



HAL
open science

Contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie : une réforme controversée

Céline Gauthier-Maxence

► **To cite this version:**

Céline Gauthier-Maxence. Contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie : une réforme controversée. Droit administratif, 2024, n° 5. hal-04608936

HAL Id: hal-04608936

<https://hal.science/hal-04608936>

Submitted on 11 Jun 2024

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Copyright

Santé publique

- Contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie : une réforme controversée –

Etude par Céline Gauthier-Maxence

Droit Administratif n° 5, Mai 2024, étude 5

Contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie : une réforme controversée

Etude par Céline Gauthier-Maxence

Doctorante en droit de la santé, Ifross/CRDMS, - EDD Lyon & université Jean Moulin Lyon 3 –

Chargée d'enseignements, Université Paris-Panthéon-Assas

La réforme de 2022 du droit de la santé française a introduit des changements significatifs dans le contrôle et l'encadrement des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie. Constatant une utilisation accrue et inégale de ces mesures liberticides, et suite à des décisions du Conseil constitutionnel, la loi du 21 janvier 2022 a mis en place un cadre législatif pour leur application stricte et une supervision systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD). La réforme a clarifié les durées maximales d'isolement et de contention et a rendu nécessaire l'implication du JLD au-delà de certaines durées, avec des décisions devant être prises dans les 24 heures. Malgré l'intention de garantir les libertés fondamentales, cette réforme est complexe et son application rencontre des difficultés pratiques dans les établissements psychiatriques et des défis administratifs et éthiques pour les professionnels du droit, suggérant des ajustements futurs pour une meilleure gestion des soins en psychiatrie.

Introduction

1. - La dernière réforme de droit de la santé, concernant directement le secteur de la psychiatrie, a été traduite à travers la loi du 21 janvier 2022 renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le Code de la santé publique^{[Note 1](#)}. Cette évolution s'inscrit dans un contexte d'usage de plus en plus fréquent des mesures d'isolement et de contention dans le secteur psychiatrique. Cette même année, l'Irdes estimait que 37 % des individus admis en hospitalisation sans

consentement en psychiatrie avaient été soumis à une mesure de mise à l'isolement, tandis que 11 % avaient fait l'objet d'une contention mécanique. Ces pratiques, présentant d'importantes disparités entre les différentes institutions, ont suscité de sérieuses préoccupations, notamment d'ordre juridique^{Note 2}.

2. - Avant ladite réforme, l'intervention du juge des libertés et de la détention (JLD) n'était possible que dans le cadre du contrôle de l'hospitalisation sans consentement, mesure portant inévitablement atteinte aux libertés du patient, et notamment à sa liberté d'aller et venir^{Note 3}. Les mesures d'isolement et de contention, pourtant tout aussi liberticides, étaient encadrées par la loi du 26 janvier 2016^{Note 4} mais ne faisaient l'objet d'aucun contrôle par le JLD. L'[article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique](#) (CSP) les qualifie ainsi de « *pratiques de dernier recours* », exclusivement destinées à prévenir les dommages immédiats ou imminents pour le patient ou autrui.

3. - Pourtant, des excès concernant l'usage des mesures d'isolement et de contention, y compris dans leurs modalités de mise en œuvre, étaient régulièrement constatés notamment lors des visites du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL). Le centre de recherche en méthodes de soins complémentaires (CRMC)^{Note 5} a également constaté la résistance du corps médical dans la mise en œuvre des dispositions de la loi de 2016 : registres inexistantes ou incomplets, décisions aux motifs discutables, mesures d'isolement pratiquées en chambre classique, parfois sans décision du psychiatre. L'unique existence d'une réglementation semblait donc insuffisante. La mise en place d'un contrôle systématique par le JLD est devenue préférable (I). Mais si cette démarche est juridiquement louable, elle est accueillie avec beaucoup d'appréhension et fait l'objet de critiques vigoureuses (II).

I. Une réforme majeure, à l'élaboration difficile

4. - La décision QPC du 19 juin 2020 du Conseil constitutionnel^{Note 6} a amorcé cette remise en question du législateur concernant l'encadrement des mesures d'isolement et de contention, induisant la création d'un nouveau contrôle. Effectivement, l'[article L. 3222-5-1 du CSP](#) prévoyait que leur usage devait être adapté, nécessaire et proportionné, sans pour autant le vérifier. Or, l'article 66 de la Constitution exige, en principe, un contrôle par l'autorité judiciaire de toute mesure privative de liberté. Dans la mesure où l'isolement et la contention ne sont pratiqués qu'en hospitalisation sans consentement, faisant déjà l'objet d'un contrôle par le JLD, l'article contesté du CSP ne semblait pas, de prime abord, méconnaître les dispositions constitutionnelles. En revanche, en ne prévoyant pas de délai d'intervention du JLD pour les mesures d'isolement et de contention, le législateur avait méconnu les dispositions de l'article 66 susvisé. La décision QPC a donc entraîné l'abrogation immédiate de l'[article L. 3222-5-1 du CSP](#), déclaré inconstitutionnel^{Note 7}.

Dès lors, un processus législatif a été lancé, ayant abouti après plusieurs tentatives à la loi du 21 janvier 2022 (A) et à son [décret d'application du 23 mars 2023](#), portant réforme de l'encadrement et du contrôle des mesures d'isolement et de contention (B).

A. - Un processus législatif long et complexe

5. - Pour comprendre les enjeux de cette réforme, il convient d'examiner ce qui a été engagé depuis la loi de santé de 2016^{Note 8} et la recommandation consécutive de la HAS de mars 2017^{Note 9}

qui consacraient, en France et de manière encadrée, la sortie de l'isolement et de la contention du champ des pratiques cliniques. Certes, des actions ont été engagées, y compris dans les établissements (création de registres de ces pratiques, production d'un rapport annuel de politique de réduction des mesures d'isolement-contention, etc.) ; actions incitées et accompagnées par les ARS. Mais il a tout de même fallu attendre 2021 et la première QPC pour qu'un plan minimal d'accompagnement de l'article 84 de la LFSS 2021 soit initié par l'allégation ministérielle à la santé mentale et la psychiatrie, limitativement doté de 15 millions d'euros. « *Dès janvier 2021, à la DGOS, la solution ne sera pas trouvée sans affirmation politique forte de la suppression à terme de 3 à 5 ans de la contention, et de l'encadrement très strict du recours à l'isolement. Le pire serait de subir une réduction graduelle et non planifiée de ces pratiques, sans que la mesure des besoins de soutien et d'accompagnement de ces établissements ne soit jamais vraiment prise. J'estime qu'entre 2016 et 2022, chronologiquement, de 5 à 7 ans ont été perdues pour énoncer cette politique, et on voit bien qu'on vivote, qu'on essaie de faire.* » [Note 10](#). Dès lors, comme en 2011 et 2013, faute de politique de santé publique et d'anticipation en la matière, c'est l'intervention du Conseil constitutionnel qui a finalement conduit à l'action du législateur français, aux motifs de garantir la liberté publique individuelle et la conformité aux règles européennes concernant la garantie du droit à la liberté et à la sécurité des individus [Note 11](#). La Cour européenne des droits de l'homme (CEDH) a d'ailleurs appliqué lesdites règles à diverses reprises. Elle a notamment jugé qu'un homme souffrant de troubles mentaux et interné dans un hôpital psychiatrique sans procédure légale appropriée avait été privé de sa liberté de manière injustifiée, soulignant l'importance d'une base légale claire et d'une procédure régulière pour l'internement psychiatrique [Note 12](#). La Cour avait également examiné la situation d'un homme placé sous tutelle sans son consentement, avec une restriction sévère de sa liberté. La CEDH a estimé que l'absence d'un contrôle judiciaire approprié sur cette mesure représentait une violation de son droit à la liberté et à la sécurité [Note 13](#). La Cour avait encore traité des conditions de vie inadéquates d'un homme placé dans un établissement pour personnes mentalement déficientes. Il a été constaté que la privation de liberté, combinée à des conditions de vie dégradantes et à l'absence d'un recours judiciaire effectif pour contester son internement, constituait une violation de plusieurs articles de la Convention, y compris le droit à la liberté et à la sécurité [Note 14](#).

6. - Face à des motifs si impérieux, le législateur français n'a eu d'autre choix que d'opter en urgence pour un traitement juridictionnel, formel et procédural.

7. - Suite à la censure de l'[article L. 3222-5-1 du CSP](#) par le Conseil constitutionnel, le législateur disposait d'un délai de 6 mois pour le remplacer et proposer un encadrement cohérent et constitutionnel des mesures d'isolement et de contention.

8. - La première tentative du législateur a été opérée au travers de la loi de financement de la sécurité sociale (LFSS) pour 2021 [Note 15](#), en son article 84, suivi d'un [décret d'application du 31 avril 2021](#) [Note 16](#). Des précisions y avaient été apportées concernant les durées maximales des mesures de contention et d'isolement, donnant la possibilité au médecin de prolonger les mesures au-delà des renouvellements prévus, seulement si le JLD en était informé sans délai. Ce dernier pouvait alors se saisir d'office ou être saisi pour mettre fin à la mesure concernée, en statuant obligatoirement dans un délai de 24 heures. Cependant, cette démarche a été considérée comme un « *cavalier législatif* » ou « *cavalier social* » [Note 17](#) : une stratégie prohibée en France, dès 1935 [Note 18](#). Aujourd'hui, la négligence de cette interdiction peut mener à la défaite du « *cavalier* », soit durant la procédure législative du fait de la discipline en vigueur au sein des assemblées parlementaires, soit après la procédure législative, en raison de son annulation par le Conseil constitutionnel. Dès lors, une QPC fut adressée au Conseil constitutionnel.

9. - Cette fois encore, il déclara inconstitutionnelles ces dernières dispositions^{Note 19}. Cependant, la censure ne fut pas motivée par la condition de « *cavalier législatif* » de ces dispositions. Le Conseil considéra que le simple fait d'accorder une compétence au JLD pour ce contrôle n'était pas suffisant pour garantir le respect des libertés fondamentales du patient. Le législateur disposait à nouveau de 6 mois pour remplacer l'article abrogé pour la décision QPC de juin 2021.

10. - La modification attendue fut réalisée à l'article 41^{Note 20} de la LFSS pour 2022^{Note 21}. Était-il judicieux de reproduire le même cadre rédactionnel, au travers d'une nouvelle LFSS ? En effet, bien que le motif de censure précédent n'était pas celui du « *cavalier social* », mais bien une insuffisance du contenu de l'article, la saisine a priori critiquait néanmoins cette méthode rédactionnelle. Le risque était de voir l'article 41 faire l'objet d'une nouvelle QPC et être censuré pour cette raison. C'est précisément ce qu'il est advenu. Le 16 décembre 2021, le Conseil constitutionnel saisi par les sénateurs censura ledit article en tant que « *cavalier social* », ses dispositions n'ayant pas leur place au sein d'une LFSS^{Note 22}.

11. - C'est finalement au travers de la loi du 22 janvier 2022^{Note 23} que la réforme de l'encadrement et du contrôle des mesures d'isolement et de contention a pu être adoptée, en son article 17. Elle fut complétée par un [décret d'application en date du 23 mars 2022](#)^{Note 24}, puis par une instruction du 29 avril 2022^{Note 25} permettant de préciser les modalités de cette réforme et sa mise en œuvre.

B. - Les apports de la réforme : encadrement et contrôle des mesures d'isolement et de contention

12. - La loi de 2016 avait défini l'isolement et la contention comme étant des pratiques de dernier recours, devant être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état de santé psychique et physique du malade. Elles devaient être utilisées uniquement pour prévenir un dommage immédiat ou imminent, sur décision d'un psychiatre, pour un délai limité. Elles faisaient l'objet d'une surveillance stricte. La réforme de 2022 ne change aucun de ces aspects. Elle étoffe cependant l'encadrement de leurs durées et crée un nouveau contrôle mené par le JLD.

1° Évolution des durées d'isolement et de contention

13. - La mesure d'isolement ne peut être prise que pour une durée de 12 heures, renouvelables pour 12 heures maximum à chaque renouvellement. Les conditions du renouvellement sont identiques à celle de la mise en place initiale de la mesure. La durée totale ne peut excéder 48 heures.

Pour la contention, elle est toujours décidée dans le cadre d'une mesure d'isolement (pas de changement avec le cadre de la loi de 2016), pour 6 heures maximum, renouvelable si nécessaire pour 6 heures également à chaque renouvellement (dans les mêmes conditions que pour la mise en œuvre), la durée totale n'excédant pas 24 heures^{Note 26}.

14. - L'article L. 3222-5-1 prévoit cependant que le psychiatre peut aller au-delà des limites de 48 et 24 heures sus-évoquées, si l'état de santé du patient le nécessite absolument et en l'absence de solution alternative.

15. - Une mesure d'isolement ou de contention effectuée plus de 48 heures après la précédente est considérée comme une nouvelle mesure et doit donc être réalisée dans les conditions

précédemment énumérées. En revanche, si elle intervient moins de 48 heures après la précédente, elle y est rattachée et sera donc très limitée dans le temps.

16. - Il s'agit d'éviter les prolongations excessives ([CSP, art. R. 3211-31](#)).

Lorsqu'un isolement excède 48 heures ou qu'une contention excède 24 heures, le directeur d'établissement doit en informer les proches du patient. Par « *proches* », il faut comprendre la famille ou une personne de confiance qui doit être en priorité le conjoint, le concubin ou le partenaire de PACS. Cette information est délivrée par tout moyen permettant d'en dater la notification ([CSP, art. R. 3211-31 et R. 3211-31-1](#)).

2° Un nouveau contrôle opéré par le JLD

17. - La réforme prévoit que le JLD peut être saisi ou se saisir lui-même dans le cadre d'une demande de mainlevée d'une mesure d'isolement ou de contention.

Si la demande de saisine émane du patient concerné, elle doit être déposée au secrétariat de l'établissement hospitalier d'accueil ou recueillie oralement par le directeur qui la traduit sous forme de procès-verbal avant transmission au greffe du tribunal. À l'image de la procédure de contrôle de l'hospitalisation sous contrainte, le patient peut, s'il le souhaite, être assisté d'un avocat et demander à être entendu par le juge. Dans le cas où la demande de saisine n'émane pas du patient, ce dernier doit être informé par le greffe de ses droits. Le directeur est chargé de transmettre sous 10 heures, toutes les pièces nécessaires à la procédure ([CSP, art. R. 3211-33-1](#)). En cas d'autosaisine du JLD, ce dernier peut demander des observations émanant du patient concerné, de son psychiatre traitant ou de tout psychiatre ayant eu la charge de ses soins. Le JLD peut donc être saisi par le patient lui-même ([CSP, art. R. 3211-34](#)) (pour une demande de mainlevée), par le directeur de l'établissement d'accueil ([CSP, art. R. 3211-33-1](#)) (pour confirmer le maintien de la mesure), ou par l'une des personnes visées à l'[article L. 3211-12 du CSP](#) (demande de mainlevée également) ([CSP, art. R. 3211-35](#)).

18. - Le directeur de l'établissement doit informer obligatoirement le JLD au-delà de 48 heures pour l'isolement et 24 heures pour la contention. Le juge peut alors s'autosaisir. En outre, le directeur de l'établissement doit le saisir avant la fin de la 72e heure pour l'isolement et de la 48e heure pour la contention. Le juge doit alors statuer dans un délai de 24 heures à compter du terme des 72e et 48e heures respectivement pour l'isolement et la contention.

19. - En cas de mainlevée de la mesure prononcée par le JLD, aucune nouvelle mesure d'isolement ou de contention ne peut être prise avant l'expiration d'un délai de 48 heures à compter de la mainlevée. Une exception existe cependant pour le patient nécessitant absolument une mise à l'isolement ou sous contention avant l'expiration du délai. Le cas échéant, le directeur doit en informer sans délai le juge qui pourra, là encore, s'autosaisir. Dans le cas contraire, si le JLD a confirmé à deux reprises et de manière successive le maintien de la mesure, le contrôle de l'isolement se fera de façon hebdomadaire (saisine du JLD au moins 24 heures avant l'expiration d'un délai de 7 jours à compter du précédent contrôle). Pour la contention, les conditions sont les mêmes, à l'exception du délai de périodicité qui est de 3 jours au lieu de sept ([CSP, art. L. 3222-5-1, II, al. 5](#)).

20. - En cas de délai expirant le week-end ou un jour férié, ce dernier n'est pas prorogé au premier jour ouvrable suivant, rendant inapplicable les conditions de l'[article 625 du Code de procédure pénale](#) ([CSP, art. R. 3211-32, al. 2](#)). Le non-respect des délais impartis emporte la

mainlevée de la mesure d'isolement ou de contention. Le psychiatre pourra alors décider la mise en œuvre immédiate d'une nouvelle mesure d'isolement ou de contention, sans information immédiate du JLD ([CSP, art. R. 3211-39, II, 2°](#) - [CSP, art. R. 3211-41, IV si procédure orale](#)).

21. - Entre la mise en lumière des défis rencontrés dans le processus législatif et l'entrée en application des nouvelles réglementations, la réforme de l'encadrement et du contrôle des mesures d'isolement et de contention se situe à la croisée des chemins. Si cette réforme marque une avancée significative dans la protection des libertés individuelles et la conformité aux exigences constitutionnelles et européennes, elle soulève cependant de nombreuses questions quant à son efficacité et sa mise en œuvre dans le quotidien des établissements psychiatriques et le cadre juridique. La complexité et les enjeux de cette réforme transcendent ainsi les simples modifications législatives pour toucher au cœur des pratiques médicales et judiciaires, illustrant parfaitement la tension entre la nécessité de garantir la sécurité et le bien-être des patients et le respect de leurs droits fondamentaux.

II. Un résultat dense mais controversé

22. - Le texte finalement adopté a été complexe à mettre en œuvre, pour un succès contestable. Il semble difficile à appliquer, tant sur le pratique au sein des établissements psychiatriques (**A**), que sur le plan juridique, par les professionnels du droit (**B**).

A. - Les attentes déçues des professionnels de santé : une réforme incomplète à la mise en œuvre complexe

23. - Depuis l'aboutissement final de cette réforme, en janvier 2022, une enquête flash de l'AdESM^{[Note 27](#)} a été menée avec les présidents des commissions médicales d'établissements (CME) de Centres Hospitaliers spécialisés en psychiatrie (CHS), en mars 2022, avec 60 établissements répondants sur environ 200. Cette enquête intervenait cependant avant l'application du décret en Conseil d'État et d'instructions d'application. À l'époque, 90 % des établissements répondants avaient commencé à appliquer la loi. Mais seulement 46 % des établissements ont affirmé appliquer la loi en totalité. Parmi les établissements appliquant même partiellement le texte, 87 % déclaraient réaliser deux évaluations par 24 heures pour l'isolement et 70 % deux évaluations par 12 heures pour la contention, les modalités étant variables, impliquant plus ou moins le recours aux internes, et le mode « *distanciel* » (réévaluation de l'état du malade par téléphone, dans de nombreux cas). Sur la question de la permanence des soins, seulement 8 % des établissements avaient pu l'amplifier par gardes ou demi-gardes senior, avec notamment le problème des gardes le week-end. Les cas de mainlevées par le JLD à cette époque-là se concentraient sur trois motifs : défaut ou insuffisance de motivation des décisions initiales ou de prolongation, délai de saisine et absence de décision de prolongation. Concernant les cas de répétition de la mesure à moins de 48 heures, la quasi-totalité des décisions de mainlevée intervient sur les motifs de forme ou d'insuffisance de motivation. Rappelons que, pour répéter une mesure d'isolement ou de contention en moins de 48h, le praticien hospitalier doit apporter de nouveaux éléments sur l'état de santé du malade, justifiant cette prolongation. Une exigence aberrante pour les soignants qui soulignent l'état souvent stationnaire du patient justifiant à lui seul la nécessaire continuité de la mesure^{[Note 28](#)}.

24. - Autre problématique, le cas d'un patient primo-arrivant en hospitalisation sans consentement. Lorsqu'il est inconnu du service, le placement à l'isolement ou à la contention est parfois inévitable et surtout sécuritaire, dans la mesure où l'on ne connaît pas le malade et ses réactions. Les services d'urgences, en sont souvent les premiers utilisateurs à l'arrivée du malade à l'hôpital. Mais comment les blâmer ? Les urgences sont déjà saturées, les sous-effectifs hospitaliers sont incontestables et le service reste ouvert, ce qui pose problème lorsque le patient est dangereux pour lui-même ou pour les autres et qu'il doit rester en surveillance avant hospitalisation le plus souvent.

25. - En outre, cette réforme portant sur le contrôle de l'isolement-contention ne couvre pas lesdits services d'urgence, alors même que ces pratiques, y sont devenues fréquentes^{Note 29}. En effet, la fréquentation des urgences augmente en moyenne de 5 % chaque année, passant ainsi de 13 millions de passages en 2001 à 18,5 en 2016 dont 10 à 30 % se font pour raison psychiatrique (cette variable dépend des régions et des années), soit environ 4 millions de consultations pour raison psychique^{Note 30}. Cette affluence de malades psychiatriques - dont certains en état de crise, auto ou hétéro-agressifs^{Note 31} - implique un usage parfois nécessaire de l'isolement ou de la contention. 26. Une lacune majeure face à un constat aussi manifeste.

26. - Les critiques émanant des professionnels de santé semblent justifiées. Celles des professionnels du droit le sont tout autant.

B. - Un retour mitigé des professionnels du droit : une réforme juridiquement lacunaire

1° Le JLD : surcharge administrative et judiciaire accrue

27. - L'objectif du législateur était probablement de poser des garde-fous, d'éviter le recours à ces mesures liberticides, de trouver des méthodes alternatives.

Il a fallu attendre le 23 mars 2022 pour que les modalités de mise en place de ce contrôle soient clairement définies dans un décret d'application^{Note 32}. Le JLD doit statuer très rapidement, information qui a suscité des inquiétudes dans le secteur judiciaire, étant donné les délais très courts imposés pour ces mesures : le JLD doit rendre une ordonnance dans les 24 heures à compter de la réception de la demande. Ce délai a été perçu comme très anxiogène par les JLD et posait notamment des difficultés lors des astreintes les week-ends. Il a fallu mettre en place des permanences de greffiers et des formations pour familiariser les JLD à cette réactivité. Heureusement, les saisines du JLD pour ce type de mesures sont, en définitive, peu fréquentes. À Poitiers, par exemple, la pratique a montré que les saisines ont été très rares depuis l'entrée en vigueur de la loi : ceci est dû au délai assez long d'obtention du décret (4 mois), à des obstacles pratiques tels que le système informatique de l'hôpital qui ne permettait pas de mettre en œuvre les alertes de délai (savoir à quel moment le juge doit être saisi ou, au moins, informé). Le législateur a également prévu que, si de courtes mesures se succèdent sans intervalle de plus de 48 heures entre chacune d'entre elles, toutes ces mesures s'additionnent. Si l'ensemble de la durée excède 48 heures en 15 jours, cela constitue aussi une atteinte à la liberté d'aller et venir du patient et nécessite l'intervention du JLD. D'après Isabelle Le-Bihan, JLD à Poitiers, les saisines sont peu fréquentes car, d'ores et déjà, le patient n'est pas le mieux placé pour faire cette

démarche puisqu'il se trouve dans une situation de crise lorsqu'il est sujet à ce type de soin, sans oublier son état mental qui, bien souvent, rend compliquée la compréhension de ses droits et possibilités de réclamations auprès du JLD^{Note 33}. Néanmoins, une surcharge de travail croissante à l'avenir reste une crainte légitime pour les professionnels du droit concernés.

28. - La loi de 2011 avait déjà engendré une charge supplémentaire conséquente pour les JLD, sans que leur effectif n'ait été particulièrement revu à la hausse^{Note 34}. La création de ce nouveau contrôle de l'isolement-contention a donc fait craindre un accroissement de ces difficultés. Une Mission de travail en 2018 sur l'évolution de la protection juridique des personnes^{Note 35} s'était penchée sur l'éventuelle création d'une nouvelle catégorie de juges « *de la liberté civile et de la protection* ». Ils seraient compétents pour se prononcer à la fois sur les mesures de soins sans consentement et sur toutes mesures réalisées dans le cadre des soins sous contrainte, pour lesquelles la validité du consentement du patient serait remise en cause. Au-delà des frontières de l'hôpital psychiatrique, ce juge serait également compétent pour ces mêmes contrôles au sein d'autres établissements de santé, ainsi que pour la gestion des cas de tutelles et de curatelles. Cette nouvelle catégorie n'a cependant pas été sérieusement envisagée, ni en 2011^{Note 36}, ni en 2013^{Note 37}.

29. - Une autre piste pourrait être explorée : faut-il maintenir sous la double casquette liberté-détention le rôle du JLD en matière de soins contraints ? Trois alternatives pourraient être envisagées. La première relève d'une distinction entre les aspects civils et pénaux du rôle du JLD. Il s'agit de séparer les fonctions du JLD en deux, en attribuant l'aspect relatif à la liberté (aspect civil) à un juge spécifique, tandis que l'aspect lié à la détention (aspect pénal) resterait de la compétence du JLD. Cette distinction vise à clarifier le rôle du JLD et à spécialiser le traitement des différentes procédures selon qu'elles relèvent du droit civil ou du droit pénal. La seconde consiste à différencier les recours selon qu'ils relèvent du civil ou du pénal. Cette approche permettrait de traiter de manière distincte les affaires relevant strictement de la liberté individuelle (civil) et celles impliquant des aspects de détention ou des implications pénales (pénal). La troisième consiste en une distinction des recours selon le statut des patients. Une spécification pourrait être mise en place pour les recours concernant les détenus déclarés pénalement irresponsables qui sont placés en hospitalisation complète de fait. Ces cas pourraient bénéficier d'un traitement spécifique, étant donné leur contexte carcéral et leur irresponsabilité pénale. Les recours concernant ces patients, qui ne relèvent pas du contexte carcéral mais qui sont soumis à des soins sous contrainte, pourraient également être distingués. Cela permettrait d'adapter le traitement judiciaire aux particularités de leur situation, en dehors des cadres pénaux traditionnels.

30. - Autant de solutions potentielles qui ne semblent pas à l'ordre du jour, malgré l'urgence organisationnelle.

31. - Outre ces aspects pratiques, ce nouveau contrôle pose question du point de vue de l'éthique professionnelle. En effet, ses limites sont bien moins restreintes que celles de l'hospitalisation sans consentement et la présence renforcée du juge dans le cadre de l'exercice même des soins pourrait bien complexifier les relations avec le personnel soignant (changement organisationnel, rigueur administrative et juridique, dossiers et procédures spécifiques à l'isolement-contention, communication des pièces au JLD, etc.).

32. - Complexité supplémentaire, la chancellerie est venue perturber les échanges entre les JLD et les établissements, en supprimant la possibilité de communication via le logiciel de cryptage Ad Script^{Note 38}, qui était très utilisé et facilitait les protocoles de contrôle. En outre, à l'échelle nationale, les protocoles n'ont pas été uniformisés : chaque tribunal judiciaire, avec ses

établissements de soin du ressort, essaie de trouver un mode opératoire. Ce dernier n'est, d'ailleurs, pas forcément uniformisé au sein de l'ordre judiciaire d'une même circonscription. Par exemple, au niveau de la cour d'appel de Dijon, il n'y a pas d'uniformisation réelle : la communication entre le JLD et les établissements de soins concernés se fait avec Ad Script mais au niveau de la cour d'appel, les échanges se font par télécopies.

33. - Enfin, les patients risquent de nourrir de vains espoirs quant à l'intervention du JLD. Concernant l'hospitalisation sans consentement, ils attendent déjà beaucoup d'un juge qui n'a finalement qu'un pouvoir très restreint, statuant uniquement sur le respect de la procédure et non sur l'opportunité de l'hospitalisation en elle-même. La déception sera d'autant plus importante pour des mesures aussi liberticides que sont l'isolement et la contention^{Note 39}. L'avocat permet parfois d'atténuer ce sentiment : un avocat dont l'intervention n'est pourtant pas obligatoirement prévue par la réforme.

2° L'avocat dans ce nouveau contrôle : l'oublié de la réforme ?

34. - La question de la nécessité de la présence obligatoire d'un avocat lors des contrôles des mesures d'isolement ou de contention par le JLD a été au cœur d'une QPC : « *En ce qu'il ne prévoit pas l'assistance ou la représentation systématique du patient par un avocat lorsque le JLD, saisi d'une demande de mainlevée ou de prolongation de la mesure d'isolement ou de contention ou se saisissant d'office, statue sans audience selon une procédure écrite, l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique est susceptible de porter atteinte au principe des droits de la défense garantis par l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789.* »^{Note 40}. Cette interrogation juridique s'articulait donc autour de l'interprétation de l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique. Celui-ci ne prévoit pas explicitement l'assistance ou la représentation systématique du patient par un avocat dans le cadre d'une procédure écrite sans audience initiée par le JLD, que ce soit sur demande de mainlevée ou de prolongation de ces mesures, ou même lorsque le JLD se saisit d'office. Cette disposition légale a été mise en balance avec le principe des droits de la défense, garantis par la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789, soulevant ainsi une problématique quant à sa conformité constitutionnelle.

35. - Le Conseil Constitutionnel, saisi le 27 janvier 2023 conformément à l'article 61-1 de la Constitution, a examiné cette QPC en se concentrant sur deux griefs principaux^{Note 41}. Le premier reprochait à l'article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique de ne pas notifier au patient, dès l'application de la mesure d'isolement ou de contention, son droit de solliciter le JLD pour une demande de mainlevée et la possibilité de recourir à un avocat, questionnant ainsi le respect de la dignité humaine, la sauvegarde de la liberté d'aller et venir du patient concerné et son droit à un procès équitable^{Note 42}. Le second grief concernait l'absence de prévision de l'assistance d'un avocat lors du contrôle par le JLD, suggérant une violation du droit à la défense^{Note 43}. Rappelons que les jurisprudences française et européenne n'ont pas manqué de souligner l'importance du droit à la défense. Le Conseil d'État la reconnaît notamment dans le cadre de la procédure administrative : tout individu doit pouvoir bénéficier d'une représentation par un avocat lorsqu'il en fait la demande^{Note 44}. La CEDH a également rappelé l'importance cruciale de l'assistance d'un avocat dès les premiers stades de la garde à vue^{Note 45}.

36. - La décision du Conseil Constitutionnel, rendue le 31 mars 2023, éclaire ces différents aspects^{Note 46}. D'abord, le Conseil a rejeté le premier grief en affirmant que l'article L. 3222-5-1 ne

porte pas atteinte au droit à un recours juridictionnel effectif. Cette conclusion s'appuie sur l'existence de diverses voies de droit accessibles au patient, y compris la possibilité de saisir le JLD (*CSP, art. L. 3211-12*) et d'engager une action en responsabilité. De plus, la faculté d'auto-saisine du JLD agit comme un mécanisme supplémentaire de protection contre les abus. Ensuite, concernant le deuxième grief, le Conseil a estimé que les mesures d'isolement et de contention, visant à prévenir un danger immédiat ou imminent, ne relèvent pas d'une sanction pénale ou d'une procédure de recherche d'infraction^{Note 47}. Ainsi, l'obligation de notifier le droit à l'assistance d'un avocat ne serait pas applicable dans ce contexte. Par cette décision, le Conseil Constitutionnel a validé la conformité de l'article L. 3222-5-1 avec la Constitution, notamment en ce qui concerne les deux premières phrases du paragraphe I, et a implicitement affirmé que l'absence de disposition législative pour l'assistance obligatoire d'un avocat lors du contrôle des mesures d'isolement et de contention par le JLD ne constitue pas une violation des droits de la défense.

37. - Cette décision semble naviguer habilement entre les exigences de protection des libertés individuelles et la nécessité de répondre à des impératifs de sécurité et de santé publique. En rejetant le premier grief, le Conseil reconnaît la robustesse du cadre juridique actuel qui offre déjà plusieurs mécanismes de protection au patient, notamment à travers la possibilité de saisir le JLD et d'engager des actions en responsabilité. Cette analyse met en lumière la volonté du Conseil de ne pas surcharger inutilement le système judiciaire, en considérant que les dispositifs existants sont suffisants pour garantir le droit à un recours juridictionnel effectif. Quant au second grief, la distinction opérée par le Conseil entre les mesures d'isolement et de contention, considérées comme des mesures de protection et non comme des sanctions pénales, semble pragmatique. Cette perspective souligne que l'absence de notification obligatoire du droit à l'assistance d'un avocat dans ce contexte précis n'entrave pas nécessairement les droits de la défense, dans la mesure où ces mesures visent principalement à prévenir un dommage immédiat ou imminent, et non à punir. Toutefois, cette décision peut susciter des interrogations quant à la délicatesse de l'équilibre entre la sécurité et la liberté individuelle, surtout dans le domaine sensible de la santé mentale. D'un côté, elle reflète une approche rationnelle et mesurée, en évitant d'imposer des contraintes jugées superflues sur le processus médical et judiciaire. De l'autre, elle pourrait être perçue comme une occasion manquée de renforcer les garanties de procédure pour les patients en situation de vulnérabilité, en assurant systématiquement la présence d'un avocat lors des procédures critiques affectant leurs droits et libertés fondamentales.

Conclusion

38. - C'était une réforme attendue, probablement nécessaire, qui s'inscrit dans une optique d'amélioration de la justice, pas seulement en théorie mais surtout dans la pratique quotidienne des professionnels du droit^{Note 48}. Il s'agissait de donner l'impression d'une contrainte légitimement et justement imposée à celui qui y est soumis^{Note 49}.

39. - En droit médical, il existe deux principaux critères d'amélioration de la justice, nécessairement centrés sur une approche davantage éthique et organisationnelle, que juridique. Le premier relève du caractère équitable de cette justice, et le second, de l'écoute. S'assurer d'abord de l'équité de cette justice : mais qu'est-ce que l'équité quand il n'y a pas de contradiction ? La contradiction est formelle certes, mais lorsque l'on assiste aux audiences du JLD, l'absence du ministère public, du représentant de l'établissement, du psychiatre référent, met en lumière la particularité de cette justice hospitalière, psychiatrique. Le patient - sauf à

considérer qu'il ait droit à l'aide juridictionnelle - doit payer l'avocat qui l'assiste, et ce même s'il n'a pas eu le choix de sa présence (obligatoire lors du contrôle de l'hospitalisation sans consentement, conseillé pour l'isolement-contention). Un avocat qui le défend tout au long d'une procédure qu'il subit : le sentiment d'équité procédurale est difficilement perceptible^{Note 50}. L'écoute, deuxième critère de cette justice procédurale, est là aussi très discutable. La procédure en elle-même la rend souvent difficile. *« Je n'ai pas le temps de me pencher sur l'histoire de chaque patient pendant l'audience. Je dois examiner la procédure par le patient, je ne suis pas médecin. Ça sera pire encore dans le cas d'un contrôle des mesures d'isolement et de contention »* ^{Note 51}.

Est-ce que la procédure, telle qu'elle existe maintenant pour l'isolement et la contention, permet de mettre en évidence un intérêt sincère pour toutes les parties ? Éthiquement parlant, la question est peut-être de savoir si les patients concernés par ces mesures d'isolement et de contention ont réellement perdu leur capacité complète de discernement. L'enjeu de la prise en charge psychiatrique, au travers des mesures d'isolement et de contention mais également au sens large, est finalement de revisiter les droits humains, non plus de dire qu'il y a les « capables » et les « vulnérables », mais de privilégier une écoute totale et aussi poussée que possible des souhaits, volontés et préférences des individus en situation de soins sous contrainte, et particulièrement en isolement ou sous contention. Au-delà des évolutions juridiques récentes concernant l'encadrement de ces mesures, la véritable question sous-jacente concerne le maintien de leur usage dans un futur proche. En effet, *« La Nouvelle Zélande prévoit d'abandonner le recours à l'isolement et à la contention en 2020, la Suisse commence à ne plus l'utiliser ; la Finlande, l'Islande et bien d'autres pays ont interdit ces mesures depuis plusieurs années. Ces expériences internationales nous montrent que la réflexion sur la réduction de ces pratiques est développée et nous prouvent que l'isolement et la contention ne sont pas des outils de soin indispensables en psychiatrie. »* ^{Note 52}

40. - Dès lors, l'avenir de l'isolement et de la contention dans le cadre des soins psychiatriques se limitera-t-il seulement à son encadrement par le droit français ?■

Essentiel à retenir

- La réforme de 2022 renforce le contrôle des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie, introduisant des mécanismes judiciaires plus stricts pour protéger les droits des patients. Ces pratiques, jugées liberticides, sont désormais sous surveillance renforcée du juge des libertés et de la détention (JLD), qui peut intervenir pour limiter leur durée et s'assurer de leur justification.
- La loi dispose que l'isolement ne peut excéder 48 heures et la contention 24 heures, sauf conditions médicales exceptionnelles. Les renouvellements nécessitent une surveillance accrue et doivent être justifiés par un état de santé nécessitant absolument ces mesures, avec réévaluation régulière. La réforme apporte aussi un cadre pour les notifications et les droits des patients, exigeant que les proches soient informés des mesures prises au-delà des délais autorisés.
- Ce cadre légal répond aux exigences constitutionnelles et européennes, visant à garantir la sécurité des patients tout en respectant leurs libertés fondamentales.
- Malgré ces avancées, la mise en œuvre de la réforme rencontre des défis pratiques, notamment en termes de surcharge administrative pour les JLD et d'intégration dans les routines hospitalières, ce qui soulève des inquiétudes quant à son efficacité pratique et sa réception par les professionnels de santé et du droit.

Mots clés : Santé publique. - Libertés fondamentales. - Isolement.

[Note 1 L. n° 2022-46, 22 janv. 2022, renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique : JO 23 janv. 2022.](#)

[Note 2 E. et a., Isolement et contention en psychiatrie en 2022.](#)

[Note 3 L. n° 2011-803, 5 juill. 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : JO 6 juill. 2011.](#)

[Note 4 L. n° 2016-41, 26 janv. 2016, de modernisation de notre système de santé : JO 27 janv. 2016.](#)

[Note 5 Morisset, Isolement et contention en psychiatrie, facteurs d'influence et alternatives.](#)

[Note 6 Cons. const., 19 juin 2020, n° 2020-844 QPC : *JurisData* n° 2020-009123 ; *Dr. adm.* 2020, comm. 50, note Ph. Terneyre. - P. Deumier, QPC et procédures \(1er oct. 2019 - 30 sept. 2020\) : *Procédures 2021, chron. 1.*](#)

[Note 7 Cons. const., 19 juin 2020, n° 2020-844 QPC : *JurisData* n° 2020-009379. - P. Deumier, QPC et procédures \(1er oct. 2019 - 30 sept. 2020\) : *Procédures 2021, chron. 1.*](#)

[Note 8 L. n° 2016-41, 26 janv. 2016, de modernisation de notre système de santé.](#)

[Note 9 HAS, Recommandation de bonnes pratiques : isolement et contention en psychiatrie générale, févr. 2017.](#)

[Note 10 Instr. n° DGOS/R4/2022/85, 29 mars 2022, relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention, <https://fedepsychiatrie.fr/wp-content/uploads/2022/04/Circulaire-Sante-IC29032022.pdf>. - J.-P. Vignat, *Conduites à tenir.*](#)

Mise en chambre d'isolement. L'audit clinique appliqué à l'évaluation de l'utilisation des chambres d'isolement en psychiatrie d'adultes : Paris, ANDEM, 1994. - A. Ciccone, Enveloppe psychique et fonction contenante : modèles et pratiques : Cahiers de psychologie clinique, n° 17, 2001.

[Note 11](#) *Convention européenne des droits de l'homme (Conv. EDH), notamment l'article 5 concernant le droit à la liberté et à la sûreté. - Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne.*

[Note 12](#) *CEDH, 5 oct. 2004, n° 45508/99, aff. H.L. c/ Royaume-Uni : Dr. adm. 2005, comm. 21, note F. Rolin.*

[Note 13](#) *CEDH, 27 mars 2008, n° 44009/05, C. c/ Russie : JurisData n° 2008-113817 ; Dr. adm. 2008, comm. 69, note M. Guyomar*

[Note 14](#) *CEDH, 17 janv. 2012, n° 36760/06, S. c/ Bulgarie : JurisData n° 2012-003629 ; Dr. adm. 2012, comm. 36, note A. Bretonneau.*

[Note 15](#) *L. n° 2020-1576, 14 déc. 2020, de financement de la sécurité sociale pour 2021 : JO 15 déc. 2020.*

[Note 16](#) *D. n° 2021-537, 30 avr. 2021, relatif à 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 : JO 30 avr. 2021.*

[Note 17](#) *Nouvelle loi isolement et contentions : que faut-il savoir ? : AFEP, www.affep.fr/nouvelle-loi-isolement-et-contentions-que-faut-il-savoir/.*

[Note 18](#) *J.-P. Camby, Jurisprudence constitutionnelle et droit d'amendement : Actualité juridique du droit administratif, 2016, p. 240 et s. : l'article 84 du règlement de l'Assemblée nationale dispose que les amendements ou articles additionnels ne peuvent être acceptés que s'ils sont introduits dans le contexte du projet ou de la proposition de loi concernée et s'ils concernent directement l'article auquel ils se rapportent.*

[Note 19](#) *Cons. const., 4 juin 2021, n° 2021-912/913/914 QPC. - Comm. de la décision 2021-912/913/914 QPC.*

[Note 20](#) *Art. 41 de la LFSS pour 2022 (L. n° 2021-1754, 23 déc. 2021 : JO 24 déc. 2021) : le médecin « informe du renouvellement de ces mesures au moins un membre de la famille du patient, en priorité son 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, dans le respect de la volonté du patient et du secret médical ».*

[Note 21](#) *L. n° 2021-1754, 23 déc. 2021, de financement de la sécurité sociale pour 2022.*

[Note 22](#) *Cons. const., 16 déc. 2021, n° 2021-832 DC : JO 30 déc. 2021.*

[Note 23](#) *L. n° 2022-46, 22 janv. 2022, renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique : JO 23 janv. 2022.*

[Note 24](#) *D. n° 2022-419, 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 : JO 25 mars 2022. - C. Helaine, Hospitalisation sans consentement : contrôle du JLD des mesures d'isolement et de contention : Dalloz actualité, 12 janv. 2021, www.dalloz-actualite.fr/flash/hospitalisation-sans-consentement-controle-du-jld-des-mesures-d-isolement-et-de-contention#top.*

[Note 25](#) *Instr. DGOS/R4/2022/85, 29 avr. 2022, <https://sante.gouv.fr/fichiers/bo/2022/2022.10.sante.pdf> : JO 25 mars 2022.*

[Note 26](#) *Instr. n° DGOS/R4/2022/85, 29 mars 2022, relative au cadre juridique des mesures d'isolement et de contention en psychiatrie et à la politique de réduction du recours aux pratiques d'isolement et de contention.*

[Note 27](#) *Enquête Flash - AdESM et Conférence Nationale des PCME de CHS, mars 2022, Conditions de mise en œuvre de la [loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022](#) sur l'isolement et la contention : <https://cme-psy.fr/enquete-flash-adesm-et-conference-nationale-des-pcme-de-chs/>.*

[Note 28](#) *Retour sur expérience de la juge Isabelle Le-Bihan, lors de la Conférence de l'Espace Mendès France, Organisé en partenariat avec Argos antenne de la Vienne et le Comité d'éthique du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers. Dans le cadre des Semaines d'information sur la santé mentale, du 4 au 17 octobre 2021, sur le thème « Réflexion éthique sur l'isolement et la contention : quels sont mes droits ? ».*

[Note 29](#) *C. Barthelemy, Urgence de l'urgence, L'information Psychiatrique, vol. 82, n° 7, sept. 2006, 553-555.*

[Note 30](#) *J.-M. Aubry : www.hug-ge.ch/hopital-jour. - ATIH, chiffres clés de l'hospitalisation : www.atih.santé.fr. – C. Barthelemy, Urgence de l'urgence : L'information Psychiatrique, vol. 82, n° 7, sept. 2006, p. 553-555.*

[Note 31](#) *Ce sont des conduites qui imposent un dommage à autrui (hétéro-agressivité) ou à soi-même (auto-agressivité), qu'il s'agisse d'une altération, d'une privation ou d'une souffrance.*

[Note 32](#) *D. n° 2022-419, 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.*

[Note 33](#) *Retour sur expérience de la juge Isabelle Le-Bihan, lors de la Conférence de l'Espace Mendès France, Organisé en partenariat avec Argos antenne de la Vienne et le Comité d'éthique du centre hospitalier Henri Laborit de Poitiers. Dans le cadre des Semaines d'information sur la santé mentale, du 4 au 17 octobre 2021, sur le thème « Réflexion éthique sur l'isolement et la contention :quels sont mes droits ? ».*

[Note 34](#) *Madame la juge Le-Bihan, Tribunal judiciaire de Poitiers, Colloque « Contention et isolement : aux limites de la loi et du soin ? », 22 août 2022, Espace de réflexion éthique Bourgogne-Franche-Comté.*

[Note 35](#) *A. Caron Deglise, Rapport de mission interministérielle : L'évolution de la protection juridique des personnes, Reconnaître, soutenir et protéger les personnes les plus vulnérables, 2018, www.justice.gouv.fr/art_pix/rapport_pjm_dacs_rapp.pdf.*

[Note 36](#) *L. n° 2011-803, 5 juill. 2011, relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.*

[Note 37](#) *L. n° 2013-869, 27 sept. 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 :JO 29 sept. 2013.*

[Note 38](#) *Logiciel spécifique utilisé pour assurer la sécurité des informations échangées entre le JLD et les établissements de santé, en cryptant les données pour empêcher l'accès non autorisé et assurer la confidentialité des informations sensibles des patients.*

[Note 39](#) *D. Sanlaville, Psychiatrie, hôpital, prison, rue...Malades mentaux : la double peine : Chronique Sociale, 2019.*

[Note 40](#) *Cass. 1^{re} civ., 26 janv. 2023, n° 22-40.021, B : [JurisData n° 2023-000881](#) (Renvoi devant le Conseil constitutionnel - QPC).*

[Note 41](#) *QPC relative d'une part à la conformité de l'[article L. 3222-5-1 du Code de la santé publique](#) issue de la [loi n° 2022-46 du 22 janvier 2022](#) renforçant les outils de gestion de la crise sanitaire et modifiant le code de la santé publique (n° 2022-1040 QPC, posée pour M. Sami G. par Me Valérie Castel-Pagès, avocate au barreau de Rennes), et d'autre part à la conformité de ce même article aux droits et libertés garanties au paragraphe II de la constitution (n° 2022-*

1041 QPC, posée pour Mme Sarah O. par Me Yann Sarfati, avocat au barreau de Seine-Saint-Denis).

[Note 42](#) *Const.*, art. 66 de la Constitution.

[Note 43](#) *DDHC*, art. 16.

[Note 44](#) *CE*, ass., 17 févr. 1995, n° 147652, H. et M.

[Note 45](#) *CEDH*, 27 nov. 2008, n° 36391/02, S. c/ Turquie : *JurisData* n° 2008-010666 ; *Dr. adm.* 2009, comm. 36, note M. Guyomar et *CEDH*, 13 oct. 2009, n° 7377/03, D. c/ Turquie : *JurisData* n° 2009-050305 ; *Dr. adm.* 2010, comm. 2, note F. Rolin.

[Note 46](#) *Cons. const.*, 31 mars 2023, n° 2023-1040/1041 QPC : *JurisData* n° 2023-005896.

[Note 47](#) A. Agard et P.-Y. Fouré, *Constitutionnalité des dispositions sur l'isolement et la contention : le patient n'est pas un détenu* : Cabinet Houdart & Ass., 11 avr. 2023, www.houdart.org/constitutionnalite-des-dispositions-sur-lisolement-et-la-contention-le-patient-nest-pas-un-detenu/.

[Note 48](#) C. Argyris, R. Putman et D. McLain Smith, *Action Science : Concepts, Methods, and Skills for Research and Intervention*, San Francisco : Jossey-Bass Publishers, 1985. – C. Argyris, *Organizational learning and management information systems : Accounting, Organizations and Society*, vol. 2, n° 2, 1er janv. 1977, p. 113-123.

[Note 49](#) L. Kaplow, *La valeur de l'exactitude dans l'arbitrage : une analyse économique* », n° 23, *Journal of Legal Studies*, 307, 1994.

[Note 50](#) J. Cloutier, *La perception de justice procédurale : quand le « qui » influence le « comment »* : Doctorat en administration de l'université du Québec à Montréal, 2003.

[Note 51](#) Entretien avec J. Aubriot, *JLD* au tribunal judiciaire de Lyon, mars 2021.

[Note 52](#) L. Rohr, avec J.-P. Lanquetin, *Le moindre recours à l'isolement et à la contention, rapport infirmier hospitalier, CH Saint-Cyr au Mont d'Or*, 3 août 2018.