, pp. 242-244.
- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Changement de modalités de soins psychiatriques contraints et recours », *Revue Droit & Santé*, n°119, 2024, pp. 444-446.
- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Soins psychiatriques sans consentement : l'impartialité du juge », *Revue Droit & Santé*, n°121, 2024, pp. 713-715.
- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Soins psychiatriques sans consentement : point de départ du délai pour statuer en appel », *Revue Droit & Santé*, n°121, 2024, pp. 715-716.
- SFERLAZZO-BOUBLI Karine, « Contrôle d'une mesure d'isolement : la minute compte », *Revue Droit & Santé*, n°121, 2024, pp. 716-718.
- SIMON Anne, « La vulnérabilité du détenu », *in* TOURNIER Pierre-Victor (dir.), *Dialectique carcérale. Quand la prison s'ouvre et résiste au changement*, Paris, L'Harmattan, coll. Champ pénitentiaire, 2012, pp. 35-48.
- SIMON Anne, « Les conditions de détention en France. Rapport 2011 de l'Observatoire international des prisons », *RSC*, 2012, p. 770.
- SIMON Anne, « La prison comme lieu de soins. Ambitions théoriques et difficultés pratiques », *in* CÉRÉ Jean-Paul, GRÉGOIRE Ludivine (dir.), *Dix ans d'application de la loi pénitentiaire. Bilan et perspectives*, Paris, L'Harmattan, 2021, pp. 53-72.
- SIMON Anne, « Respect de la dignité des personnes incarcérées : vers un nouveau partage des compétences et des responsabilités », *in* ZIENTARA-LOGEAY Sandrine (dir.), *Les conditions de détention, condition de la détention*, Issy-les-Moulineaux, LexisNexis, 2021, pp. 231-242.
- SIMONI Cécile-Marie, « La loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 : vers de nouveaux droits pour les détenus », *AJDA*, 2010, p. 494.
- RENAULT Emmanuel, « Mépris social et souffrance psychique », *in* PIDOLLE Alain, THIRY-BOUR Carole, *L'information psychiatrique*, Toulouse, Érès, coll. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 2003, pp. 41-51.
- TCHEN Vincent, « Les droits fondamentaux du détenu à l'épreuve des exigences du service public pénitentiaire », *RFDA*, 1997, n° 3, p. 597.
- THÉRON Sophie, « Réflexions autour d'une institution singulière : l'infirmerie psychiatrique de la Préfecture de police de Paris », *RDSS*, 2009, p. 1061.
- THÉRON Sophie, « De quelques remarques sur l'évolution attendue de la prise en charge de la maladie mentale : l'instauration de soins ambulatoires sans consentement », *RDSS*, 2010, p. 1088.
- THÉRON Sophie, « La loi du 27 septembre 2013 : une révision partielle du régime des soins psychiatriques », *RDSS*, 2014, p. 133.

- THÉRON Sophie, « Les urgences psychiatriques en établissement », *RDSS*, 2014, p. 707.
- THÉRON Sophie, « Regards critiques sur une modalité ambivalente de soins psychiatriques : les soins ambulatoires sans consentement », *in* LAUDE Anne (dir.), *Consentement et santé*, Paris, Dalloz, coll. Thèmes et commentaires, 2014, pp. 205-218.
- THÉRON Sophie, « La loi du 5 juillet 2011 : des modalités de soins élargies, une protection équivoque du droit des malades », *in* REDOR-FICHOT Marie-Joëlle, LARRALDE Jean-Manuel (dir.), *Droit et psychiatrie,* Cahiers de la recherche sur les droits fondamentaux, 2014, n° 12, pp. 11-18.
- THÉRON Sophie, « Le parcours du patient en psychiatrie et santé mentale : quelles singularités ? », *RDSS*, 2021, p. 405.
- THÉRON Sophie, « Les constats du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatifs à la situation des personnes accueillies en établissement de santé mentale : un respect lacunaire des droits dans un contexte de crise profonde de la démographie médicale et soignante », *RDGM*, n° 89, décembre 2023, pp. 15-53.
- THIERY Jean-Baptiste, « Révocation d'une suspension de peine pour motif médical : l'enjeu des expertises », *AJ Pénal*, 2005, p. 33.
- THIERY Jean-Baptiste, « L'influence du contrôleur général sur les soins sans consentement », *AJ Pénal*, 2017, p. 426.
- THOËR Christine, « Internet : un facteur de transformation de la relation médecin-patient ? », *Communiquer*, 2013, n° 10, pp. 1-24.
- TINLAND Aurélie, LOUBIERE Sandrine, MOUGEOT Frédéric, et al. « Effet des directives préalables en psychiatrie facilitées par des pairs aidants sur l'admission obligatoire chez les personnes atteintes de maladie mentale : un essai clinique randomisé », *JAMA Psychiatrie*, n° 79, 2022, pp. 752–759.
- TOUITOU-BURCKARD Esther, GANDRÉ Coralie, COLDEFY Magali, « Isolement et contention en psychiatrie en 2022 : un panorama inédit de la population concernée et des disparités d'usage entre établissements », *Question d'économie de la santé*, n° 286, février 2024.
- TRUCHET Didier, « Malades mentaux », *Répertoire de droit civil*, Dalloz, actualisation juin 2023.
- TRAULLE Émilie, WARBROUCK Annabelle, MANAOUIL Cécile, « La suspension de peine pour raison médicale, *Médecine et Droit*, 2006, n° 79-80, pp. 142-146.
- TREGUER Michèle, « La santé des personnes détenues, les enjeux d'une réforme de santé publique », *Revue du Soignant en santé publique*, 2009, vol. 4, n° 29, pp. 10-14.
- TROUILLARD PERROT Michel, « La santé "carcéralisée" : gestion de soi et chronicité pénitentiaire », *Nouvelle revue de psychologie*, 2007, n° 4, pp. 41-57.
- TULKENS Françoise, VOYATZIS Panayotis, « Le droit à la santé en prison. Les développements de l'article 3 de la Convention européenne des droits de l'homme », *RDPC*, 2009, p. 364.
- TULKENS Françoise, « Les droits de l'homme en détention », *RSC*, 2001, p. 881.
- UNAPEI, « Stérilisation des personnes handicapées mentales », *Contraste*, 2005, n° 22-23, p. 273.
- VACHERET Marion, LAFORTUNE Denis, « Prisons et santé mentale, les oubliés du système », *Déviance et Société*, 2011, vol. 35, n° 4, pp. 485-501.

- VAILLANT Juliette, « Les droits des personnes en santé mentale : aujourd'hui et demain », *RGDM*, n°90, 2024, pp. 17-21.
- VAN DER BOGAARD Claire, « Quand le sécuritaire le dispute au sanitaire », *Le passe-murailles*, 2011, n° 28, pp. 43-45.
- VAN DER BOGAARD Claire, « Du droit à la santé à l'obligation de soins », *Le passe-murailles*, 2011, n° 28, pp. 78-80.
- VAN DEN BRINK Hélène, « Quelle place pour les représentants de malades usagers dans la refonte du système de santé en France ? », *in* DUSSART Claude et al. (dir.), *De la démocratie sanitaire à la démocratie en santé*, vol.2, Bordeaux, LEH, 2019, pp. 13-24.
- VASSEUR Véronique, « Engagement éthique d'un médecin en prison », *Espace éthique, la lettre*, 2000, n°12-13-14, été-automne, p. 44.
- VELPRY Livia, RHENTER Pauline, « La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement », *Regards sur l'actualité*, Paris, La Documentation Française, 2011, n° 374, pp. 68-83.
- VÉRON Paul, « Contrôle du placement d'un patient psychiatrique en "unité pour malades difficiles" : compétence du juge judiciaire », *RDGM*, n° 89, décembre 2023, pp. 31-40.
- VIALETTES Maud, GROSSET Marie, « L'unification du contentieux de l'hospitalisation sans consentement. De quelques questions posées par sa mise en œuvre au 1er janvier 2013 », *JCP*, Étude n° 157.
- VIALLA François, « Sentiments, vie privée, vie affective, vie sexuelle et institution sanitaire ou médicosociale », *Revue Droit & Santé*, 2012, n° 45, pp. 23-25.
- VIALLA François, « Vie privée et vie sexuelle en institution, on n'est pas des anges », *in* GIRER Marion, *Les dessous de la sexualité*, Jurisassociations, n° 530, décembre 2015, pp. 17-19.
- VIALLA François, « Fou à lier », *RGDM*, n°90, 2024, pp. 23-54.
- VIGOUROUX Christian, « La valeur de la justice en détention », *AJDA*, 2009, p. 403.
- VILLERMÉ Louis-René, « Mémoire sur la mortalité des prisons », *Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, 1829, série 1, n° 1, pp. 2-100.
- VIOUJAS Vincent, « Les sorties d'essai des patients hospitalisés d'office en psychiatrie : à la recherche d'un équilibre en réinsertion des patients et protection de la société », *RGDM*, 2010, n° 36, pp. 267-290.
- VIOUJAS Vincent, « Les soins psychiatriques aux détenus : des modifications mineures pour une problématique de santé publique majeure », *RDSS*, 2011, p. 1071.
- VIOUJAS Vincent, « Les unités pour malades difficiles : de l'ombre au clair-obscur », *RDSS*, 2016, p. 499.
- VIOUJAS Vincent, « Les angles morts du contrôle judiciaire des mesures de soins psychiatriques sans consentement », *RDGM*, n° 89, décembre 2023, pp. 15-30.
- VIRIOT-BARRIAL Dominique, « Le renforcement du droit à la santé du détenu par la loi pénitentiaire du 24 novembre 2009 », *Gaz. Pal.*, 2010, n° 177, pp. 18-19.
- VIRIOT-BARRIAL Dominique, « Consentement et injonction de soins », *RPDP*, 2010, p. 293.

- VIRIOT-BARRIAL Dominique, « Consentement et soins pénalement ordonnés au regard de la contractualisation de la justice pénale », *in* LAUDE Anne (dir.), *Consentement et santé*, éd. Dalloz, 2014, pp. 243-262.
- ZARIFAN Édouard, « Les fondements du soin en psychiatrie », *in* PIDOLLE Alain, THIRY-BOUR Carole, *L'information psychiatrique*, Toulouse, Érès, coll. Études, recherches, actions en santé mentale en Europe, 2003, pp. 27-36.
- ZIELINSKI Agatha, « L'éthique du *care*. Une nouvelle façon de prendre soin », *Études*, vol. tome 413, n° 12, 2010, pp. 631-641.

VI - Rapports, études et avis

- ALBRAND Louis (dir.), *La prévention du suicide en milieu carcéral*, Rapport au Garde des Sceaux, janvier 2009.
- AMOR Paul, *Rapport annuel de l'administration pénitentiaire (1946)*, Conseil supérieur de l'administration pénitentiaire, 1946.
- ASSEMBLÉE NATIONALE, *Rapport sur le projet du Code pénal*, présenté à l'Assemblée nationale, au nom des comités de Constitution et de législation criminelle, par L-M. LE PELLETIER DE SAINT-FARGEAU, séance du 23 mai 1791.
- BARBIER Gilbert, DEMONTÈS Christiane, LECERE Jean-René, MICHEL Jean-Pierre ; Rapport d'information n° 434, « *Prison et troubles mentaux : Comment remédier aux dérives du système français ?* », 5 mai 2010.
- BLANC Étienne, *Rapport d'information n° 1811 sur la prise en charge sanitaire, psychologique et psychiatrique des personnes majeures placées sous main de justice*, 8 juillet 2009.
- BRUNET-LUDET Cécile, *Le droit d'expression collective des personnes détenues*, Rapport remis à la DAP, Paris, février 2010.
- CHODORGE Gilbert, NICOLAS Guy, *Santé en milieu carcéral. Rapport sur l'amélioration de la prise en charge sanitaire des détenus*, Paris, Ecole nationale de la santé publique, coll. Avis et rapports du HCSP,1993, 127 p.
- CLERY-MERIN Philippe, KOVESS-MASFETY Viviane, PASCAL Jean-Charles, *Plan d'action pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale*, ministère de la Santé, de la famille, et des personnes handicapées, septembre 2003.
- COHEN Laurence, GIUDICELLI Colette, MICOULEAU Brigitte, *Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur les unités hospitalières spécialement aménagées*, 5 juillet 2017.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE, *La contraception chez les personnes handicapées mentales*, Avis n° 49 du 3 avril 1996.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE, *Refus de traitement et autonomie de la personne*, Avis n° 87 du 14 avril 2005.

- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE, *La santé et la médecine en prison*, Avis n° 94 du 26 octobre 2006.
- COMITÉ CONSULTATIF NATIONAL D'ÉTHIQUE, *Questions éthiques soulevées par une possible pandémie grippale*, Avis n° 106 du 5 février 2009.
- COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Deuxième rapport général d'activités* (1er au 31 décembre 1991), Strasbourg, 13 avril 1992.
- COMITÉ EUROPÉEN POUR LA PRÉVENTION DE LA TORTURE ET DES PEINES OU TRAITEMENTS INHUMAINS OU DÉGRADANTS, *Rapport au Gouvernement de la République française relatif à la visite effectuée en France par comité européen pour la prévention de la torture et des peines ou traitements inhumains ou dégradants du 28 novembre au 10 décembre 2010.*
- COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur les premiers effets de la réforme des soins psychiatriques sans consentement sur les droits des malades mentaux*, 22 mars 2012.
- COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE DES DROITS DE L'HOMME, *Avis sur le consentement des personnes vulnérables*, 16 avril 2015.
- COMPAGNON Claire, GHADI Véronique, *Pour l'an II de la démocratie sanitaire*, Rapport à la ministre des Affaires sociales, de la Santé et des droits des femmes, 2014.
- CONSEIL D'ÉTAT, *Rapport public 1998. Réflexions sur le droit à la santé*, Paris, La documentation française.
- CONSEIL ÉCONOMIQUE, SOCIAL ET ENVIRONNEMENTAL, *Fin de vie : la France à l'heure des choix*, avril 2018.
- CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS, *Les soins et les injonctions de soins en milieu pénitentiaire et leurs conséquences sur la situation pénale de l'intéressé*, 2008.
- CONSEIL NATIONAL DU SIDA ET DES HÉPATITES VIRALES, *Avis suivi de recommandations sur la prévention, le dépistage et le traitement de l'hépatite C chez les personnes détenues*, 26 septembre 2019.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de visite UHSI de Marseille*, janvier 2009.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Recommandations du 15 février 2011 relatives à l'infirmerie psychiatrique de la préfecture de Paris.*
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office*, JORF n° 0067 du 20 mars 2011, Texte n° 39.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 17 janvier 2013 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif aux séjours injustifiés en unités pour malades difficiles*, JORF n° 0030 du 5 février 2013, Texte n° 85.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 20 juin 2011 relatif à l'accès à l'informatique des personnes détenues*, JORF n° 0160 du 12 juillet 2011, Texte n° 82.

- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 13 juin 2013 relatif à la possession des documents personnels par les personnes détenues et à l'accès de celles-ci aux documents communicables*, JORF n° 0159 du 11 juillet 2013, Texte n° 86.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 16 juin 2015 relatif à la prise en charge des personnes détenues au sein des établissements de santé*, JORF n° 0162 du 16 juillet 2015, Texte n° 148.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 22 décembre 2016 relatif au travail et à la formation professionnelle dans les établissements pénitentiaires,* JORF n° 0034 du 9 février 2017, Texte n° 99.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de visite du centre hospitalier spécialisé Georges Daumézon à Orléans,* février 2017.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de visite du pôle psychiatrie-addictions du centre hospitalier universitaire Henri Mondor à Créteil*, janvier 2018.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de visite : 10 et 11 avril 2018 et 21 mars 2019 – 2ème visite Infirmerie psychiatrique de la préfecture de police de Paris*, 2019.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de la 2ème visite du Centre de détention de Salon-de-Provence,* juin 2019.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 14 octobre 2019 relatif à la prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux*, JORF n° 0271 du 22 novembre 2019, Texte n° 136.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de synthèse des visites relatif à la prise en charge sanitaire des personnes détenues dans les établissements de santé,* janvier-décembre 2019.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 12 décembre 2019 relatif à l'accès à Internet dans les lieux privatifs de liberté*, JORF n° 0031 du 6 janvier 2020, Texte n° 110.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de la 2ème visite du CP de Marseille-Les-Beaumettes*, mars 2020.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Recommandations minimales du Contrôleur général des lieux de privation de liberté pour le respect de la dignité et des droits fondamentaux des personnes privées de liberté*, JORF du 4 juin 2020, Texte n° 88.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 23 avril 2020 relatif à la défense dans les lieux de privation de liberté*, JORF n° 0156 du 25 juin 2020, Texte n° 130.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de la 2ème visite de la maison d'arrêt d'Auxerre*, janvier 2021.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Rapport de visite du CHU de Nîmes*, avril 2021.

- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Avis du 11 février 2022 relatif à l'interprétariat et à la compréhension des personnes privées de libertés*, JORF n° 0102 du 3 mai 2022, Texte n° 112.
- CONTRÔLEUR GÉNÉRAL DES LIEUX DE PRIVATION DE LIBERTÉ, *Recommandations en urgence du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 30 juin 2022 relatives au centre pénitentiaire de Bordeaux-Gradignan (Gironde)*, JORF du 13 juillet 2022, Texte n° 173.
- COUR DES COMPTES, *Rapport public annuel 2014*, Tome I, vol.1-1 « La santé des personnes détenues ».
- COUTY Édouard, *Missions et organisation de la santé mentale et de la psychiatrie*. Rapport à la ministre de la Santé et des Sports, 2009.
- DÉFENSEUR DES DROITS, *Avis 13-06 du 11 juillet 2013 relatif aux soins sans consentement en psychiatrie : Proposition de loi n° 1223 relative aux soins sans consentement en psychiatrie*.
- DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport annuel d'activité 2019*, (en ligne).
- DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport annuel d'activité 2020*, (en ligne).
- DÉFENSEUR DES DROITS, *Rapport annuel d'activité 2021*, (en ligne).
- DINI Muguette, *Rapport n° 487 relatif au projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*, 3 mai 2011.
- DUBURCQ Anne, COULOMB Sandrine, BONTE Juliette et al., *Enquête de prévalence sur les troubles psychiatriques en milieu carcéral pour le ministère de la Santé et le ministère de la Justice*, décembre 2004.
- GAUTRON Virginie (dir.), *(Se) soigner sous la contrainte : une étude du dispositif de l'injonction de soin*, Rapport final, Recherche réalisée avec le concours de la Mission de recherche Droit et Justice, Juin 2017.
- GÉLARD Patrice, *Rapport sur les autorités administratives indépendantes*, Office parlementaire d'évaluation de la législation, 2005.
- GOUJON Philippe, GUATIER Charles, Rapport d'information au Sénat n° 420, « *Les délinquants dangereux atteints de troubles psychiatriques : comment concilier la protection de la société et une meilleure prise en charge médicale ?* », 22 juin 2006.
- HAMMOUCHE Brahim, FIAT Caroline, WONNER Martine, *Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission relative à l'organisation de la santé mentale*, 18 septembre 2019.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Recommandations sur les modalités de prise de décisions concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*, avril 2005.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Recommandations – Éducation thérapeutique du patient, Définitions, finalités et organisation*, juin 2007.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur, Rapport d'orientation de la commission d'audition*, mars 2011.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Événement indésirable associé aux soins (EIAS), Sécurité du patient – Gérer les risques*, octobre 2014.

- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Isolement et contention en psychiatrie générale - Recommandation de bonne pratique*, février 2017.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *La médiation en santé pour les personnes éloignées des systèmes de prévention et de soins. Référentiel de compétences, de formation, et de bonnes pratiques*, octobre 2017.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Soutenir et encourager l'engagement des usagers dans les secteurs social, médicosocial et sanitaire*, Guide méthodologique, juillet 2020.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Programme de soins psychiatriques sans consentement, Les bonnes pratiques*, mars 2021.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Grande précarité et troubles psychiques. Comment intervenir auprès des personnes en situation de grande précarité présentant des troubles psychiques*, septembre 2021.
- HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ, *Revue de mortalité et de morbidité (RMM), Recommander les bonnes pratiques*, février 2022.
- HAUT CONSEIL DE LA SANTÉ PUBLIQUE, *Avis relatif à la santé sexuelle et reproductive*, 2 mars 2016.
- HYEST Jean-Jacques, CABANEL Guy-Pierre, *Rapport n° 449 de la commission d'enquête du Sénat sur les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires*, 28 juin 2000.
- INPES, *État des lieux et recommandations sur l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire. Enquête nationale auprès des professionnels de santé sur les conditions de réalisation de l'éducation pour la santé en milieu pénitentiaire*, juin 2012.
- INSPECTION GÉNÉRALE DE LA JUSTICE, *Évaluation des unités hospitalières spécialement aménagées (UHSA) pour les personnes détenues*, décembre 2018.
- JOMIER Bernard, DEROCHE Catherine, *Rapport sur la situation de l'hôpital et le système de santé en France*, Rapport remis au Sénat le 29 mars 2022, n° 587.
- LEBOUCHER Azilil, FLEURY Cynthia, *Les méthodes de contention en psychiatrie : état de l'art* – Travail préparatoire au projet « De la contention involontaire au sujet se contenant », CNAM et GHU Paris, juillet 2021.
- LOPEZ Alain, TURAN-PELLETIER Gaëlle, *Organisation et fonctionnement du dispositif de soins psychiatriques, 60 ans après la circulaire du 15 mars 1960*, Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales, Tome 1, novembre 2017.
- MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ, MINISTÈRE DE LA JUSTICE, *Stratégie santé des personnes placées sous main de justice* (PPSMJ), avril 2017.
- MINISTÈRE DE LA JUSTICE, MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Guide méthodologique relatif à la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice*, janvier 2019.
- MINISTÈRE DE L'INTÉRIEUR, *Éléments de réponse à la recommandation formulée par Madame la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté dans le rapport définitif rédigé au terme des visites des 10 et 11 avril 2018 et du 21 mars 2019*, 3 octobre 2019.
- MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ, *Feuille de route Santé mentale et psychiatrie. Comité Stratégique de la Santé Mentale et de la Psychiatrie*, 28 juin 2018.

- MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE LA SANTÉ ET DES SOLIDARITÉS, *Santé mentale et psychiatrie. Mise en œuvre de la feuille de route. État d'avancement au 1er mars 2024*, mai 2024.
- OBSERVATOIRE IINTERNATIONAL DES PRISONS, section française, *La santé incarcérée. Enquête sur l'accès aux soins spécialisés en prison*, juillet 2022.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Rapport mondial sur la violence et la santé*, 2002.
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Plan d'action pour la santé mentale 2013-2020.*
- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ, *Treizième programme général de travail, 2019-2023 – Promouvoir la santé, Préserver la sécurité mondiale, Servir les populations vulnérables.*
- ROBILIARD Denys, *Rapport d'information déposé par la commission des affaires sociales en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie,* Assemblée nationale, 18 décembre 2013.
- ROELANDT Jean-Luc, *La démocratie sanitaire dans le champ de la santé mentale. La place des usagers et le travail en partenariat dans la cité*, Rapport remis au ministre délégué à la santé, 12 avril 2002.
- UNAFAM, *La pratique des commissions départementales des soins psychiatriques au service du respect des droits fondamentaux en psychiatrie vue à travers leurs rapports annuels d'activité*, mars 2021.
- WRESINSKI Joseph, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », JORF du 28 février 1987.

VII – Textes

Textes internationaux et européens

- Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne du 7 décembre 2000.
- Charte des Nations-Unies du 26 juin 1945.
- Charte d'Ottawa du 21 novembre 1986.
- Convention européenne des droits de l'Homme et des libertés fondamentales du 4 novembre 1950.
- Convention relative aux Droits des Personnes Handicapées du 13 décembre 2006.
- Déclaration des droits du déficient mental du 20 décembre 1971.
- Déclaration universelle des droits de l'Homme du 10 novembre 1948.
- Pacte international relatif aux droits civils et politiques du 16 décembre 1966.
- Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels du 16 décembre 1966.
- Recommandation (87) 3 du Comité des ministres aux États membres sur les Règles pénitentiaires européennes.

- Recommandation (98) 7 du Comité des ministres relative aux aspects éthiques et organisationnels des soins de santé en milieu pénitentiaire.
- Recommandation 1656 (2004) du Comité des ministres sur la situation des prisons et des maisons d'arrêt en Europe.
- Recommandation 1747 (2006) de l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe relative à une Charte pénitentiaire européenne.
- Résolution 46/116 de l'Assemblée générale des Nations Unies relative à la protection des personnes atteintes de maladies mentales et pour l'amélioration des soins de santé mentale du 17 décembre 1991.
- Résolution (73) 5 du Conseil de l'Europe sur l'Ensemble des règles minima pour le traitement des détenus.

Textes internes

Lois

- Loi n° 178 du 28 avril 1832 relative aux modifications apportées au Code pénal et au Code d'instruction criminelle.
- Loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés.
- Loi du 5 juin 1875 sur le régime des prisons départementales, JORF n° 0058 du 28 février 1875.
- Loi du 9 décembre 1905 concernant la séparation des Églises et de l'État, JORF n° 0336 du 11 décembre 1905.
- Loi n° 55-1557 du 28 novembre 1955 instituant le référé administratif, JORF n° 282 du 1er décembre 1955, Texte n° 7.
- Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière, JORF n° 0002 du 3 janvier 1971, Texte n° 1.
- Loi n° 73-6 du 3 janvier 1973 instituant un médiateur de la République, JORF n° 0003 du 4 janvier 1973, Texte n° 1.
- Loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, JORF n° 0006 du 7 janvier 1978, Texte n° 1.
- Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal, JORF n° 0166 du 18 juillet 1978, Texte n° 3.
- Loi n° 81-82 du 2 février 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes, JORF n° 0028 du 2 février 1981, Texte n° 1.
- Loi n° 81-908 du 9 octobre 1981 portant abolition de la peine de mort, JORF n° 0238 du 10 octobre 1981, Texte n° 1.
- Loi n° 82-213 du 2 mars 1982 relative aux droits et libertés des communes, des départements et des régions, JORF n° 0052 du 3 mars 1982, Texte n° 1.
- Loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires, JORF n° 0162 du 14 juillet 1983, Texte n° 1.

- Loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 relative à la répartition des compétences entre les communes, les départements, les régions et l'État, JORF n° 169 du 23 juillet 1983, Texte n° 1.
- Loi n° 85-10 du 3 janvier 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF n° 0004 du 4 janvier 1985, Texte n° 3.
- Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social, JORF n° 0172 du 26 juillet 1985, Texte n° 4.
- Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, JORF n° 0001 du 1er janvier 1986, Texte n° 2.
- Loi n° 87-432 du 22 juin 1987 relative au service public pénitentiaire, JORF n° 0143 du 23 juin 1987, Texte n° 1.
- Loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, JORF n° 0014 du 14 janvier 1989.
- 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, JORF n° 150 du 30 juin 1990.
- Loi n° 90-602 du 12 juillet 1990 relative à la protection des personnes contre les discriminations en raison de leur état de santé ou de leur handicap, JORF n° 161 du 13 juillet 1990.
- Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 portant réforme hospitalière, JORF n° 179 du 2 août 1991.
- Loi n° 94-43 du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, JORF n° 15 du 19 janvier 1994.
- Loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain, JORF n° 175 du 30 juillet 1994, Texte n° 1.
- Loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996 instituant les lois de financement de la sécurité sociale, JORF n° 46 du 23 février 1996.
- Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, JORF n° 0139 du 18 juin 1998.
- Loi n° 99-173 du 10 mars 1999 autorisant l'approbation du protocole additionnel à la charte sociale européenne prévoyant un système de réclamations collectives, JORF n° 0059 du 11 mars 1999.
- Loi n° 99-174 du 10 mars 1999 autorisant l'approbation de la Charte sociale européenne (révisée), JORF n° 0059 du 11 mars 1999.
- Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 visant à garantir le droit à l'accès aux soins palliatifs, JORF n° 132 du 10 juin 1999.
- Loi n° n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, JORF n° 0172 du 28 juillet 1999.
- Loi n° 2000-196 du 6 mars 2000 instituant un Défenseur des enfants, JORF n° 56 du 7 mars 2000, Texte n° 1.
- Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, JORF n° 0088 du 13 avril 2000, Texte n° 1.
- Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes, JORF n° 0138 du 16 juin 2000, Texte n° 1.

- Loi n° 2000-597 du 30 juin 2000 relative au référé devant les juridictions administratives, JORF n° 151 du 1 juillet 2000, Texte n° 3.
- Loi n° 2000-494 du 6 juin 2000 portant création d'une Commission nationale de déontologie de la sécurité, JORF n° 131 du 7 juin 2000, Texte n° 2.
- Loi n° 2001-588 du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception, JORF n° 0156 du 7 juillet 2001, Texte n° 1.
- Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, JORF du 3 janvier 2002, Texte n° 2.
- Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, JORF du 5 mars 2002, Texte n° 1.
- Loi n° 2002-1138 du 9 septembre 2002 d'orientation et de programmation pour la justice, JORF du 10 septembre 2002, Texte n° 1.
- Loi n° 2003-239 du 18 mars 2003 pour la sécurité intérieure, JORF n° 66 du 19 mars 2003, Texte n° 1.
- Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 relative à la protection des personnes physiques à l'égard des traitements de données à caractères personnel et modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, JORF n° 182 du 7 août 2004, Texte n° 2.
- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique, JORF n° 185 du 11 août 2004, Texte n° 4.
- Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, JORF n° 0190 du 17 août 2004, Texte n° 2.
- Loi n° 2004-1486 du 30 décembre 2004 portant création de la haute autorité de lutte contre les discriminations et pour l'égalité, JORF n° 0304 du 31 décembre 2004, Texte n° 3.
- Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, JORF n° 36 du 12 février 2005, Texte n° 1.
- Loi constitutionnelle n° 2005-205 du 1er mars 2005 relative à la Charte de l'environnement, JORF n° 51 du 2 mars 2005, Texte n° 2.
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 relatives aux droits des malades et à la fin de vie, JORF n° 95 du 23 avril 2005, Texte n° 1.
- Loi n° 2007-308 du 5 mars 2007 portant réforme de la protection juridique des majeurs, JORF n° 56 du 7 mars 2007, Texte n° 12.
- Loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance, JORF n° 55 du 6 mars 2007, Texte n° 7.
- Loi n° 2007-1198 du 10 août 2007 renforçant la lutte contre la récidive des majeurs et des mineurs, JORF n° 185 du 11 août 2007, Texte n° 1.
- Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instaurant un contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n° 253 du 31 octobre 2007, Texte n° 1.
- Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, JORF n° 0048 du 26 février 2008, Texte n° 1.

- Loi n° 2008-739 du 28 juillet 2008 autorisant l'approbation du protocole facultatif se rapportant à la Convention contre la torture et autres peines ou traitements inhumains ou dégradants, JORF n° 0176 du 30 juillet 2008, Texte n° 4.
- Loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0167 du 22 juillet 2009, Texte n° 1.
- Loi n° 2009-1436 du 24 novembre 2009, dite « Loi pénitentiaire », JORF n° 0073 du 25 novembre 2009, Texte n° 1.
- Loi organique n° 2011-333 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits, JORF n° 0075 du 30 mars 2011, Texte n° 1.
- Loi n° 2011-334 du 29 mars 2011 relative au Défenseur des droits, JORF n° 0075 du 30 mars 2011, Texte n° 2.
- 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, JORF n° 0155 du 6 juillet 2011, Texte n° 1.
- Loi n° 2011-814 du 7 juillet 2011 relative à la bioéthique, JORF n° 0157 du 8 juillet 2011, Texte n° 1.
- Loi n° 2013-711 du 5 août 2013 portant diverses dispositions d'adaptation dans le domaine de la justice en application du droit de l'Union européenne et des engagements internationaux de la France, JORF n° 0181 du 6 août 2013, Texte n° 4.
- 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, JORF n° 0227 du 29 septembre 2013, Texte n° 1.
- Loi n° 2014-288 du 5 mars 2014 relative à la formation professionnelle, à l'emploi et à la démocratie sociale, JORF n° 0055 du 6 mars 2014, Texte n° 1.
- Loi n° 2014-896 du 15 août 2014 relative à l'individualisation des peines et renforçant l'efficacité des sanctions pénales, JORF n° 0189 du 17 août 2014, Texte n° 1.
- Loi n° 2015-29 du 16 janvier 2015 relative à la délimitation des régions, aux élections régionales et départementales et modifiant le calendrier électoral, JORF n° 0014 du 17 janvier 2015, Texte n° 1.
- Loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016, JORF n° 0296 du 22 décembre 2015, Texte n° 1.
- Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 relative à la modernisation de notre système de santé, JORF n° 0022 du 27 janvier 2016, Texte n° 1.
- Loi n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des personnes malades et des personnes en fin de vie, JORF n° 0028 du 3 février 2016, Texte n° 1.
- Loi organique n° 2016-1690 du 9 décembre 2016 relative à la compétence du Défenseur des droits pour l'orientation et la protection des lanceurs d'alerte, JORF n° 0287 du 10 décembre 2016, Texte n° 1.
- Loi n° 2017-55 du 20 janvier 2017 portant statut général des autorités administratives indépendantes et des autorités publiques indépendantes, JORF n° 0018 du 21 janvier 2017, Texte n° 2.
- Loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018, JORF n° 0305 du 31 décembre 2017, Texte n° 1.

- Loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, JORF n° 0297 du 23 décembre 2018, Texte n° 3.
- Loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, JORF n° 0071 du 24 mars 2019, Texte n° 2.
- Loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé, JORF n° 0172 du 26 juillet 2019, Texte n° 3.
- Loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19, JORF n° 0072 du 24 mars 2020, Texte n° 2.
- Loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021, JORF n° 0302 du 15 décembre 2020, Texte n° 1.
- Loi n° 2021-403 du 8 avril 2021 tendant à garantir le droit au respect de la dignité en détention, JORF n° 0084 du 9 avril 2021, Texte n° 3.
- Loi n° 2021-998 du 30 juillet 2021 relative à la prévention d'actes de terrorisme et au renseignement, JORF n° 0176 du 31 juillet 2021, Texte n° 1.
- Loi n° 2021-1017 du 2 août 2021 relative à la bioéthique, JORF n° 0178 du 3 août 2021, Texte n° 1.
- Loi n° 2021-1729 du 22 décembre 2021 pour la confiance dans l'institution judiciaire, JORF n° 0298 du 23 décembre 2021, Texte n° 2.
- 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, JORF n° 0019 du 23 janvier 2022, Texte n° 1.
- Loi n° 2022-52 du 24 janvier 2022 relative à la responsabilité pénale et à la sécurité intérieure, JORF n° 0020 du 25 janvier 2022, Texte n° 1.
- Loi n° 2022-140 du 7 février 2022 relative à la protection des enfants, JORF n° 0032 du 8 février 2022, Texte n° 2.
- Loi organique n° 2022-400 du 21 mars 2022 visant à renforcer le rôle du Défenseur des droits en matière de signalement d'alerte, JORF n° 0068 du 22 mars 2022, Texte n° 1.
- Loi n° 2022-1089 du 30 juillet 2022 mettant fin aux régimes d'exception créés pour lutter contre l'épidémie liée à la COVID-19, JORF n° 0176 du 31 juillet 2022, Texte n° 1.
- Loi n° 2023-1059 du 20 novembre 2023 d'orientation et de programmation du ministère de la justice 2023-2027, JORF n° 0269 du 21 novembre 2023, Texte n° 2.

➢ ***Ordonnances***

- Ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée, JORF n° 98 du 25 avril 1996.
- Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 portant simplification de l'organisation et du fonctionnement du système de santé ainsi que des procédures de création d'établissements ou de services sociaux ou médico-sociaux soumis à autorisation, JORF n° 206 du 5 septembre 2003, Texte n° 3.
- Ordonnance n° 2017-1387 du 22 septembre 2017 relative à la prévisibilité et la sécurisation des relations de travail, JORF n° 0223 du 23 septembre 2017, Texte n° 33.

- Ordonnance n° 2018-20 du 17 janvier 2018 relative au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides, JORF n° 0014 du 18 janvier 2018, Texte n° 13.
- Ordonnance n° 2019-964 du 18 septembre 2019 prise en application de la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice, JORF n° 0218 du 19 septembre 2019, Texte n° 5.
- Ordonnance n° 2020-232 du 11 mars 2020 relative au régime des décisions prises en matière de santé, de prise en charge ou d'accompagnement social ou médico-social à l'égard des personnes majeures faisant l'objet d'une mesure de protection juridique, JORF n° 0061 du 12 mars 2022, Texte n° 3.
- Ordonnance n° 2020-303 du 25 mars 2020 portant adaptation des règles de procédure pénale sur le fondement de la loi n° 2020-290 du 23 mars 2020 d'urgence pour faire face à l'épidémie de COVID-19, JORF n° 0074 du 26 mars 2020, Texte n° 3.
- Ordonnance n° 2022-478 du 30 mars 2022 portant partie législative du code pénitentiaire, JORF n° 0080 du 5 avril 2022, Texte n° 8.

➢ ***Décrets***

- Décret n° 47-1100 du 27 juin 1947 portant code de déontologie médicale, JORF n° 0152 du 28 juin 1947.
- Décret n° 55-571 du 20 mai 1955 sur la prophylaxie des maladies mentales pris dans le cadre des pouvoirs spéciaux accordés au gouvernement par la loi 55349 du 02-04-1955, JORF n° 0121 du 21 mai 1955.
- Décret n° 59-515 du 10 avril 1959 modifiant la procédure à suivre devant les tribunaux administratifs, JORF n° 0085 du 14 avril 1959.
- Décret n° 86-602 du 14 mars 1986 relative à la lutte contre les maladies mentales et à la nouvelle organisation de la sectorisation psychiatrique, JORF n° 0066 du 19 mars 1986.
- Décret n° 88-907 du 2 septembre 1988 portant diverses mesures relatives à la procédure administrative contentieuse, JORF n° 206 du 3 septembre 1988.
- Décret n° 94-929 du 27 octobre 1994 relatif aux soins dispensés aux détenus par les établissements de santé assurant le service public hospitalier, à la protection sociale des détenus et à la situation des personnels infirmiers des services déconcentrés de l'administration pénitentiaire, JORF n° 251 du 28 octobre 1994.
- Décret n° 2002-637 du 29 avril 2002 relatif à l'accès aux informations personnelles détenues par les professionnels et les établissements de santé en application des articles L. 1111-7 et L. 1112-1 du code de la santé publique, JORF n° 101 du 30 avril 2002, Texte n° 8.
- Décret n° 2005-434 du 6 mai 2005 relatif à l'organisation et à l'équipement sanitaires et modifiant le code de la santé publique « deuxième partie : Décrets en Conseil d'État » et le code de l'action sociale et des familles « deuxième partie : partie Réglementaire », JORF n° 106 du 8 mai 2005, Texte n° 5.

- Décret n° 2007-1470 du 15 octobre 2007 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des fonctionnaires de l'État, JORF n° 240 du 16 octobre 2007, Texte n° 32.
- Décret n° 2007-1942 du 26 décembre 2007 relatif à la formation professionnelle des agents non titulaires de l'État et de ses établissements publics et des ouvriers affiliés au régime des pensions résultant du décret n° 2004-1056 du 5 octobre 2004, JORF n° 0303 du 30 décembre 2007, Texte n° 158.
- Décret n° 2008-246 du 12 mars 2008 relatif au Contrôleur général des lieux de privation de liberté, JORF n° 0062 du 13 mars 2008, Texte n° 21.
- Décret n° 2008-361 du 16 avril 2008 relatif notamment aux décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, JORF n° 0092 du 18 avril 2008, Texte n° 20.
- Décret n° 2008-824 du 21 août 2008 relatif à la formation professionnelle tout au long de la vie des agents de la fonction publique hospitalière, JORF n° 0196 du 23 août 2008, Texte n° 49.
- Décret n° 2010-336 du 31 mars 2010 portant création des agences régionales de santé, JORF n° 0077 du 1er avril 2010, Texte n° 14.
- Décret n° 2010-344 du 31 mars 2010 tirant les conséquences, au niveau réglementaire, de l'intervention de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, JORF n° 0077 du 1er avril 2010, Texte n° 22.
- Décret n° 2010-507 du 18 mai 2010 relatif aux modalités de garde, d'escorte et de transport des personnes détenues hospitalisées en raison de troubles mentaux, JORF n° 0114 du 9 mai 2010, Texte n° 22.
- Décret n° 2010-569 du 28 mai 2010 relatif au fichier des personnes recherchées, JORF n° 0123 du 30 mai 2010, Texte n° 8.
- Décret n° 2010-526 du 20 mai 2010 relative à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement, JORF n° 0117 du 22 mai 2010, Texte n° 7.
- Décret n° 2010-692 du 24 juin 2010 précisant les dispositions du Code de procédure pénale relatives à l'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, JORF n° 0146 du 26 juin 2010, Texte n° 8.
- Décret n° 2010-904 du 2 août 2010 relatif aux conditions d'autorisation des programmes d'éducation thérapeutique du patient, JORF n° 0178 du 4 août 2010, Texte n° 25.
- Décret n° 2010-1634 du 23 décembre 2010 portant application de la loi pénitentiaire et modifiant le Code de procédure pénale, JORF n° 0300 du 28 décembre 2010, Texte n° 12.
- Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques, JORF n° 0165 du 19 juillet 2011, Texte n° 4.
- Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JORF n° 0165 du 19 juillet 2011, Texte n° 7.
- Décret n° 2011-898 du 28 juillet 2011 relatif aux dispositions d'application en Nouvelle Calédonie et en Polynésie française 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, JORF n° 0174 du 29 juillet 2011, Texte n° 32.

- Décret n° 2012-561 du 24 avril 2012 relatif aux missions de service public définies aux articles L. 6112-1 et suivants du Code de la santé publique, JORF n° 0099 du 26 avril 2012, Texte n° 33.
- Décret n° 2012-694 du 7 mai 2012 portant modification du Code de déontologie médicale, JORF n° 0108 du 8 mai 2012, Texte n° 97.
- Décret n° 2013-449 du 31 mai 2013 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, JORF n° 0126 du 2 juin 2013, Texte n° 1.
- Décret n° 2014-558 du 30 mai 2014 portant création d'un traitement de données à caractère personnel relatif à la gestion nationale des personnes détenues en établissement pénitentiaire dénommé GENESIS, JORF n° 0125 du 31 mai 2014, Texte n° 10.
- Décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0189 du 17 août 2014, Texte n° 5.
- Décret n° 2015-1721 du 21 décembre 2015 relatif aux conditions techniques de fonctionnement des établissements de santé privés autorisés à exercer l'activité de soins de psychiatrie, JORF n° 0297 du 23 décembre 2015, Texte n° 55.
- Décret n° 2015-1882 du 30 décembre 2015 relatif aux modalités de prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité des bénéficiaires de la protection universelle maladie, JORF n° 0303 du 31 décembre 2015, Texte n° 132.
- Décret n° 2016-94 du 1er 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, JORF n° 0028 du 3 février 2016, Texte n° 20.
- Décret n° 2016-1222 du 14 septembre 2016 relatif aux permissions de sortir et aux autorisations de sortie sous escorte, JORF n° 0216 du 16 septembre 2016, Texte n° 12.
- Décret n° 2018-467 du 11 juin 2018 relatif à l'intégration de l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM) au sein de la Haute Autorité de santé (HAS), JORF n° 0133 du 12 juin 2018, Texte n° 14.
- Décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0117 du 24 mai 2018, Texte n° 21.
- Décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, JORF n° 0010 du 12 janvier 2019, Texte n° 10.
- Décret n° 2019-412 du 6 mai 2019 modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0106 du 7 mai 2019, Texte n° 5.
- Décret n° 2019-593 du 14 juin 2019 portant sur la prise en charge des transports, JORF n° 0138 du 16 juin 2019, Texte n° 15.
- Décret n° 2020-487 du 28 avril 2020 portant création d'un traitement automatisé de données à caractère personnel dénommé « système d'information sur les armes », JORF n° 0104 du 29 avril 2020, Texte n° 24.

- Décret n° 2022-419 du 23 mars 2022 modifiant la procédure applicable devant le juge des libertés de la détention en matière d'isolement et de contention mis en œuvre dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0071, Texte n° 30.
- Décret n° 2022-714 du 27 avril 2022 modifiant le décret n° 2018-383 du 23 mai 2018 autorisant les traitements de données à caractère personnel relatifs au suivi des personnes en soins psychiatriques sans consentement, JORF n° 0099 du 28 avril 2022, Texte n° 34.
- Décret n° 2022-479 du 30 mars 2022 portant partie réglementaire du Code pénitentiaire, JORF n° 0080 du 5 avril 2022, Texte n° 9.
- Décret n° 2022-1174 du 24 août 2022 pris pour la mise en œuvre des compétences du préfet de police et de celles du préfet de police des Bouches-du-Rhône, JORF n° 0196 du 25 août 2022, Texte n° 2.
- Décret n° 2022-1263 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions d'implantation de l'activité de psychiatrie, JORF n° 0226 du 29 septembre 2022, Texte n° 24.
- Décret n° 2022-1264 du 28 septembre 2022 relatif aux conditions techniques de fonctionnement de l'activité de psychiatrie, JORF n° 0226 du 29 septembre 2022, Texte n° 25.
- Décret n° 2022-1287 du 4 octobre 2022 relatif à la prise en charge des personnes détenues à Wallis-et-Futuna et portant diverses modifications du code pénitentiaire, JORF n° 0231 du 5 octobre 2022, Texte n° 13.
- Décret n° 2024-570 du 20 juin 2024 pris pour l'application des articles 38, 44 et 60 de la loi n° 2023-1059 du 20 novembre 2023 d'orientation et de programmation du ministère de la justice 2023-2027, JORF n°0146 du 22 juin 2024, Texte n°22.

➢ ***Arrêtés***

- Arrêté du 14 mars 1972, Modalités du règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies, JORF du 21 avril 1972.
- Arrêté du 14 octobre 1986 relatifs au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire.
- Arrêté du 10 mai 1995 modifiant l'arrêté du 14 décembre 1986 relatif au règlement intérieur type fixant organisation des services médico-psychologiques régionaux relevant des secteurs de psychiatrie en milieu pénitentiaire, JORF n° 111 du 12 mai 1995.
- Arrêté du 5 mars 2004 portant homologation des recommandations de bonnes pratiques relatives à l'accès aux informations concernant la santé d'une personne, et notamment l'accompagnement de cet accès, JORF n° 65 du 17 mars 2004, Texte n° 16.
- Arrêté du 2 août 2010 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation, JORF n° 0178 du 4 août 2010, Texte n° 31.

- Arrêté du 24 octobre 2014 fixant l'organisation et le contenu de la formation d'adaptation à l'emploi des assistants médico-administratifs de la branche secrétariat médical relevant de la fonction publique hospitalière, JORF n° 0252 du 30 octobre 2014, Texte n° 30.
- Arrêté du 14 janvier 2015 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de demande de leur autorisation et de leur renouvellement et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, JORF n° 0019 du 23 janvier 2015, Texte n° 19.
- Arrêté du 30 décembre 2020 relatif au cahier des charges des programmes d'éducation thérapeutique du patient et à la composition du dossier de déclaration et modifiant l'arrêté du 2 août 2010 modifié relatif aux compétences requises pour dispenser ou coordonner l'éducation thérapeutique du patient, JORF n° 0001 du 1er janvier 2021, Texte n° 37.
- Arrêté du 10 octobre 2022 relatif au ressort territorial et au cahier des charges des unités hospitalières sécurisées interrégionales destinées à l'accueil des personnes détenues, JORF n° 0239 du 14 octobre 2022, Texte n° 44.

➢ ***Circulaires***

- Circulaire du 4 juin 1957 ayant pour objet l'organisation des sorties d'essai dans les hôpitaux psychiatriques.
- Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales, non parue au JORF.
- Circulaire n° 12 du ministère d'État chargé des affaires sociales du 24 janvier 1969 relative à la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques, Non parue au JORF.
- Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, JORF n° 79 du 3 avril 1990.
- Circulaire du 8 décembre 1994 relative à la prise en charge sanitaire des détenus et à leur protection sociale, JORF n° 29 du 3 février 1995.
- Circulaire DGS/DH n° 95-22 du 6 mai 1995 relative aux droits des patients hospitalisés et comportant une charte du patient hospitalisé.
- Circulaire DGS/DS n° 2001-603 du 10 décembre 2001 relative à la motivation des arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office.
- Circulaire n° 000117 DAP du 18 novembre 2004 relative à l'organisation des escortes pénitentiaires des personnes détenues faisant l'objet d'une consultation médicale.
- Circulaire DHOS n° 2006-90 du 2 Mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée.
- Circulaire du 14 avril 2011 relative aux moyens de contrôle des personnes détenues.
- Circulaire du 14 avril 2011 relative au placement à l'isolement des personnes détenues.
- Circulaire interministérielle du 18 mars 2011 relative à l'ouverture et au fonctionnement des UHSA.

- Circulaire du 21 juillet 2011 du ministère de la Justice relative à la présentation des principales dispositions 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 et du décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques.
- Circulaire n°DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011 du ministère de la Santé relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge destinée aux établissements de santé.
- Circulaire interministérielle n° 2011-345 du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
- Circulaire interministérielle n° DGOS/DSR/DGS/DGCS/DSS/DAP/DPJJ/2012/373 du 30 octobre 2012 relative à la publication du guide méthodologique sur la prise en charge sanitaire des personnes placées sous main de justice.
- Circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions de la 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 et du décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement.
- Circulaire n° 2020-057 du 9 mars 2020 relative à l'enseignement en milieu pénitentiaire.

VIII – Jurisprudence

Jurisprudence de la Cour européenne des Droits de l'Homme

- CEDH, 1er juillet 1961, *Lawless c/ Irlande*, n° 332/57.
- CEDH, 18 juin 1971, *De Wilde, Ooms et Versyp c/Belgique*, n° 4231/69.
- CEDH, 21 février 1975, *Golder c/ Royaume-Uni*, n° 4451/70.
- CEDH, 8 juin 1976, *Engel et autres c/Pays-Bas*, n° 5100/71.
- CEDH, 18 janvier 1978, *Irlande c/Royaume-Uni*, n° 5310/71.
- CEDH, 25 avril 1978, *Tyrer c/ Royaume-Uni*, n° 5856/76.
- CEDH, 6 septembre 1978, *Klass et autres c/. Allemagne*, n° 5029/71.
- CEDH, 9 octobre 1979, *Airey c/ Irlande*, n° 6289/73.
- CEDH, 24 octobre 1979, *Winterwep c/ Pays-Bas*, n° 6301/73.
- CEDH, 4 décembre 1979, *Schiesser c/ Suisse*, n° 7710/76.
- CEDH, 27 février 1980, *Deewer c/ Belgique*, n° 6903/75.
- CEDH, 5 novembre 1981, *X/c/Royaume-Uni*, n° 7215/75.
- CEDH, 25 février 1982, *Campbell et Cosans c/Royaume-Uni*, n° 7511/76, 7743/76.

- CEDH, 1er octobre 1982, *Piersack c/ Belgique*, n° 8692/79.
- CEDH, 22 octobre 1984, *Sramek c/ Autriche*, n° 8790/79.
- CEDH, 28 mai 1985, *Ashingdane c/ Royaume-Uni*, n° 8225/78.
- CEDH, 26 mars 1987, *Leander c/ Suède*, n° 9248/81.
- CEDH, 21 février 1990, *Van der Leer c/Pays-Bas*, n° 11509/85.
- CEDH, 29 août 1990, *E c/Norvège*, n° 11701/85.
- CEDH, 27 septembre 1990, *Wassink c/ Pays-Bas*, n° 12535/86.
- CEDH, 12 mai 1992, *Megyeri c/ Allemagne*, n° 13770/88.
- CEDH, 24 septembre 1992, *Herczefalgy c/ Autriche*, n° 10533/83.
- CEDH, 16 décembre 1992, *Niemietz c/ Allemagne*, n° 13710/88.
- CEDH, 24 novembre 1994, *Beaumartin c/ France*, n° 15287/89.
- CEDH, 6 septembre 1995, *G et M.L c/France*, n° 17734/91.
- CEDH, 27 septembre 1995, *McCann et autres c/Royaume-Uni*, n° 18984/91.
- CEDH, 21 février 1996, *Hussain et Singh c/Royaume-Uni*, n° 21928/93.
- CEDH, 18 décembre 1996, *Aksoy c/ Turquie*, n° 21987/93.
- CEDH, 23 avril 1998, *Doustaly c/ France*, n° 26256/95.
- CEDH, 9 juin 1998, *LCB c/ Royaume-Uni*, n° 23413/94.
- CEDH, 10 juillet 1998, *Sidiropoulos et autres c/Grèce*, n° 26695/95.
- CEDH, 29 juillet 1998, *Guérin c/France*, n° 25201/94.
- CEDH, 28 octobre 1998, *Assenov et autres c/Bulgarie*, n° 24760/94.
- CEDH, 28 octobre 1998, *Osman c/ Royaume-Uni*, n° 23452/94.
- CEDH, 30 octobre 1998, *F. E. c/France*, n° 38212/97.
- CEDH, 6 avril 2000, *Labita c/ Italie*, n° 26772/95.
- CEDH, 4 juillet 2000, *Niedbala c/ Pologne*, n° 27915/95.
- CEDH, 5 octobre 2000, *Varbanov c/ Bulgarie*, n° 31365/96.
- CEDH, 26 octobre 2000, *Kudla c/ Pologne*, n° 30210/96.
- CEDH, 12 décembre 2000, *Ballestra c/ France*, n° 28660/95.
- CEDH, 1er mars 2001, *Berktay c/ Turquie*, n° 22493/93.
- CEDH, 22 mars 2001, *Streletz, Kessler, Krenz c/ Allemagne*, n° 35532/97, n° 34044/96, et n° 44801/98.
- CEDH, 29 mars 2001, *D. N. c/Suisse*, n° 27154/95.
- CEDH, 3 avril 2001, *Keenan c/ Royaume-Uni*, n° 27229/95.
- CEDH, 19 avril 2001, *Peers c/ Grèce*, n° 28524/95.
- CEDH, 24 juillet 2001, *Valasinas c/ Lituanie*, n° 44558/98.
- CEDH, 3 octobre 2001, *Yuriy Illarionovich Shchokin c/ Ukraine*, n° 4299/03.
- CEDH, 14 mars 2002, *Paul et Audrey Edwards c/Royaume-Uni*, n° 46477/99.
- CEDH, 18 juin 2002, *Sieur Delbec c/France*, n° 43125/98.
- CEDH, 27 juin 2002, *Sieur D.M c/France*, n° 41376/98.
- CEDH, 5 novembre 2002, *Dame Laidin c/France*, n° 46022/99.
- CEDH, 14 novembre 2002, *Mouisel c/ France*, n° 67263/01.
- CEDH, 18 décembre 2002, *N.C c/Italie*, n° 24952/94.
- CEDH, 20 février 2003, *Hutchison Reid c. Royaume-Uni*, n° 50272/99.
- CEDH, 12 mars 2003, *Běleš et autres c/République tchèque*, n° 47273/99.
- CEDH, 27 novembre 2003, *Hénaf c/ France*, n° 65436/01.

- CEDH, 15 janvier 2004, *Matencio c/ France*, n° 58749/00.
- CEDH, 10 février 2004, *Naoumenko c/ Ukraine*, n° 42023/98.
- CEDH, 27 juillet 2004, *Slimani c/ France*, n° 57671/00.
- CEDH, 2 novembre 2004, *Martínez Sala et autres c/Espagne*, n° 58438/00.
- CEDH, 20 décembre 2004, *Makaratzis c/ Grèce*, n° 50385/99.
- CEDH, 19 février 2005, *Helhal c/ France*, n° 10401/12.
- CEDH, 5 avril 2005, *Nevmerjitski c/ Ukraine*, n° 54825/00.
- CEDH, 12 mai 2005, *Öcalan c/ Turquie*, n° 46221/99.
- CEDH, 30 juin 2005, *Bosphorus Hava Yolları Turizm ve Ticaret Anonim Şirketi c/ Irlande*, n° 45036/98.
- CEDH, 5 juillet 2005, *Troubnikov c/ Russie*, n° 49790/99.
- CEDH, 6 juillet 2005, *Natchova et autres c/Bulgarie*, n° 43577/98 et 43579/98.
- CEDH, 6 octobre 2005, *Maurice c/France*, n° 11810/03.
- CEDH, 29 mars 2006, *Cocchiarella c/ Italie*, n° 64886/01.
- CEDH, 20 juin 2006, *Pandjikidzé et autres c/Géorgie*, n° 30323/02.
- CEDH, 4 juillet 2006, *Ramirez Sanchez c/France*, n° 59450/00.
- CEDH, 24 octobre 2006, *Vincent c/France*, n° 6253/03.
- CEDH, 16 novembre 2006, *Huylu c/ Turquie*, n° 52955/99.
- CEDH, 6 mars 2007, *Özgül c/ Turquie*, n° 7715/02.
- CEDH, 12 juin 2007, *Frérot c/France*, n° 70204/01.
- CEDH, 19 juin 2007, *Ciorap c/ République de Moldavie*, n° 12066/02.
- CEDH, 21 janvier 2008, *Armani Da silva c/ Royaume-Uni*, n° 5878/08.
- CEDH, 12 février 2008, *Pankiewicz c/ Pologne*, n° 34151/04.
- CEDH, 16 octobre 2008, *Renolde c/ France*, n° 5608/05.
- CEDH, 21 octobre 2008, *Kilavuz c/ Turquie*, n° 8327/03.
- CEDH, 24 février 2009, *Gagiu c/ Roumanie*, n° 63258/00.
- CEDH, 31 mars 2009, *Horoz c/ Turquie*, n° 1639/03.
- CEDH, 7 avril 2009, *Brânduşe c/ Roumanie*, n° 6586/03.
- CEDH, 9 avril 2009, *Šilih c/ Slovénie*, n° 71463/01.
- CEDH, 2 juin 2009, *Szuluk c/ Royaume-Uni*, n° 36936/05.
- CEDH, 30 juin 2009, *Pitalev c/ Russie*, n° 34393/03.
- CEDH, 9 juillet 2009, *Mooren c/ Allemagne*, n° 11364/03.
- CEDH, 23 mars 2010, *Oyal c/ Turquie*, n° 4864/05.
- CEDH, 29 mars 2010, *Medvedyev c/ France*, n° 3394/03.
- CEDH, 20 avril 2010, *Bektas et Özalp c/Turquie*, n° 10036/03.
- CEDH, 27 mai 2010, *Artyomov c/ Russie*, n° 14146/02.
- CEDH, 1er juin 2010, *Jasinska c/ Pologne*, n° 28326/05.
- CEDH, 27 juillet 2010, *Rokosz c/ Pologne*, n° 15952/09.
- CEDH, 2 septembre 2010, *Iorgov c/ Bulgarie*, n° 36295/02.
- CEDH, 9 septembre 2010, *Xiros c/ Grèce*, n° 1033/07.
- CEDH, 18 novembre 2010, *Baudoin c/France*, n° 35935/03.
- CEDH, 2 décembre 2010, *Danev c/ Bulgarie*, n° 9411/05.
- CEDH, 3 décembre 2010, *Vasilevskiy et Bogdanov c/Russie*, n° 52241/14 et 74222/14.
- CEDH, 21 décembre 2010, *Raffray Taddei c/France*, n° 36435/07.

- CEDH, 24 mars 2011, *Giuliani et Gaggio c/ Italie*, n° 23458/02.
- CEDH, 31 mars 2011, *Chatellier c/ France*, n° 34658/07.
- CEDH, 14 juin 2011, *Trévalec c/Belgique*, n° 30812/07.
- CEDH, 7 juillet 2011, *Al-Skeini et autres c/Royaume-Uni*, n° 55721/07.
- CEDH, 24 juillet 2011, *Valasinas c/ Lituanie*, n° 44558/98.
- CEDH, 7 septembre 2011, *Csüllög c/ Hongrie*, n° 30042/08.
- CEDH, 18 octobre 2011, *Indelicato c/ Italie*, n° 31143/96.
- CEDH, 3 novembre 2011, *Cocaign c/ France*, n° 32010/07.
- CEDH, 3 novembre 2011, *M.B. c/Roumanie*, n° 43982/06.
- CEDH, 6 décembre 2011, *De Donder et De Clippel c/Belgique*, n° 8595/06.
- CEDH, 10 janvier 2012, *Ananyev et autres c/Russie*, n° 42525/07.
- CEDH, 17 janvier 2012, *Stanev c/ Bulgarie*, n° 36760/06.
- CEDH, 23 février 2012, *G. c/France*, n° 27244/09.
- CEDH, 13 mars 2012, *P c/Roumanie*, n° 32060/05.
- CEDH, 19 juillet 2012, *Ketreb c/ France*, n° 38447/09.
- CEDH, 8 novembre 2012, *Z.H c/Hongrie*, n° 28973/11.
- CEDH, 12 février 2013, *Yefimenko c/ Russie*, n° 152/04.
- CEDH, 25 avril 2013, *Canali c/ France*, n° 40119/09.
- CEDH, 23 mai 2013, *E.A c/Russie*, n° 44187/04.
- CEDH, 28 mai 2013, *Baran c/ Pologne*, n° 53315/09.
- CEDH, 18 juin 2013, *Banel c/Lituanie*, n° 14326/11.
- CEDH, 28 novembre 2013, *Glien c/ Allemagne*, n° 7345/12.
- CEDH, 13 février 2014, *Tali c/ Estonie*, n° 66393/10
- CEDH, 17 juillet 2014, *Centre de ressources juridiques au nom de Valentin Câmpeanu c/Roumanie*, n° 47848/08.
- CEDH, 17 septembre 2014, *Mocanu et autres c/Roumanie*, n° 10865/09, 45886/07 et 32431/08.
- CEDH, 23 octobre 2014, *Vintman c/ Ukraine*, n° 28403/05.
- CEDH, 28 octobre 2014, *Panju c/ Belgique*, n° 18393/09.
- CEDH, 27 novembre 2014, *Karsakova c/ Russie*, n° 1157/10.
- CEDH, 27 novembre 2014, *Amirov c/ Russie*, n° 51857/13.
- CEDH, 18 février 2015, *Mustafa Tunç et Fecire Tunç c/ Turquie*, n° 22978/05.
- CEDH, 19 février 2015, *Helhal c/ France*, n° 10401/12.
- CEDH, 9 juillet 2015, *Martzaklis et autres c/Grèce*, n° 20378/13.
- CEDH, 23 juillet 2015, *Bataliny c/ Russie*, n° 10060/07.
- CEDH, 3 septembre 2015, *Berland c/ France*, n° 42875/10.
- CEDH, 8 octobre 2015, *Sellal c/ France*, n° 32432/13.
- CEDH, 15 décembre 2015, *Szafranski c/ Pologne*, n° 17249/12.
- CEDH, 4 février 2016, *Isenc c/ France*, n° 58828/13.
- CEDH, 23 mars 2016, *Blokhin c/ Russie*, n° 47152/06.
- CEDH, 30 mars 2016, *Armani Da Silva c/Royaume-Uni*, n° 5878/08.
- CEDH, 27 septembre 2016, *Centre de ressources juridiques au nom de Miorița Malacu et autres c/Roumanie*, n° 55093/09.
- CEDH, 17 janvier 2017, *Jankovkis c/ Lituanie*, n° 21575/08.

- CEDH, 23 février 2017, *De Tommaso c/Italie*, n° 43395/09.
- CEDH, 25 avril 2017, *Rezmives et autres c/Roumanie*, n° 61467/12, 39516/13, 48231/13, 69191/13.
- CEDH, 27 août 2017, *M.S c/Suède*, n°74/1996/693/885.
- CEDH, 28 novembre 2017, *Valentin Batsovoi c/République de Moldova*, n° 40614/14.
- CEDH, 19 décembre 2017, *Lopes de Sousa Fernandes c/Portugal*, n° 56080/13.
- CEDH, 6 novembre 2018, *Ramos Nunes de Carvalho e Sá c/ Portugal*, n° 55391/13, 57728/13 et 74041/13.
- CEDH, 31 janvier 2019, *Fernandes de Oliveira c/ Portugal*, n° 78103/14.
- CEDH, 31 janvier 2019, *Rooman c/ Belgique*, n° 18052/1.
- CEDH, 2 octobre 2019, *Fernandes de Oliveira c/ Portugal*, n° 78103/14.
- CEDH, 8 octobre 2019, *Porchet c/ Suisse*, n° 36391/16.
- CEDH, 22 octobre 2019, *Venet c/Belgique*, n° 27703/16.
- CEDH, 28 janvier 2020, *Zinatullin c/ Russie*, n° 10551/10.
- CEDH, 30 janvier 2020, *J.M.B et autres c/France*, n° 9671/15.
- CEDH, 13 février 2020, *N.D et N.T c/Espagne*, n° 8675/15 et 8697/15.
- CEDH, 31 mars 2020, *Jeanty c/Belgique*, n° 82284/17.
- CEDH, 30 juin 2020, *S.F c/Suisse*, n° 23405/16.
- CEDH, 6 juillet 2023, *B.M et autres c/France*, n° 84187/17.

Décisions du Conseil constitutionnel

- C. const., 15 janvier 1975, DC n° 74-54.
- C. const., 12 juillet 1979, DC n° 79-107.
- C. const., 22 juillet 1980, DC n° 80-117.
- C. const., 27 juillet 1982, DC n° 82-141.
- C. const., 28 décembre 1983, DC n° 83-164.
- C. const., 23 janvier 1987, DC n° 86-224.
- C. const., 8 janvier 1991, DC n° 90-283.
- C. const., 11 août 1993, DC n° 93-326.
- C. const., 27 juillet 1994, DC n° 94-343/344.
- C. const., 2 mars 2004, DC n° 2004-492.
- C. const., 21 février 2008, DC n° 2008-562.
- C. const., 10 juin 2009, DC n° 2009-580.
- C. const., 19 novembre 2009, DC n° 2009-593.
- C. const., 11 juin 2010, n° 2010-6/7 QPC.
- C. const., 26 novembre 2010, n° 2010-71 QPC.
- C. const., 17 décembre 2010, n° 2010-80 QPC.
- C. const., 6 mai 2011, n° 2011-125 QPC.
- C. const., 9 juin 2011, n° 2011-135/140 QPC.
- C. const., 6 octobre 2011, n° 2011-174 QPC.
- C. const., 21 octobre 2011, n° 2011-185 QPC.

- C. const., 13 janvier 2012, n° 2012208 QPC.
- C. const., 20 avril 2012, n° 2012-235 QPC.
- C. const., 20 mars 2015, DC n° 2015-458.
- C. const., 21 janvier 2016, DC n° 2015-727.
- C. const., 8 décembre 2016, n° 2016-740 DC
- C. const., 31 janvier 2020, n° 2020-823 QPC.
- C. const., 2 octobre 2020, n° 2020-858/859 QPC.
- C. const., 4 juin 2021, n° 2021-912/913/914 QPC.
- C. const., 16 décembre 2021, DC n° 2021-832.
- C. const., 10 novembre 2022, n° 2022-1022 QPC.
- C. const., 31 mars 2023, n° 2023-1040/1041 QPC.
- C. const., 16 novembre 2023, n° 2023-855 DC.

Jurisprudence du Tribunal des conflits

- Tribunal des conflits, 6 avril 1946, *Sieur Machinot c/Préfet de police*.
- Tribunal des conflits, 22 février 1960, n° 01647.
- Tribunal des conflits, 17 février 1997, n° 03045, *Préfet de la région Île-de-France*.
- Tribunal des conflits, 17 juin 2013, n°C3911, *Bergoend c/ ERDF Annecy Léman*.
- Tribunal des conflits, 3 juillet 2023, n°C4279.

Jurisprudence de la Cour de cassation

➢ Chambre des requêtes

- Cass. Req., 28 janvier 1945, *Teyssier*.

➢ Chambre civile

- Cass. Civ., 1ère, 20 mai 1996, *Dr. Nicolas c/Époux Mercier*.
- Cass. Civ., 1ère, 29 mai 1996, n° 92-05.018. *Melle X c/Centre hospitalier spécialisé du Gers.*
- Cass. Civ., 1ère, 27 mai 1998, n° 96-19.161.
- Cass. Civ., 1ère, 25 février 1997, n° 94-19.685.
- Cass. Civ., 1ère, 14 octobre 1997, n° 95-19.609.

- Cass. Civ., 1ère 13 octobre 1999, n° 97-16.216.
- Cass. Civ., 1ère, 23 mai 2000, n° 98-18.513.
- Cass. Civ., 1ère, 9 octobre 2001, n° 00-14.564.
- Cass. Civ., 1ère, 19 décembre 2002, n° 11-22485, *Mme X c/CHS de Lannemezan, maire de Tarbes, Préfet des Hautes-Pyrénnées*.
- Cass. Civ., 1ère, 6 mai 2003, n° 01-03.259.
- Cass. Civ., 1ère, 16 mars 2004, n° 01-15.538, *Granata*.
- Cass. Civ., 1ère, 6 octobre 2011, n° 10-21.241.
- Cass. Civ., 1ère, 6 octobre 2011, n° 10-26.705.
- Cass. Civ., 1ère, 5 décembre 2012, n° 11-24527, *Mme et M. X c/AJT, CHS de Narbonne, Dr. Y.*
- Cass. Civ., 1ère, 5 février 2014, n° 11-28564, *M.X*.
- Cass. Civ., 1ère, 18 juin 2014, n° 13-16887, *M.X c/Préfet des côtes d'Armor*.
- Cass. Civ., 1ère, 18 décembre 2014, n° 13-26816, *EPSM Lille-métropole c/Mme X*.
- Cass. Civ., 1ère, 15 janvier 2015, n° 13-26756, *CA Dijon c/M.X*.
- Cass. Civ., 1ère, 15 janvier 2015, n° 13-24361.
- Cass. Civ., 1ère, 4 mars 2015, n° 14-17824.
- Cass. Civ., 1ère, 28 mai 2015, n° 14-15.686.
- Cass. Civ., 1ère, 15 juin 2017, n° 15-50.006.
- Cass. Civ., 1ère, 27 septembre 2017, n° 16-22.544.
- Cass. Civ., 1ère, 14 mars 2018, n° 17-13.223.
- Cass. Civ., 1ère, 24 mai 2018, n° 17-17.814.
- Cass. Civ., 1ère, 24 mai 2018, n° 17-21.056.
- Cass. Civ., 1ère, 7 novembre 2019, n° 19-18.262.
- Cass. Civ., 1ère, 5 décembre 2019 ; n° 19-22.930.
- Cass. Civ., 1ère, 15 octobre 2020, n° 20-14.271.
- Cass. Civ., 1ère, 31 mars 2021, n° 20-11.705.
- Cass. Civ., 1ère, 8 juillet 2021, n° 20-23.333.
- Cass. Civ., 1ère, 29 septembre 2021, n° 20-14.611.
- Cass. Civ., 1ère, 12 janvier 2022, n° 20-16.311.
- Cass. Civ., 1ère, 6 avril 2022, n° 20-22.148.
- Cass. Civ., 1ère, 8 janvier 2023, n° 22-10.852.
- Cass. Civ., 1ère, 18 janvier 2023, n° 21-23.681.
- Cass. Civ., 1ère, 18 janvier 2023, n° 21-21.370.
- Cass. Civ., 1ère, 26 janvier 2023, n° 22-40.019.
- Cass. Civ., 1ère, 26 janvier 2023, n° 22-40.021.
- Cass. Civ., 1ère, 5 juillet 2023, n° 23-10.096.
- Cass. Civ., 1ère, 31 janvier 2024, n° 22-23.242.

➢ Chambre criminelle

- Cass. Crim., 19 décembre 1885, n° 83-92.813.
- Cass. Crim., 1er juillet 1937, *Affaire des stérilisés de Bordeaux*.
- Cass. Crim., 13 décembre 1956, n° 55-05.772.
- Cass. Crim., 26 octobre 1967, n° 92-25.566.
- Cass. Crim., 3 juillet 1969, n° 68-93.493.
- Cass. Crim., 16 octobre 1975, n°74-90.871
- Cass. Crim., 18 octobre 1989, n° 89-80.462.
- Cass. Crim., 13 mars 1991, n° 90-83.913.
- Cass. Crim., 29 juin 1999 n° 98-82.300.
- Cass. Crim., 13 novembre 2001, n° 00-88.128.
- Cass. Crim., 12 février 2003, n° 02-86.531.
- Cass. Crim., 26 février 2003, n° 02-88.131.
- Cass. Crim., 29 octobre 2003, n° 03-80.374.
- Cass. Crim., 5 janvier 2005, n° 04-82.738.
- Cass. Crim., 28 septembre 2005, n° 05-81.010.
- Cass. Crim., 15 mars 2006, n° 05-83.684.
- Cass. Crim., 4 mars 2008, n° 07-81.108.
- Cass. Crim., 2 septembre 2009, n° 09-84.17.
- Cass. Crim., 3 mars 2010, n° 09-86.405.
- Cass. Crim., 29 février 2012, n° 11-88.441.
- Cass. Crim., 21 octobre 2015, n° 14-82.832.
- Cass. Crim., 18 septembre 2019, n° 19-83.950.
- Cass. Crim., 8 juillet 2020, n° 20-81.739.
- Cass. Crim., 19 août 2020, n° 20-82.171.
- Cass. Crim., 16 septembre 2020, n° 20-82.674 et 20-82.389.
- Cass. Crim., 23 septembre 2020, n° 20-84.065 et 20-82.868.
- Cass. Crim., 25 novembre 2020, n° 20-84.886.

Jurisprudence du Conseil d'État

- CE, 4 janvier 1918, n° 60668, *Mineurs Zulemaro.*
- CE, 4 janvier 1918, n° 59286, *Duchesne.*
- CE, 23 janvier 1931, n° 2159, *Dame et Dlle Garcin c/ministre de l'Intérieur.*
- CE, 8 novembre 1935, n° 31999, *Dame Vion épouse Loiseau et Veuve Philipponeau*.
- CE, 21 mars 1947, n° 80338, *Veuves Aubry et Lefèvre.*
- CE, 17 février 1950, n° 86949, *Ministre de l'Agriculture c/Dame Lamotte*.
- CE, 3 octobre 1958, n° 34789, *Rakotoarinovy*.
- CE, 18 novembre 1959, n° 36385, *Dpt de Constantine*.
- CE, 19 octobre 1962, n° 58502, *Canal, Robin et Godot*.

- CE, 2 décembre 1966, n° 65158.
- CE, 5 janvier 1966, n° 59552, *Hawezack.*
- CE, 9 janvier 1970, n° 73067.
- CE, 12 mai 1972, n° 80283, *Dame Veuve Imoula*.
- CE, 3 juillet 1974, n° 87939 et n° 90199, *Centre hospitalier de Lagny*.
- CE, 5 mars 1975, n° 92392, *Dame Moulis.*
- CE, 4 juin 1976, n° 95474, *Hôpital de Maubeuge*.
- CE, 21 décembre 1976, n° 97517.
- CE, 23 décembre 1981, n° 18345, *Centre hospitalier de Bayonne*.
- CE, 26 juillet 1982, n° 40701, *Sous-traitants associés de l'électronique*.
- CE, 10 février 1984, n° 32794 et 39790, *Mme Dufour c/ministre de l'Intérieur*.
- CE, 20 avril 1984, n° 37772 et 37774, *Melle Valton et Melle Crépeaux*.
- CE, 23 décembre 1987, n° 37090, *Époux Bachelier*.
- CE, 18 novembre 1988, n° 74952, *Ministère de la défense c/Époux Raszewki.*
- CE, 31 mars 1989, n° 69547, *Ministère de l'Intérieur et de la décentralisation c/Lambert*.
- CE, 18 octobre 1989, n° 75096.
- CE, 12 décembre 1990, n° 74114, *Syndicat des sylvicultures du Sud-Ouest*.
- CE, 17 février 1995, n° 97754, *Marie.*
- CE, 3 novembre 1997, n° 146447.
- CE, 18 février 1998, n° 171851.
- CE, 29 décembre 1999, n° 210147.
- CE, sect., 5 janvier 2000, n° 181899.
- CE 21 février 2000, n° 195207, *Vogel*.
- CE, 28 février 2001, n° 230112, *Philippart et Lesage*.
- CE, 28 septembre 2011, n° 347585, *Garde des Sceaux, ministre de la Justice c/M. Levèque*.
- CE, 26 octobre 2001, n°198546 A, *Mme Senanayaké*.
- CE 9 novembre 2001, n° 235247, *Deslandes*.
- CE, ref., 16 août 2002, n° 249552, *Mme Feuillatey c/CHU de Saint-Etienne*.
- CE, ord., 3 mars 2003, n° 254625.
- CE, 23 mai 2003, n° 244663, *Mme Chabba.*
- CE, 3 décembre 2003, n° 244867, *CHS de Caen*.
- CE, 9 avril 2004, n° 25253.
- CE, 9 avril 2004, n° 258376, *Syndicat national FO des personnels de préfecture*.
- CE, 9 août 2004, n° 270860, *Époux Yilma.*
- CE, 18 janvier 2005, n° 276018.
- CE, 30 mars 2005, n° 276017.
- CE, 27 mai 2005, n° 280866.
- CE, 26 septembre 2005, n° 270234, *Conseil national de l'Ordre des médecins*.
- CE, 26 juillet 2006, n° 283156.
- CE, 6 avril 2007, n° 280494.
- CE, 9 juillet 2007, n° 281205, *Delorme*.

- CE, 14 décembre 2007, n° 290730, *Garde des sceaux, ministre de la Justice c/Boussouar*.
- CE, 14 décembre 2007, n° 306432, *Garde des sceaux, ministre de la Justice c/Payet*.
- CE, 14 décembre 2007, n° 290420, *Garde des sceaux, ministre de la Justice c/Planchenault*.
- CE, 20 novembre 2009, n° 313598.
- CE, 9 juin 2010, n° 321506.
- CE, 16 juin 2010, n° 340453.
- CE, 2 juillet 2010, n° 323890, *Madranges.*
- CE, 9 décembre 2010, n° 321506.
- CE, 27 mai 2011, n° 330267.
- CE, 28 juillet 2011, n°331126 B, *Mme A. c/CH d'Auxerre*.
- CE, 11 avril 2012, n° 322326, *Gisti et Fapil*.
- CE, 24 avril 2012, n° 342104, *M et Mme Massioui*.
- CE, 13 mars 2013, n° 342704.
- CE, 13 mars 2013, n°354976B.
- CE, ord., 6 juin 2013, n° 368816.
- CE, 25 juillet 2013, n° 339922, *Centre hospitalier universitaire de Chambéry*.
- CE, 10 février 2014, n° 358992, *Fischer.*
- CE, 30 janvier 2015, n° 363520, *Union syndicale solidaires.*
- CE, 1er juin 2015, n° 380449.
- CE, 26 juin 2015, n° 381648.
- CE, 30 juillet 2015, n° 392043, *Section française de l'Observatoire international des prisons*.
- CE, 28 juillet 2017, n° 410677, *Section française de l'Observatoire international des prisons*.
- CE, 2 octobre 2017, n° 399753 B.
- CE, 28 décembre 2018, n° 411846.
- CE, 30 janvier 2019, n° 401681.
- CE, 13 mars 2019, n°418101 B, *M. Attoumane*.
- CE, 4 octobre 2019, n° 421329, *CRPA.*
- CE, 27 mars 2020, n° n° 431350, 431530, 432306, 432329, 432378 et 435722.
- CE, ord., 8 avr. 2020, n° 439827, *Section française de l'Observatoire international des prisons et autres*.
- CE, ord., 8 avril 2020, n° 439821.
- CE, ord., 14 avril 2020, n° 439899.
- CE, ord., 14 avril 2020, n° 439924.
- CE, 7 mai 2020, n°440151 B, *Garde des Sceaux, min. de la Justice c/l'Ordre des avocats du barreau de Martinique*.
- CE, 3 juillet 2020, n° 441391.
- CE, 8 octobre 2020, n° 444741.
- CE, 19 octobre 2020, n° 439372.
- CE, 1er juillet 2021, n° 427301, *Commune de Grande-Synthe*.
- CE, 29 novembre 2022, n° 466082.

Décision de Cour d'appel

- CA Paris, 17 mars 1986, *Assistance publique de Paris/X. et autres.*
- CA Paris, 17 juin 2004, n° 04/06710.
- CA Orléans, 11 septembre 2013, n° 13/00082.
- CA Versailles, 26 mars 2014, n° 14/0208.
- CA Versailles, 24 octobre 2014, n° 14/07580.
- CA Versailles, 24 octobre 2014, n° 14/07759.
- CA Paris, 31 octobre 2014, n° 14/00381.
- CA Versailles, 7 novembre 2014, n° 14/07898.
- CA Grenoble, 31 juillet 2015, n° 15/00040.
- CA Paris, 7 août 2015, n° 15/00335.
- CA Versailles, 11 août 2015, n° 15/05823.
- CA Poitiers, 10 septembre 2015, n° 15/00039.
- CA Versailles, 18 mars 2016, n° 16/0118.
- CA Versailles, 5 avril 2016, n° 16/02233.
- CA Paris, 6 avril 2016, n° 16/00142.
- CA Colmar, 23 mai 2016, n° 16/02398.
- CA Versailles, 31 mai 2016, n° 16/03796.
- CA Dijon, 14 juin 2016, n° 16/0023.
- CA Versailles, 1er juillet 2016, n° 16/04702.
- CA Versailles, 8 juillet 2016, n° 16/04999.
- CA Versailles, 11 octobre 2016, n° 16/07153.
- CA Limoges, 21 octobre 2016, n° 16/00045.
- CA Versailles, 24 octobre 2016, n° 16/07393.
- CA Versailles, 23 novembre 2016, n° 16/08111.
- CA Douai, 15 décembre 2016, n° 16/00122.
- CA Versailles, 3 février 2017, n° 17/00888.
- CA Caen, 27 mars 2017, n° 17/01030.
- CA Versailles, 16 juin 2017, n° 17/04374.
- CA Montpellier, 31 mai 2018, n° 18/02632.
- CA Orléans, 10 avril 2019, n° 19/00023.
- CA Montpellier, ord., 17 septembre 2019, n° 19/06690.
- CA Aix-en-Provence, 1er décembre 2020, n° 20/00194.
- CA Bordeaux, 12 mai 2021, n° 21/00649.

Décision de Cour administrative d'appel

- CAA Paris, 24 septembre 1998, n°95PA03798.
- CAA Marseille, 6 juillet 2000, n°99MA05523 et n°99MA05524.
- CAA Marseille, 28 décembre 2000, n°98MA00072.
- CAA Paris, 18 juin 2002, n°98PA01354
- CAA Bordeaux, 25 juin 2002, n°99BX02809.
- CAA Marseille, 1er mars 2004, n°00MA02328.
- CAA Paris, 30 septembre 2004, n°03PA01769.
- CAA Bordeaux, 20 juin 2006, n° 04BX01907.
- CAA Nancy, 7 janvier 2008, n°06NC01639.
- CAA Nancy, 7 janvier 2008, n°06NC01639.
- CAA Versailles, 16 décembre 2010, n°08VE00299.
- CAA Bordeaux, 4 octobre 2011, n°10BX03217.
- CAA Bordeaux, 6 novembre 2012, n°11BX01790.
- CAA Paris, 2 avril 2013, n°11PA04209.
- CAA Lyon, 29 janvier 2015, n°13LY03125.
- CAA Versailles, 20 octobre 2015, n°14VE02749.
- CAA Bordeaux, 8 décembre 2015, n°15BX02216.
- CAA Bordeaux, 10 novembre 2015, n°14BX01260.
- CAA Paris, 3 juillet 2017, n°15PA04760.
- CAA Versailles, 5 janvier 2021, n°16VE03356.
- CAA Nantes, 25 mars 2022, n̊ 21NT01802.

Décisions du Tribunal de grande instance

- TGI Libourne, 15 juin 1989, *Melle M.*
- TGI Créteil, 15 juin 1990.
- TGI Avignon, 31 juillet 1990.
- TGI Rennes, 24 décembre 1991.
- TGI Evry, 27 avril 1998, *M. L.*
- TGI Créteil, 7 décembre 2001.
- TGI Versailles, 25 juin 2004, n° 04/00069.
- TGI Rennes, 5 janvier 2016, n° 16/00011.
- TGI Versailles, 19 août 2016, n° 16/01023.
- TGI Dijon, 4 avril 2017, n° 17/00188.

Décision du Tribunal administratif

- TA Lyon, 6 octobre 1992, n° 9101651.
- TA Dijon, 11 février 1997, n° 967180.
- TA Melun, 14 mai 1997, n° 97171.
- TA Melun, 15 octobre 1997, n° 9607523.
- TA Melun, 15 octobre 1997, n° 9612297.
- TA Versailles, 12 mars 1998, n° 961195.
- TA Marseille, 2 mai 2000, n° 971095.
- TA Rouen, 30 juin 2000, n° 981187.
- TA Caen, 2 juillet 2002, n° 02942.
- TA Nouvelle-Calédonie, 19 juin 2003, n° 030223.
- TA Paris, 30 octobre 2002, n° 006413.
- TA Rouen, 30 juillet 2004, n° 0200894.
- TA Rouen, 27 mars 2008, n° 0602590.
- TA Rennes, 18 juin 2012, n° 1202373.
- TA Nancy, 4 septembre 2012, n° 1201790.
- TA Bordeaux, 4 février 2014, n° 1203764.
- TA Caen, 24 septembre 2015, n° 1500035.
- TA Rennes, 5 octobre 2017, n° 1604957.
- TA Lyon, 11 juin 2020, n° 2003499.
- TA Paris, 14 octobre 2021, n° 1904967, 1904968, 1904972, 1904976/4-1

INDEX ALPHABÉTIQUE

Les numéros indiqués renvoient aux numéros de pages.

A

Accès aux soins, 15, 71, 73, 74, 76, 77, 236, 241
Accompagnement à l'autonomie en santé, 455
Admission en soins psychiatriques
  SDT, 78
  SPDRE, 80
  SPI, 78
  Urgence, 78
Aidant, 287, 288
  prison, 288
  SPSC, 288
Alliance thérapeutique, 150
AME, 72
Analphabétisme, 5, 75, 116, 190, 397
Autorisation de sortie
  SPSC, 113, 114

B

Bientraitance, 444, 445, 446
Bilan de santé, 75

C

CDSP (commission départementale des soins psychiatriques), 145, 201, 202, 315, 316, 408, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 432, 506
Centre national de gestion de la protection sociale des personnes écrouées, 66
Certificat médical circonstancié, 82, 83, 262
CGLPL, 1, 43, 91, 92, 99, 110, 116, 117, 226, 270, 299, 328, 408, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 422, 436, 471
Charte d'Ottawa, 51
Charte de Genève, 52
Charte de l'environnement, 56
Charte des droits du patient en psychiatrie, 68
Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, 54
Charte des Nations-Unies, 28, 30
Charte pénitentiaire européenne, 33
Charte sociale européenne, 53
Choix
  praticien, 285
Commission des usagers, 183
Commission du suivi médical, 428
Commission nationale consultative des droits de l'Homme (CNCDH), 108
Commissions pluridisciplinaires uniques, 329
Consentement, 148, 155, 158, 159, 318, 319, 320, 321
Contention, 32, 43, 46, 92, 110, 223, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 323, 348, 353, 354, 420, 424, 436, 438, 440, 441, 442, 443, 463, 482, 483, 488, 493, 499, 502, 508, 512, 513, 518, 519, 529
Continuité des soins, 61, 67
Contrat d'emploi pénitentiaire, 118
Convention contre la torture et autres peines ou traitements cruels, inhumains ou dégradants, 28
Convention d'Oviedo, 29, 52
Convention européenne pour la prévention de la torture et des peines ou des traitements inhumains ou dégradants, 32
Convention relative aux droits des personnes handicapées, 63
CPU, 117
CSS, 72

D

Dangerosité, 5, 6, 101
Déclaration de Trenčín, 61
Déclaration des droits des personnes handicapées, 41
Défenseur des droits, 410, 411, 413, 414
Démarche qualité, 448, 449
Dignité humaine, 25, 27, 28, 29, 32, 34, 35, 37, 38, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 171
Directives anticipées, 121, 122, 123, 124, 129, 153, 174, 453, 454, 503
  psychiatrie (DAP), 123
Dossier patient, 208, 209, 212, 213, 216, 217, 314
  accès, 218, 220, 223, 224
  délais, 221
  notes du médecin, 215
  recours, 225
  SPSC (exception), 315
Droit à l'information, 136, 137, 310, 311
  prison, 138, 140, 142
  SPSC, 145, 146
Droit à l'intimité, 109, 110, 112
Droit à la correspondance, 184, 185
  prison, 188, 189, 190
  SPSC, 185, 187

Droit à la protection de la santé, 23, 25, 27, 49, 51, 53, 55, 56, 57, 58, 59, 62, 64, 67, 68, 131, 231
Droit à la protection sociale, 56
Droit à la vie, 53, 345, 346, 348, 350
Droit à la vie privée et familiale, 105, 108, 109, 112
prison, 106, 107, 111
SPSC, 108, 109
Droit à l'information, 143, 313
Droit à protection de la santé
OMS (définition), 50
Droit à réparation, 365
Droit au développement personnel, 56
Droit au procès équitable, 363
Droit au recours, 343, 360, 361, 365, 366, 388, 399
Droit d'accès à la sécurité sociale, 54
Droit de vote, 194
prison, 195, 196
SPSC, 194
DUDH, 30

E

Education thérapeutique du patient, 457, 458
Entraves, 167, 291, 297, 298, 299, 300, 310, 327, 328
EPSNF, 92
Examen gynécologique, 299
Extraction, 290, 291

F

Fin de vie, 119, 120
prison, 125, 130
SPSC, 120, 121, 124
Formation, 7, 41, 54, 87, 111, 115, 116, 117, 248, 288, 328, 337, 438, 445, 454, 456, 457, 460, 461, 462, 463, 517, 519, 524, 527, 530
Fouille, 292, 293, 294, 295, 296

G

GENESIS, 334, 335, 336
Grève de la faim, 179, 357, 358
Guide méthodologique, 33, 60, 66, 75, 88, 90, 93, 94, 95, 97, 98, 107, 108, 137, 138, 157, 178, 179, 205, 351, 519

H

HOPSYWEB, 330, 331, 332, 333

I

Illettrisme, 5, 75, 116, 190, 327, 397, 496
Injonction de soins, 85, 86, 87, 498, 514
Injonction thérapeutique, 85
IPPP, 100, 101, 102, 103
Irresponsabilité pénale, 84, 266, 267
Isolement, 212, 281, 304, 305, 306, 440, 441, 443
traçabililité, 213

J

JLD (juge des libertés et de la détention), IV, 46, 82, 84, 108, 144, 305, 322, 380, 381, 382, 427, 430, 432, 433, 493, 502

L

Liberté d'aller et de venir, 4
Liberté de culte, 192, 193

M

Mandat de protection future, 452, 453, 454
Moindre éligibilité, 17, 60, 283, 435, 504

O

Obligation de soins, 85, 86, 514
Obligation procédurale d'enquête, 366, 367
Obligation procédurale d'enquête, 369, 370, 371, 372
Offre de soins, IV, 23, 63, 71, 99, 119, 173, 235, 236, 244, 245, 246, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 257, 258, 259, 260, 265, 330, 437, 502

P

Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, 50
Parcours de soins, 2, 95, 147, 152, 202, 235, 284, 317, 438
Participation du patient, 199, 200, 204
Patient, 2
détenu (définition), 3
SPSC (définition), 4
PDS (programme de soins), 77, 99, 100, 113, 115, 151, 152, 153, 154, 212, 317, 319, 321, 458
Permission de sortie, 205, 246, 247
Personne de confiance, 79, 113, 114, 122, 124, 129, 140, 174, 287, 289
Précarité, 5
Préfet
pouvoirs (SPSC), 261, 262, 264, 265
Prévention, 436, 438, 439
Principe d'équivalence des soins, 177
Principes pour la protection des personnes atteintes de maladie mentale et pour l'amélioration des soins de santé mentale, 41
Promotion de la santé, 51
PTS (projet territorial de santé), 201, 252
PTSM (projet territorial de santé mentale), 63, 91, 95,240, 252, 330
PUMA, 72

Q

Qualité des soins, 62, 67, 444

R

Recommandation de Madrid, 61
Recours
  dignité humaine, 395, 396, 397
  juge administratif, 375, 377
  juge judiciaire, 379
Référé constatation, 389
Référé-contestation, 391
Référé-liberté, 390, 391, 392
Référé-suspension, 391, 392
Refus de soins, 170, 171, 178
  prison, 177
  SPSC, 171, 173, 175, 176
Règles Mandela, 30, 31, 60
Règles pénitentiaires européennes, 32, 65
Réinsertion, 4, 21, 61, 67, 79, 99, 105, 107, 112, 113, 115, 116, 118, 119, 330, 341, 378, 483, 514

S

Santé
  définition, 22
  définition OMS, 22
Secret professionnel, 160, 162, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 324, 325, 326, 327, 328
Secteur psychiatrique, 96, 237
Sectorisation, 238, 240, 241
  prison, 244
SMPR, 66, 97, 491, 530
Soins psychiatriques
  définition, 89
  prison, 96
Soins somatiques
  définition, 89
  prison, 90
  prison (extérieur), 92
  SPSC, 91
SPDRE, 81
  danger imminent, 82
Stérilisation, 47
Suicide, 349, 350, 351
Suspension médicale de peine, 66, 125, 126, 127, 129
Système de santé
  définition, 231

T

Télémédecine, 255
Tiers, 78, 79
  définition, 77
Torture, 32, 53, 352
  définition, 28
Traitement inhumain ou dégradant, 173, 280, 322, 355, 356
Transfèrement, 290
Transports, 290
Travail
  prison, 117
Tuberculose, 156

U

UHSA (unité hospitalière spécialement aménagée), VI, 63, 88, 98, 107, 258, 259, 260, 435, 492, 508, 519, 531
UHSI(Unité hospitalière sécurisée interrégionale),63, 94, 98, 130, 260, 516
UMD, VI, 9, 63, 88, 100, 101, 108, 428, 504, 516
Unités de vie familiale, 111
USMP, VI, 63, 75, 76, 83, 90, 97, 129, 156, 258

V

Voie de fait, 383, 384
Vulnérabilité, 5, 59

TABLE DES MATIÈRES

HOMMAGE ..... **I**

ABRÉVIATIONS UTILISÉES ..... **III**

SOMMAIRE ..... **VII**

INTRODUCTION **1**

PARTIE I : LA CONSTRUCTION DES DROITS DES PATIENTS DSPSC **21**

TITRE I : LA SPECIFICITE DU DROIT A LA PROTECTION DE LA SANTE DANS CES ESPACES CONTRAINTS 25

Chapitre I : Une spécificité limitée à l'égard des droits fondamentaux des patients DSPSC *27*

Section 1 : Le respect absolu de la dignité humaine 28

§ 1 : La reconnaissance de la dignité humaine à l'égard des patients détenus 30

A : Une reconnaissance par la norme internationale 30

1) Une reconnaissance par la norme onusienne 30

2) Une reconnaissance par les normes européennes 32

B : Une reconnaissance par la norme interne 35

1) Une première reconnaissance issue du Code de procédure pénale et de la loi pénitentiaire de 2009 35

2) Une consolidation issue du Code de procédure pénale et du Code pénitentiaire 37

§ 2 : La reconnaissance de la dignité humaine à l'égard du patient en SPSC 39

A : Une reconnaissance par la norme internationale 40

1) La reconnaissance par la norme onusienne 40

2) La reconnaissance par la norme européenne 42

B : Une reconnaissance par la norme interne 45

1) Une reconnaissance générale issue du Code civil et du CSP 45

2) Une reconnaissance spéciale vis-à-vis de la stérilisation et des recherches biomédicales 46

Section 2 : La reconnaissance d'un droit à la protection de la santé 49

§ 1 : Les fondements du droit à la protection de la santé 49

A : Les fondements internationaux du droit à la protection de la santé 50

1) Les fondements onusiens du droit à la protection de la santé 50

2) Les fondements européens du droit à la protection de la santé 53

B : Les fondements internes du droit à la protection de la santé 55

1) Les fondements issus de la Constitution 55

2) Les fondements issus des sources infraconstitutionnelles 57

§ 2 : La reconnaissance spéciale du droit à la protection de la santé en faveur des patients DSPSC 59

A : La reconnaissance spéciale par la norme internationale 59

1) Une reconnaissance en faveur des patients détenus 60

2) Une reconnaissance en faveur des patients en SPSC 63

B : La reconnaissance spéciale par la norme interne 65

1) La reconnaissance en faveur des patients détenus 65

2) La reconnaissance en faveur des patients en SPSC 67

Chapitre II : Une spécificité induite par la privation de liberté *71*

Section 1 : Les spécificités inhérentes à la prise en charge du patient 73

§ 1 : Les originalités du droit d'accès aux soins 73

A : Un accès aux soins initié à la demande d'une personne privée 74

1) Le principe d'un accès aux soins à la demande du patient 74

2) Un accès aux soins impulsé par un tiers 77

B : Un accès aux soins imposé par l'autorité publique 80

1) Un accès aux soins classiquement imposé par l'autorité administrative 81

2) Un accès aux soins ordonné par l'autorité judiciaire 84

§ 2 : Une qualité des soins assurée par l'instauration de structures spéciales 88

A : Les structures de soins réservées à la prise en charge des soins somatiques 89

1) La prise en charge des soins somatiques au sein de l'établissement d'accueil 90

2) La prise en charge des soins somatiques à l'extérieur de l'établissement d'accueil 92

B : Les structures de soins réservées à la prise en charge des soins psychiatriques 96

1) Les structures générales de soins psychiatriques 96

2) Les structures spéciales des soins psychiatriques....100
Section 2 : Le respect de la personne dans ses choix de vie....104
§ 1 : La prise en charge du développement personnel du patient....105
A : Le délicat maintien d'un droit à la vie privée et familiale....106
1) Un droit à la vie privée et familiale limité....107
2) Un droit à la vie privée et familiale surveillé....109
B : La nécessaire prise en compte de la réinsertion sociale du patient....112
1) Le droit à la réinsertion du patient dans les SPSC....113
2) Le droit à la réinsertion du patient détenu....115
§ 2 : La prise en charge de la fin de vie du patient....119
A : La fin de vie en SPSC....120
1) La situation clinique du patient en fin de vie dans le cadre des SPSC....120
2) Le renforcement des droits du patient en fin de vie dans les SPSC....122
B : La fin de vie en prison....125
1) L'instauration d'une suspension médicale de peine....125
2) La délicate application des dispositifs de droit commun relatifs à la fin de vie....129
CONCLUSION TITRE I....131
TITRE II : LA PRISE EN COMPTE DE L'EXPRESSION DE LA PERSONNE DANS LES DROITS DES PATIENTS DSPSC....133
Chapitre I : La prise en compte de l'expression du patient par le corps médical....135
Section 1 : Le respect de l'expression du patient à travers le droit à l'information....136
§ 1 : Une reconnaissance a priori du droit à l'information du patient....137
A : Le droit à l'information à l'égard du patient détenu....137
1) Une reconnaissance théorique du droit à l'information....138
2) Un droit à l'information limité....140
B : L'instauration d'un droit à l'information dans les SPSC....142
1) Une information à destination des professionnels....143
2) La reconnaissance imparfaite d'un droit à l'information à l'égard du patient....146
§ 2 : La prise en compte du consentement du patient....148
A : Vers la recherche d'un consentement d'adhésion aux soins en psychiatrie....149
1) La recherche du consentement au cours du déroulé de soins....149
2) La prise en compte du consentement du patient dans l'élaboration du programme de soins....152
B : La prise en compte du consentement du patient détenu....155
1) L'inégale prise en compte du consentement à l'arrivée en prison....155
2) Une meilleure prise en compte du consentement du patient au cours de l'incarcération....158
Section 2 : Le respect de l'expression du patient au cours de la relation de soins....159
§ 1 : Le caractère fondamental du secret professionnel dans la relation de soins....160
A : Un droit séculaire de la relation médicale....160
1) Les origines du secret professionnel dans la relation de soins....161
2) La consécration légale du secret professionnel....162
B : Le secret professionnel en prison et dans les SPSC....164
1) La reconnaissance du secret professionnel en prison....165
2) La notion de secret professionnel dans les SPSC....167
§ 2 : La prise en compte du refus de soins....170
A : La reconnaissance limitée du refus de soins en psychiatrie....171
1) Un refus de soins inopposable à l'égard des soins psychiatriques stricto sensu....172
2) Un flou juridique délétère dans le cadre des soins somatiques....174
B : La prise en compte du refus de soins en prison....176
1) La reconnaissance du refus de soins dans les conditions de droit commun....177
2) Le refus de soin dans le cadre particulier de la grève de la faim....179
Chapitre II : La prise en compte de l'expression du patient par l'établissement de santé....183
Section 1 : Les droits-libertés en faveur de l'expression du patient....183
§ 1 : La reconnaissance de droits relatifs à l'expression du patient en tant que personne humaine....184
A : La reconnaissance du droit à la correspondance....184
1) La reconnaissance d'un droit quasi absolu à la correspondance en SPSC....185
2) Un droit à la correspondance limité en prison....188
B : La reconnaissance d'un droit à l'expression personnelle du patient....191
1) Le droit à l'expression des opinions philosophiques et religieuses du patient....191
2) La reconnaissance du droit de vote....194
§ 2 : La reconnaissance de droits relatifs à l'expression du patient en tant qu'usager du système de santé....197
A : La participation de l'usager en SPSC....198
1) La participation du patient en SPSC au sein de l'établissement de santé....199

2) La participation du patient en SPSC au sein d'un territoire de démocratie sanitaire 201
B : La participation de l'usager détenu 203
1) Le quasi impossible exercice du droit à la participation à l'établissement de santé 204
2) Une alternative issue du Guide méthodologique 206
Section 2 : L'accès au dossier médical comme droit-créance en faveur de l'expression du patient 208
§ 1 : L'élaboration du dossier du patient dans les conditions du droit commun 209
A : Un contenu pluridisciplinaire 209
1) Un contenu conforme aux dispositions de droit commun 210
2) Le cas particulier de l'isolement 212
B : Les interrogations relatives à la prise en compte des notes personnelles du médecin 214
1) L'intégration des notes personnelles du médecin au dossier du patient 214
2) La confusion induite par le décret du 7 mai 2012 215
§ 2 : L'accès au dossier médical dans les conditions du droit commun 217
A : Une accessibilité encadrée au dossier du patient 218
1) Les personnes habilitées à accéder au dossier du patient 218
2) La procédure d'accès au dossier médical 220
B : Des difficultés d'accès récurrentes 222
1) Les difficultés inhérentes à l'entrée en possession du dossier médical 223
2) L'exercice des voies de recours 225
CONCLUSION TITRE II 227

CONCLUSION PARTIE I 229

PARTIE II : L'EFFECTIVITE DES DROITS DES PATIENTS DSPSC 231

TITRE I : L'EFFECTIVITE FRAGILISEE DES DROITS DES PATIENTS DSPSC 233
Chapitre I : Une effectivité affaiblie par l'organisation des soins 235
Section 1 : L'influence de l'inégale répartition de l'offre de soins 236
§ 1 : Une offre de soins circonscrite à un territoire spécial de santé 236
A : Le principe de la sectorisation des soins psychiatriques 237
1) L'ancrage historique du secteur psychiatrique 238
2) La complexe réalisation de soins psychiatriques hors secteur 241
B : Une sectorisation déguisée des soins en milieu pénitentiaire 244
1) Une sectorisation délimitée par la technique contractuelle 244
2) Une sortie limitée du cadre contractuel sanitaire 246
§ 2 : Une offre de soins à réinventer 249
A : Le renforcement attendu de l'offre de soins psychiatriques 249
1) La simplification souhaitable du schéma organisationnel des soins psychiatriques 250
2) La mise en œuvre d'une nouvelle répartition de l'offre de soins 253
B : La poursuite du développement de l'offre de soins en milieu pénitentiaire 254
1) Le renforcement de l'accessibilité de l'offre de soins somatiques en milieu pénitentiaire 255
2) Le renforcement de l'offre de soins psychiatriques en milieu pénitentiaire 258
Section 2 : L'inégale répartition des compétences administratives et médicales 260
§ 1 : Une prédominance séculaire du représentant de l'État 261
A : Un pouvoir ancré dans les prérogatives historiques du représentant de l'État 261
1) L'exercice primaire du pouvoir préfectoral 262
2) L'exercice secondaire du pouvoir préfectoral 264
B : Un pouvoir variable dans le cadre des mesures de soins ordonnées judiciairement 266
1) Une compétence partagée entre autorités judiciaires et administratives en cas de discernement aboli 267
2) Une compétence exclusive de l'autorité judiciaire en cas de discernement altéré 269
§ 2 : Un pouvoir médical souvent délaissé 271
A : L'influence variable du corps médical dans le cadre des SPSC 271
1) Une influence manifeste du médecin dans les SDT et SPI 272
2) Une influence discutable du médecin dans le cadre des SPDRE 275
B : Un pouvoir médical utilisé comme compétence d'appui en milieu pénitentiaire 277
1) Une compétence d'appui à visée sanitaire 277
2) Une compétence d'appui à visée sécuritaire 280
Chapitre II : Une effectivité menacée par les pratiques professionnelles 283
Section 1 : Des pratiques professionnelles nocives à l'égard du respect de la personne humaine 283
§ 1 : Des pratiques professionnelles plus sécuritaires que sanitaires 284
A : L'inexistence de la liberté de choix du patient 284
1) Un libre choix institutionnel anéanti dans la mise en place du soin 285
2) Un libre choix limité à l'égard de la sollicitation des tiers 287

B : Un corps sécurisé....289
1) Des transports surveillés....290
2) La mise en œuvre des fouilles....292
§ 2 : Des pratiques professionnelles sécurisées par l'utilisation de la contrainte....297
A : Les contraintes réalisées au moyen d'outils mobiles....297
1) L'utilisation des contraintes mobiles matérielles....298
2) Le recours aux outils de contention primaire....300
B : Les contraintes réalisées au moyen d'outils fixes....302
1) La lente construction juridique de la norme relative à l'isolement et à la contention....303
2) Le droit positif des mesures d'isolement et de contention....307
Section 2 : Des pratiques professionnelles contraires aux droits relatifs à l'expression du patient....310
§ 1 : Les atteintes aux prolégomènes de la relation médicale....311
A : La mise en œuvre incomplète du droit à l'information....311
1) L'oubli récurant de la délivrance d'une information adaptée et proportionnée à l'état de santé du patient....312
2) Un accès limité au dossier du patient....314
B : Des améliorations souhaitables dans la prise en compte du consentement du patient....317
1) La nécessité d'une meilleure compréhension des concepts de volonté et de consentement....318
2) La nécessaire prise en compte du temps dans le soin....321
§ 2 : Les atteintes récurrentes au secret professionnel....324
A : Des dérogations au secret professionnel sous couvert d'un impératif sécuritaire....324
1) La délicate préservation du secret professionnel dans le cadre des SPSC....325
2) La mise à mal du secret professionnel par les pratiques en milieu pénitentiaire....326
B : La mise à mal du secret professionnel dans le cadre de l'utilisation de fichiers informatiques spécialisés....330
1) L'instauration controversée d'HOPSYWEB dans le cadre des SPSC....330
2) La délicate protection du secret professionnel en prison avec le logiciel GENESIS....334
CONCLUSION TITRE I....339
TITRE II : L'EFFECTIVITE RENFORCEE DES GARANTIES DES PATIENTS DSPSC....341
Chapitre I : La reconnaissance par le juge de garanties effectives en faveur des patients DSPSC....343
Section 1 : L'influence du juge européen dans la construction des garanties en faveur des patients DSPSC 344
§ 1 : L'instauration de garanties préventives a priori....345
A : Les garanties reconnues par le juge européen à l'égard des patients DSPSC à l'aune de l'article 2 de la CESDH....345
1) Une garantie générale issue de la qualité de personne humaine....346
2) Une garantie renforcée l'égard de la prévention du suicide....349
B : Les garanties reconnues par le juge européen à l'égard des patients DSPSC à l'aune de l'article 3 de la CESDH....352
1) Une protection générale applicable aux conditions matérielles de vie....352
2) Une protection spéciale dans le cadre de la gestion des grèves de la faim....357
§ 2 : L'instauration de garanties procédurales a posteriori....360
A : La garantie d'un droit au recours effectif par la norme européenne....360
1) Un droit au recours issu des dispositions générales des articles 6 et 13 de la CESDH....362
2) Un droit au recours renforcé par les dispositions de l'article 5 de la CESDH....364
B : Des garanties renforcées par le juge européen à travers l'instauration d'obligations procédurales d'enquête....366
1) Le cadre de l'obligation procédurale d'enquête....367
2) Les critères qualitatifs de l'obligation procédurale d'enquête....371
Section 2 : L'admission d'une diversité de recours devant les juridictions nationales à l'égard des patients DSPSC....373
§ 1 : Les recours offerts aux patients admis en SPSC....374
A : Les recours ouverts aux patients admis en SPSC en vue de la réparation d'un dommage....374
1) La compétence résiduelle du juge administratif dans le cadre des SPSC....375
2) La compétence renforcée du juge judiciaire....379
B : Les recours ouverts aux patients admis en SPSC en vue d'une sanction....382
1) L'utilisation de la voie de fait....383
2) Le possible engagement de la responsabilité pénale....384
§ 2 : Les recours offerts au patient détenu....388
A : La compétence partagée du juge administratif et judiciaire dans le cadre des mesures provisoires ou urgentes....389
1) L'ouverture des procédures de référés traditionnels au patient détenu....390

2) Des garanties consolidées par l'instauration d'un recours judiciaire visant à garantir le droit au respect de la dignité humaine en détention 394
B : La reconnaissance traditionnelle d'un droit au recours sur le fond 398
1) La remise en cause de la légalité d'une décision administrative 398
2) La réparation du préjudice subi par le fait d'un service public 401
Chapitre II : Le rôle des acteurs extrajudiciaires dans la garantie du droit à la protection de la santé des patients DSPSC 405
Section 1 : L'influence du rôle des acteurs extrajudiciaires dans la défense des droits des patients DSPSC . 406
§ 1 : L'influence des autorités administratives indépendantes dans la défense des droits des patients DSPSC 406
A : L'action du Défenseur des droits 408
1) Le cadre d'intervention du Défenseur des droits 408
2) Les pouvoirs du Défendeur des droits 412
B : L'action du CGLPL 413
1) L'intervention du CGLPL dans les lieux privatifs de liberté 414
2) L'apport du travail rédactionnel du CGLPL 417
§ 2 : L'influence de la CDSP 420
A : Une mission de contrôle actée par le législateur 421
1) La présence de la CDSP tout au long du parcours de soins 421
2) Une levée de mesure à l'initiative de la CDSP 425
B : Un renforcement délicat des missions de la CDSP 427
1) La possible extension des missions de la CDSP 428
2) Une solution esquissée par l'ancien article L. 3223-2 du CSP 430
Section 2 : Des garanties en faveur du patient à (ré)inventer 432
§ 1 : Un renforcement souhaitable du droit aux soins 433
A : Le développement de la prévention 433
1) Le renforcement de la prévention dans les lieux privatifs de liberté par les pouvoirs publics 434
2) Un renforcement original de la prévention en faveur de l'isolement et de la contention .. 438
B : Une qualité des soins à préserver 442
1) La démarche bientraitante dans les lieux privatifs de liberté 442
2) La démarche qualité dans les lieux privatifs de liberté 446
§ 2 : Des garanties renforcées par une meilleure exploitation des outils en faveur de l'autonomie personnelle 449
A : Le renforcement de la capacité décisionnelle du patient 450
1) Une exploitation originale du mandat de protection future 450
2) La mise en œuvre contemporaine de l'accompagnement à l'autonomie en santé 453
B : Des garanties renforcées par le déploiement des actions de formation 455
1) L'éducation thérapeutique du patient DSPSC 455
2) Le renforcement des actions de formation continue 459
CONCLUSION TITRE II 463
CONCLUSION PARTIE II 465
CONCLUSION GENERALE 467
BIBLIOGRAPHIE 471
INDEX ALPHABÉTIQUE 543
TABLE DES MATIÈRES 546

Titre : Les droits du patient en prison et en soins psychiatriques sans consentement.

Résumé : Les patients détenus et en soins psychiatriques sans consentement (DSPSC) sont des patients à part entière de notre système de santé. À ce titre, ils devraient bénéficier du droit à la protection de la dignité humaine, du droit à la protection de la santé, et plus généralement, de tous les droits reconnus par le Code de la santé publique aux articles L. 1110-1 et suivants. Toutefois, la prison et l'institution psychiatrique sont des lieux singuliers. L'influence de l'impératif sécuritaire dans ces établissements ne peut pas être ignorée. Le législateur doit constamment veiller à préserver les prérogatives des patients DSPSC, en tenant compte des attentes de la société et des impératifs d'ordre public. Si des efforts sont consentis, ils ne sont pas toujours suffisants pour maintenir cet équilibre délicat. Outre l'influence du concept de moindre éligibilité, ce dernier est fragilisé par la crise que connait le milieu sanitaire depuis plusieurs années et qui met à mal les bonnes pratiques professionnelles. Cette situation délétère se répercute sur la qualité de la prise en charge. Pour tenter de protéger les patients DSPSC de ces atteintes, des garanties effectives doivent leur être accordées. Dans ces situations, il est légitime de vouloir s'en remettre aux juges internes et européens. Cependant, leur saisine obéit à des procédures formalisées qui peuvent facilement décourager les requérants. Face à ce constat, des alternatives ont été instaurées. Elles peuvent se manifester par l'intervention d'autorités administratives indépendantes comme le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou encore, de manière plus originale, par des acteurs privés.

Mots-clés : Patients, prison, soins psychiatriques sans consentement.

Title : Patient rights in prison and mental health care without consent.

Abstract : Patients detained and in psychiatric care without consent are fully-fledged patients of our health system. As such, they should enjoy the right to protection of human dignity, the right to health protection and more generally all the rights recognized by the Public Health Code in articles L. 1110-1 et seq. However, the prison and psychiatric institution are unique places. The influence of the security imperative in these institutions cannot be ignored. The legislator must constantly ensure that the prerogatives of this patients are preserved, taking into account the expectations of society and the imperatives of public order. While efforts are made, they are not always sufficient to maintain this delicate balance. In addition to the influence of the concept of lower eligibility, this latter is weakened by the crisis that the health sector has been experiencing for several years and which undermines good professional practices. This deleterious situation affects the quality of care.

To try to protect this patients from these attacks, effective safeguards must be provided. In these situations, it is legitimate to want to leave it to the domestic and European judges. However, their seizure is subject to formal procedures which can easily discourage applicants. In response to this, alternatives have been introduced. They may be manifested by the intervention of independent administrative authorities such as the Inspector-General of Locations of Deprivation of Liberty or, in a more original way, by private actors.

Keywords : Patient, Prison, Mental health care without consent.

ISCJ
Institut de sciences criminelles et de la justice, UR4633, Université de Bordeaux, Pôle juridique et judiciaire, 4 rue du Maréchal JOFFRE, CS 61752, 33075 BORDEAUX Cedex