
VERIFICATIONS SUR PLACE

Situation de Corentin¹

Centre hospitalier de T. - 16-17 mars 2017

Le 9 février 2017, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a reçu un signalement émanant du centre hospitalier (CH) de la ville de T. à propos du jeune Corentin. Il y était indiqué que cet enfant de quatorze ans avait été admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (ASPDRE) le 27 septembre 2016 et était, depuis cette date, hospitalisé dans une unité accueillant exclusivement des adultes. Il était précisé qu'il était enfermé dans une chambre quasiment en permanence afin d'éviter tout contact avec les autres patients, que ses activités étaient réduites faute de soignants en nombre suffisant et qu'il ne recevait que peu de visites. Les effets délétères d'une telle prise en charge sur sa santé étaient soulignés.

Le 6 mars 2017, la Contrôleure générale a délégué deux contrôleures pour effectuer des vérifications sur place et sur pièces. Un déplacement a été prévu les 16 et 17 mars 2017.

Les contrôleures ont annoncé leur venue au directeur de cabinet du préfet concerné, à la présidente et au procureur de la République près le tribunal de grande instance (TGI) de rattachement et au directeur du CH de T. Préalablement à la visite, elles se sont entretenues téléphoniquement avec plusieurs des professionnels concernés, notamment la référente « soins sans consentement » de l'Agence régionale de santé (ARS) compétente et l'adjointe du chef de pôle « enfance jeunesse famille » de la direction territoriale de prévention et d'action sociale (DTPAS) référente. Les 16 et 17 mars 2017, elles se sont rendues successivement au CH de T., au siège de la préfecture puis au TGI.

Au CH de T., les contrôleures se sont entretenues avec le directeur, le directeur des soins, également directeur du pôle de psychiatrie, la chef du pôle « psychiatrie » et psychiatre référente de Corentin, la cadre supérieure de santé du pôle, la pédopsychiatre du centre médico-psychologique (CMP) qui assure le suivi en binôme avec la chef de pôle, plusieurs médecins psychiatres et soignants de l'unité, dont le psychologue qui suit Corentin. Elles ont aussi rencontré le responsable territorial de l'Aide sociale à l'enfance (ASE) du secteur ainsi que les deux éducateurs chargés du suivi de Corentin. A l'hôpital, les contrôleures se sont aussi entretenues avec Corentin.

A la préfecture, les contrôleures ont été reçues par le directeur de cabinet du préfet.

Au TGI, elles ont rencontré la présidente, la juge des enfants chargée du dossier d'assistance éducative, la juge des libertés et de la détention (JLD) statuant en matière de soins sans consentement et deux magistrats du parquet, l'un en charge du parquet civil et l'autre des mineurs.

Après la visite, les contrôleures ont contacté la présidente de la commission départementale des soins psychiatriques (CDSP).

Les contrôleures ont notamment consulté :

- à l'hôpital, le dossier administratif hospitalier de Corentin et plus particulièrement :

¹ Les prénoms, noms et lieux contenus dans le présent rapport ont été modifiés ou anonymisés.

- l'ensemble des arrêtés – municipal et préfectoraux – relatifs à l'admission et au maintien en soins psychiatriques sans consentement ;
- les certificats médicaux relatifs à ces arrêtés ;
- la décision du JLD ;
- les formulaires de notification des décisions administratives et judiciaire ;
- au TGI, les documents suivants, spontanément remis par le parquet :
 - une note émanant du parquet, reprenant, de manière chronologique, les éléments essentiels du parcours de l'enfant ;
 - la copie du dossier d'assistance éducative ;
 - la copie des procédures pénales impliquant Corentin, comme auteur ou victime.

Le service de l'ASE avait, dès avant le déplacement, adressé aux contrôleurs une note reprenant l'ensemble de ses interventions.

Les contrôleurs ont également consulté les comptes-rendus de réunion de la CDSP pour l'année 2016.

Le présent rapport rend compte des constats et observations des contrôleurs.

I. INFORMATIONS ET CONSTATS

A. La situation de Corentin

Corentin, né au début de l'année 2002, est le dernier d'une fratrie de quatre enfants nés de Madame M. Les trois premiers sont issus de son mariage avec Monsieur N. Corentin est né d'une relation entretenue par la mère avec un autre homme – Monsieur O. – pendant l'incarcération de son mari.

Monsieur N. a en effet été condamné à la peine de trois ans d'emprisonnement dont un an avec sursis assorti d'une mise à l'épreuve pour, d'une part, des faits d'atteinte sexuelle sur mineur de quinze ans par ascendant et, d'autre part, de soustraction aux obligations nées de l'autorité parentale, à l'égard des trois enfants. Madame M. a été condamnée des mêmes chefs, à une peine de deux ans d'emprisonnement avec sursis assorti d'une mise à l'épreuve.

Les trois enfants du couple avaient été placés à l'ASE en 2000 ; Corentin, lui, a été élevé par sa mère et son époux, qui avait repris sa place au domicile dès sa libération, peu de temps après la naissance. Les aînés ont rejoint le domicile parental en 2014 ; les deux aînés étaient majeurs, le troisième était encore mineur et une mesure d'assistance éducative en milieu ouvert (AEMO) a été ordonnée en sa faveur. Elle a été étendue à Corentin en décembre 2014, confirmée par jugement en mars 2015. La décision initiale était guidée par des motifs d'ordre strictement éducatif ; la décision de prolongation évoque la violence verbale et physique de la mère.

En juillet 2015, l'organisme en charge de l'AEMO a estimé ne pas pouvoir garantir la sécurité physique et psychologique des deux enfants mineurs et sollicité leur placement. Le juge des enfants ayant considéré que les parents étaient conscients et capables d'évolution, le placement est intervenu dans le cadre d'un accueil provisoire. Corentin a été confié à une famille d'accueil. Au vu de l'angoisse qu'il manifestait lors des retours de week-ends, des traces évoquant des coups et des « multiples anecdotes » de l'enfant évoquant « un environnement violent et maltraitant », le juge des enfants, par jugement datant de la fin du mois de septembre 2015, a décidé d'un placement judiciaire, avec droit de visite médiatisé en faveur du couple.

Dès octobre 2015, l'enfant a révélé à son assistante familiale des faits de nature sexuelle dont il aurait été victime de la part de son frère aîné, précisant que sa mère savait. Une note a été adressée au juge des enfants par l'ASE, au milieu du mois de février 2016. Fin mars, Corentin a confirmé les faits devant la psychologue du service. Une nouvelle note a été adressée au juge des enfants au début du mois d'avril. Le parquet a été avisé par le juge quelques jours après.

Entendu par la police une semaine plus tard, Corentin a confirmé ses déclarations ; il a fait l'objet d'un examen psychologique à l'occasion de cette procédure. Afin d'éviter les pressions, le juge des enfants a suspendu le droit de visite des parents. Le frère a été placé en garde à vue à la fin du mois d'avril 2016. Corentin s'est rétracté lorsqu'il lui a été confronté. L'enquête, dans un premier temps, a été classée sans suite.

Dans les semaines qui ont suivi son audition, Corentin est revenu sur ses rétractations, accusant à nouveau son frère puis sa mère d'agressions sexuelles et, pour cette dernière, de violences psychologiques et physiques. L'enquête pénale a ultérieurement été ré-ouverte.

A compter de juillet 2016, les notes de l'ASE font à plusieurs reprises état de propos de Corentin disant son attirance sexuelle, assortie de pulsions, à l'égard de sa référente ASE et de la psychologue, de la fille et des petits-enfants de l'assistante familiale ; il évoque des envies de viol et de meurtre. Il revient également sur les violences, physiques et sexuelles, dont il dit avoir été victime au domicile parental.

Au début du mois de septembre 2016, au moment de rentrer dans l'enceinte du collège, Corentin est passé derrière la principale et lui a porté un coup sur la fesse avant de s'enfuir. Une plainte a été déposée.

Mi-septembre, une note de l'ASE adressée au juge des enfants et au magistrat du parquet fait état des propos par lesquels Corentin s'accusait d'avoir participé à des viols, d'une part avec son grand-frère, d'autre part avec ce dernier et deux autres jeunes qu'il désignait par leurs prénoms, sur plusieurs victimes qu'il décrivait avec une relative précision. Cette note évoque un enfant se disant « malade du sexe » et demandeur de soins. Une enquête pénale a été ordonnée le même jour.

Trois jours plus tard, l'assistante familiale a signalé à l'ASE que Corentin avait commis des attouchements sur ses petites filles, âgées de six et huit ans.

Cinq jours après, Corentin était placé en garde à vue. Il a reconnu les attouchements commis sur les petites filles et sur la principale du collège.

Quatre jours plus tard, il a été placé en garde à vue pour les faits de viols multiples dont il s'était accusé. Après avoir abondamment décrit les faits, Corentin est revenu sur ses déclarations. L'expert psychiatre désigné pour l'examiner a conclu à l'existence de troubles mentaux et fait appel au maire qui, le lendemain, 27 septembre 2016, a pris un arrêté d'admission au CH de T., dans un service d'adultes.

Corentin a été conduit à l'hôpital par les forces de l'ordre.

La procédure pénale ouverte pour les faits de viols multiples a été classée sans suite, faute d'élément de nature à caractériser l'existence d'une quelconque infraction.

B. L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Les motifs de l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Ainsi qu'il a été dit ci-dessus, l'expert requis dans le cadre de la procédure pénale a conclu à l'existence d'une affection mentale compromettant l'ordre public et/ou la sûreté des personnes et nécessitant une admission en soins psychiatriques. Le certificat médical en date du 27 septembre 2016 indique : « ordres hallucinatoires de viol meurtre et doit brûler les corps pour faire disparaître l'ADN », précisant « son assistante maternelle ne peut plus le recevoir car il a touché ses petites filles ». Le même jour, reprenant dans ses motifs le contenu du certificat médical, le maire a pris un arrêté provisoire d'urgence sur le fondement de l'article L3213-1 du code de la santé publique².

² Article L3213-2 CSP : 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'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un

Le certificat médical de 24 heures décrit un patient « calme et très compliant aux soins » ; il évoque aussi « la persistance d'un discours délirant reconnu par le patient comme pathologique mais incontrôlable et permanent » ; il évoque, d'une part, « les abus sexuels graves dont l'enfant disait avoir été victime de façon répétée dans son milieu familial » et, d'autre part, la reconnaissance par l'enfant de « conduites sexuelles inadaptées, de vols, de mensonges à caractère irrépressible » ; il conclut à la nécessité de « mise en place d'une observation et des soins appropriés » dans le cadre d'une ASDRE, soulignant toutefois que le jeune âge du patient constituait « une contre-indication majeure à la poursuite des soins dans l'unité (pour adultes) ». Le médecin précisait que cette cohabitation risquait « d'aggraver de façon inexorable et continue » l'état mental du patient et soulignait le « risque grave de majoration de tendances mythomaniaques et d'apparition de pathomimie ».

Le 28 septembre 2016, le préfet a ordonné l'admission en soins psychiatriques sous la forme d'une hospitalisation complète³, fondant exclusivement sa décision sur le certificat initial (troubles hallucinatoires de viol et meurtre avec ordre de brûler les corps pour faire disparaître l'ADN), ne citant que « pour information » le certificat de 24 heures (plus favorable au patient).

Le certificat de 72 heures décrit un patient coopérant, des hallucinations persistantes semblant s'atténuer, la nécessité des soins ; il conclut au maintien des soins sous le même statut, tout en soulignant à nouveau le caractère « totalement inadapté » de la structure.

Le 30 septembre 2016, le préfet a repris les termes du dernier certificat médical et conclu au maintien dans cette même structure.

Les certificats mensuels postérieurs (en réalité séparés de plus de trente jours) soulignent l'absence de signe de dissociation psychotique, l'atténuation nette des hallucinations (à compter de novembre, elles ne sont plus évoquées) et la montée parallèle d'une forme de dépression avec, à partir de janvier 2017, des conduites auto-agressives (non caractérisées dans leurs manifestations). Le

arrêté d'admission en soins psychiatriques dans les formes prévues à l'article L. 3213-1. Faute de décision du représentant de l'Etat, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures.

³ Article L3213-1 CSP : I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade.

Le directeur de l'établissement d'accueil transmet sans délai au représentant de l'Etat dans le département et à la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 :

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 mentionnés aux deux derniers alinéas du même article L. 3211-2-2.

II.-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'Etat 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.

Dans l'attente de la décision du représentant de l'Etat, la personne malade est prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète.

III.-Lorsque la proposition établie par le psychiatre en application de l'article L. 3211-2-2 recommande une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète, le représentant de l'Etat ne peut modifier la forme de prise en charge des personnes mentionnées au II de l'article L. 3211-12 qu'après avoir recueilli l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9.

caractère inadapté de la structure a à chaque fois été rappelé ; le certificat du 27 février 2017 fait notamment état d'un renforcement des positions défensives et d'une réticence nuisant à l'établissement d'un lien de confiance. Il a été à chaque fois conclu à la nécessité du maintien des soins sous la forme d'une hospitalisation complète dans le cadre d'une ASDRE. Le préfet, à chaque période déterminée par la loi, a ordonné le maintien des soins sous la forme d'une hospitalisation complète au sein du CH de T.

La notification des arrêtés

L'hôpital remet en principe au patient admis sans consentement un formulaire destiné à lui présenter son statut et ses droits. Ce formulaire (qui n'est pas aisément compréhensible car il prétend exposer l'ensemble des situations y compris les formalités d'admission à la demande d'un tiers et les conditions de la mainlevée de ce type d'admission) était resté dans le dossier de l'enfant ; Corentin n'a d'ailleurs pas été invité à signer le récépissé. Il a été indiqué aux contrôleurs que les décisions préfectorales avaient été expliquées à l'enfant et qu'il avait été informé de ses droits par des soignants. Lorsqu'il a été entendu par les contrôleurs, Corentin se souvenait avoir reçu des explications sans toutefois en avoir retenu l'intégralité du contenu.

La mère – en tant que représentante légale – a été invitée par l'hôpital à signer les divers accusés de réception des arrêtés préfectoraux. Ces accusés comportent une formule-type par laquelle le signataire atteste avoir pris connaissance de l'arrêté et « des droits prévus au livre I du code de la santé publique, Titre 1^{er} : modalités de soins psychiatriques. Chapitre 1^{er} : droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques ».

On notera que ce chapitre comporte vingt-quatre articles dont la lecture n'est pas aisée au profane et qu'aucune copie de ces textes, ni aucun document explicatif, n'a été remis à Madame M. A supposer qu'elle ait été apte à agir dans l'intérêt de son fils, il est vraisemblable que Madame M. ignorait qu'elle tenait de l'article L 3211-3 du code de la santé publique⁴ le droit de saisir les autorités

⁴ Article L3211-3 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 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.

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, 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.

En outre, toute 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 informée :

- a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ;
- b) 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 en application de l'article L. 3211-12-1.

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

- 1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ;

ou la commission des usagers. Il n'est pas davantage certain qu'elle ait compris qu'elle pouvait, au nom de son fils, former un recours devant le JLD contre les arrêtés préfectoraux.

Le juge des enfants, par jugement datant de mi-septembre 2016, avait souligné le désintérêt de la mère à l'égard de son fils et suspendu son droit de visite. Il est donc fort probable que, concrètement, nul n'était en mesure d'agir au nom de Corentin pour défendre ses intérêts dans cette procédure.

Il en ira pareillement de la procédure devant le JLD dont il sera reparlé plus loin.

C. La prise en charge au centre hospitalier de T.

L'organisation de la pédopsychiatrie dans le département

Le département concerné par le présent rapport compte treize secteurs de psychiatrie infanto-juvénile.

Selon les données communiquées par l'ARS, plusieurs structures permettent l'hospitalisation complète d'adolescents en pédopsychiatrie dans le département : 8 lits dans un établissement public de santé mentale (EPSM) situé à 80 km du CH de T., 19 lits au centre hospitalier régional universitaire (CHRU) localisé à 60 km, 10 lits dans un EPSM distant de 60 km et 8 lits en hospitalisation libre et en semaine dans un CH situé à 30 km de celui de T. Il est par ailleurs envisagé de créer 10 lits d'hospitalisation complète dans un autre CH distant de 30 km à partir des 18 places d'hospitalisation de jour existantes. En outre, il semblerait que plusieurs établissements non sectorisés proposent également des hospitalisations complètes en pédopsychiatrie.

La prise en charge psychiatrique des enfants relevant du secteur de T.-G.

La commune de résidence de la famille de Corentin relève du secteur de psychiatrie infanto-juvénile de T.-G. Il correspond à trois secteurs de psychiatrie générale.

Le secteur de pédopsychiatrie de T.-G. compte deux CMP (un dans la ville de T. et un dans la ville de G.), un hôpital de jour pour enfants de trois à douze ans (ville de T.), un accueil familial thérapeutique et une équipe mobile pour enfants et adolescents (anciennement unité d'hospitalisation à domicile).

2° De saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 ;

3° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;

4° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;

6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

7° D'exercer son droit de vote ;

8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

Deux psychiatres, dont un pédopsychiatre, y exercent, ainsi qu'une équipe associant psychologue, assistante sociale, orthophoniste, psychomotricien, etc. L'équipe est estimée insuffisante par certains de ses membres.

Pour les enfants confiés à l'ASE, la question habituelle de délai se double d'une question de compétence qui n'est pas nettement tranchée (domicile de la famille ou du lieu d'accueil).

La prise en charge des adolescents est décrite comme particulièrement difficile en raison des caractéristiques d'une partie de la population (grande précarité, alcoolisme, chômage, manque de soins primaires...) et de l'insuffisance de transports en commun entre les différentes communes. Il est souvent nécessaire d'aller au-devant des familles ; le suivi est souvent chaotique.

L'hôpital de rattachement du secteur de pédopsychiatrie de T.-G. est le CH de T., qui dispose de lits d'hospitalisation complète en psychiatrie générale mais non en pédopsychiatrie. Une seule structure permet l'hospitalisation complète en pédopsychiatrie en dehors du secteur mais au sein du territoire de santé : le CH situé à 30 km de celui de T. et qui accueille des patients en soins libres et en semaine seulement.

En pratique, l'hospitalisation complète des enfants relevant du secteur de T.-G. s'effectue au service de pédiatrie du CH de G., avec le soutien d'une équipe de psychiatrie de liaison (dont l'intervention est limitée à cet établissement). Celle des adolescents incombe au CH de T. où, de fait, l'équipe du CMP joue le rôle d'équipe de liaison. Enfants et adolescents peuvent être accueillis dans une clinique privée située à 60 km de la ville de T. lorsqu'il s'agit d'une admission préparée. Seul le CH de T. accueille les adolescents hospitalisés sans consentement.

Organisation de la psychiatrie générale au centre hospitalier de T.

Le CH de T. comporte un bâtiment consacré à la psychiatrie générale. Il est composé de deux unités qui correspondent aux deux secteurs de psychiatrie générale rattachés au CH de T.

Au rez-de-chaussée du bâtiment se trouve la première unité. Il s'agit d'une unité ouverte de 28 lits dont 4 en unité de soins intensifs (USI).

La seconde unité se trouve au premier étage. Elle comporte une partie ouverte de 10 lits destinés aux patients admis en soins libres et une partie fermée de 15 lits – dont 4 en USI – réservée aux patients admis en soins sans leur consentement. Corentin a été hospitalisé au sein cette unité en raison du lieu de domicile de sa famille, qui relève de ce secteur de psychiatrie générale.

Le CH de T. accueille dans son bâtiment de psychiatrie générale accueille les adultes et les adolescents à partir de seize ans, parfois quinze ; il a également été fait part d'une limite fixée à « quinze ans et trois mois ». L'admission de Corentin (âgé de quatorze ans et demi au moment de son arrivée) a été réalisée par dérogation.

Le CH de T. a pris en charge en psychiatrie 10 mineurs en 2015 (8 dans l'unité où Corentin a été placé et 2 dans l'autre unité) et 5 en 2016 (2 dans l'unité où Corentin a été hébergé et 3 dans l'autre). Hormis Corentin, aucun de ceux-ci n'avait été admis en SPDRE ou dans le cadre d'une décision judiciaire, et aucun séjour n'a excédé plus d'une vingtaine de jours consécutifs, c'est-à-dire le temps de juguler un épisode de crise.

La prise en charge de Corentin au centre hospitalier de T.

Les soins

De septembre à décembre 2016, l'une des deux psychiatres exerçant en pédopsychiatrie au CMP et à l'hôpital de jour de T. assurait le suivi de Corentin. Elle se déplaçait au CH de T. pour le rencontrer une fois par semaine. Depuis le début de l'année 2017, pour assurer un lien plus étroit avec l'équipe soignante, le relais a été pris par la médecin chef du pôle de psychiatrie et chef de service de l'unité du CH de T. où Corentin a été placé. Le CMP reste présent à travers des consultations bihebdomadaires avec un psychologue et deux soignants ; la pédopsychiatre continue de participer aux réunions organisées à propos de Corentin.

Corentin rencontre également deux psychiatres d'une structure régionale dédiée à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, au rythme d'une fois tous les dix jours, dans le cadre d'une thérapie centrée sur les problématiques d'ordre sexuel.

La prise en charge a été décrite comme particulièrement délicate au regard de l'âge de l'enfant et de son immaturité, de la problématique en cause, de la difficulté de travailler avec la famille, mais aussi du double statut (soins contraints et enfant confié à l'ASE) qui, aux yeux des professionnels de santé, augmente la responsabilité du service, complique et limite les collaborations et les projets.

Les mesures particulières mises en place

Dès son arrivée et pendant toute son hospitalisation, les contacts de Corentin avec d'autres patients ont été proscrits. Cette séparation a été présentée comme nécessaire en raison de l'âge de Corentin et de l'impact que la vision de personnes atteintes de pathologies mentales parfois lourdes pouvait avoir sur un jeune esprit. Sa vulnérabilité a également été pointée par les soignants, étayée par son apparence physique enfantine, son manque de maturité et les comportements susceptibles d'être adoptés par les autres patients à son encontre (racket, approches d'ordre sexuel, etc.).

Pour assurer cette séparation, une affectation en USI a été décidée dès son arrivée. Cette unité avait été, au préalable, vidée de tous ses occupants, réaffectés dans l'unité fermée. Ensuite, lorsque Corentin a quitté l'USI et a rejoint l'unité fermée, la consigne de séparation a été maintenue, limitant tout déplacement dans l'unité lorsque d'autres patients y sont présents et consistant donc en un maintien quasiment permanent en chambre.

Une seconde mesure particulière a été mise en place à l'égard de Corentin : sa prise en charge par deux personnes simultanément, y compris lorsqu'il s'agit d'ouvrir sa porte pour répondre à une demande ou lui permettre d'accéder à la douche. Aucun infirmier, intervenant ou visiteur n'est autorisé à l'approcher sans la présence d'un tiers (un autre infirmier, un éducateur ou un second visiteur, par exemple). Seuls les entretiens avec les médecins, le psychologue et les contrôleurs semblent être exemptés de cette procédure.

Cette mesure a été présentée comme émanant d'une demande de l'ASE afin de dissiper tout doute quant aux accusations d'abus sexuels que Corentin pourrait émettre à l'égard des professionnels qui l'entourent, comme cela semble avoir été le cas auparavant. Il a été précisé que ce dispositif permettait, en parallèle, d'éviter un transfert trop massif et d'assurer la cohérence de la prise en charge.

Ces deux mesures et le faible nombre d'infirmiers simultanément en poste dans l'unité (deux) limitent considérablement le temps que ceux-ci peuvent consacrer à Corentin.

L'hébergement

L'hébergement en unité de soins intensifs (du 1^{er} au 80^{ème} jour)

A son arrivée, Corentin a été placé dans l'une des quatre chambres de l'USI, préalablement vidée de ses occupants. Cette affectation a été justifiée par son état de santé (épisode de crise), par la nécessité d'évaluer son comportement et par la consigne de séparation avec les autres patients. Corentin y est resté durant 80 jours.

Durant une première phase d'observation, Corentin était enfermé en chambre. Durant la seconde phase de sa période d'hébergement à l'USI, sa porte a été laissée ouverte afin qu'il puisse déambuler au sein des parties communes de cette zone (couloir et salle de visites). Il était en revanche encouragé à ne pas demeurer dans le couloir afin d'éviter les regards des patients de l'unité fermée, qu'une porte à fenestron vitré sépare de l'USI.

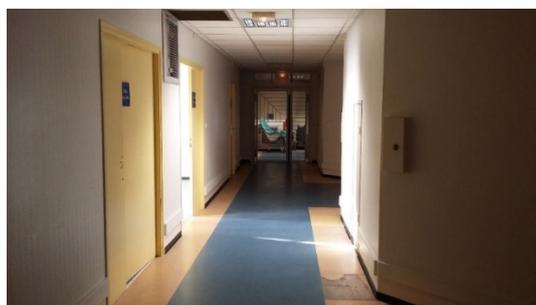


Figure 1 : couloir de l'unité de soins intensifs

La chambre dans laquelle Corentin a été affecté est, comme les trois autres chambres de l'USI, meublée uniquement d'un lit inclinable et d'un placard fermé à clé, tous deux scellés au sol. La porte d'entrée de la chambre est dotée d'un fenestron qui permet la vision depuis le couloir.



Figure 2 : chambre de soins intensifs dans laquelle Corentin a été hébergé

Une salle d'eau est attenante à la pièce principale. Elle dispose d'une poignée sur sa partie intérieure mais non sur sa partie extérieure. Les patients peuvent donc tirer la porte depuis l'intérieur s'ils souhaitent préserver leur intimité ; en revanche, les soignants peuvent condamner cette porte s'ils estiment que la personne n'est pas en mesure d'utiliser la salle d'eau de manière autonome et sans risque. La nuit, ils condamnent généralement cette pièce et remettent au patient un bassin d'aisance.

Il n'existe aucun bouton d'appel dans la chambre. Par conséquent, lorsque les patients souhaitent solliciter les soignants, ils doivent frapper à la porte de la chambre ou crier.

Le bureau des infirmiers est vitré mais la chambre occupée par Corentin, située au fond du couloir et non face au bureau, est hors de portée visuelle depuis celui-ci. L'écran de vidéosurveillance installé dans le bureau des infirmiers n'est pas destiné à visualiser l'USI.

Deux salles permettent de procéder à la toilette : une salle de douche et une salle de bain. Situées en dehors des chambres, elles sont uniquement accessibles sur accompagnement des soignants.

L'hébergement en unité fermée (du 80^{ème} au 170^{ème} jour, jour de la venue des contrôleures)

A compter du 80^{ème} jour de sa présence au CH de T., Corentin a quitté l'USI pour être affecté, seul, dans une chambre double de l'unité fermée. Il a été précisé aux contrôleures qu'à cette date, les patients qui présentaient des comportements sexuels trop prononcés avaient quitté le CH.

Cette chambre avait, au préalable, été équipée de manière à permettre un séjour plus agréable au regard du jeune âge de Corentin, de la durée de son hospitalisation et du temps passé en chambre. Elle est meublée d'un lit inclinable non scellé au sol. Une table, un bureau et une commode sont installés. Deux chaises de bureau, deux chaises de salon, une chaise simple et un fauteuil complètent l'ameublement. Un téléviseur est fixé au mur, en hauteur, face au lit. Une chaîne hifi et de nombreux CD sont posés sur le sol. Une poubelle et un radioréveil équipent également la chambre. Corentin a eu l'autorisation de décorer sa chambre avec des coussins, photographies, dessins, calendrier, etc.



Figures 3, 4 et 5 : chambre de l'unité fermée occupée par Corentin

Deux placards dotés d'étagères, d'une barre de penderie et d'une porte fermant à clé sont à la disposition de Corentin. Le premier est rempli de jeux de société, puzzles, livres et manuels scolaires apportés principalement par son assistante familiale. Le second est rempli de vêtements, essentiellement remis par son assistante familiale. Elle lui apporte les affaires de toilette qu'il souhaite utiliser (shampooing, etc.), même si des produits de base sont distribués par le CH.

La chambre est équipée d'une grande fenêtre à la française qui ne s'ouvre que sur une amplitude d'une vingtaine de centimètres. La fenêtre donne sur une petite terrasse à laquelle personne n'a accès. Un autocollant dépoli apposé sur une partie des vitres empêche d'être vu distinctement depuis l'extérieur. Il est possible à Corentin de regarder dehors en s'asseyant ou en se penchant.



Figures 6 et 7 : les deux placards de la chambre de Corentin ; figures 8 et 9 : fenêtre (à gauche : ouverture maximale)

La chambre est équipée d'une salle d'eau séparée par une porte. Elle comporte un WC en faïence à l'anglaise, deux lavabos avec mitigeur et un miroir.



Figures 10, 11 et 12 : salle d'eau de la chambre occupée par Corentin

Corentin a également accès, chaque jour, à la salle de bain ou à la salle de douche de l'unité. Des soignants l'y amènent et se postent à l'extérieur, porte fermée, durant qu'il effectue sa toilette.

Tout comme au sein de l'USI, aucune des chambres de l'unité ne dispose d'un bouton d'appel. Lorsque Corentin souhaite parler à un soignant ou sortir de sa chambre, il doit frapper à la porte ou crier. Il n'a pas relaté que cela constituait une difficulté mais les contrôleuses ont constaté que la réponse pouvait tarder.

Les sorties et activités

Les activités et distractions en chambre

Certaines activités sont accessibles à Corentin de manière permanente au sein de sa chambre : il peut regarder la télévision⁵, écouter de la musique sur sa chaîne hi-fi (radio et CD) ou sur son iPod®, écrire, lire, dessiner ou assembler des puzzles, par exemple. Corentin possède également une tablette numérique ; sa connexion à internet a néanmoins été désactivée après qu'il a été surpris en train d'y

⁵ La télécommande lui est néanmoins retirée durant la nuit.

regarder des films à caractère pornographique. Au jour des vérifications sur place, Corentin n'avait aucun accès à internet.

D'autres occupations telles que la confection de bracelets ou les jeux vidéo ne lui sont accessibles que de manière limitée, lorsque les équipements correspondants – stockés dans la salle d'activités – lui sont prêtés. A titre d'exemple, sa console de jeux ne lui est remise que les mardis, jeudis et les week-ends, dans des horaires prédéfinis.

Lorsque sa famille d'accueil lui rend visite, Corentin et ses visiteurs s'adonnent à des jeux de société. Des infirmiers prennent également parfois le temps de jouer ou de dessiner avec lui.

Corentin prend ses repas seul dans sa chambre. Des soignants semblent néanmoins être restés à ses côtés durant les dîners des jours de fête : Noël et le Jour de l'An.

Corentin a affiché un emploi du temps type. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'était plus réellement d'actualité mais il illustre néanmoins son rythme de vie :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
7h30	Réveil	Réveil	Réveil	Réveil	Réveil	Réveil	Réveil
8h/8h30	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner	Déjeuner
9h/9h30	Toilette	Toilette	Toilette	Toilette	Toilette	Toilette	Toilette
10h	Travail	Lecture	Ordi	Travail	Lecture	Ménage	Ordi
11h30	Télé	Télé	Télé	Télé	Télé	Télé	Télé
12h30	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas
13h	Détente	Détente	Détente	Détente	Détente	Détente	Détente
14h	Loisir	Loisir	Sport	Loisir	Sport	Télé	Télé
15h	Télé	Ordi	Télé	Ordi	Télé	<i>Wii®</i>	<i>Wii®</i>
16h30	Détente	Détente	Détente	Détente	Détente	<i>Wii®</i>	<i>Wii®</i>
17h	Télé	Musique	Télé	Télé	Ordi	Sport	Sport
18h30	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas	Repas
19h	Musique	Ordi	Télé	Ordi	Musique	Télé	Télé
20h	Toilette	Toilette	Toilette	Toilette	Toilette	Toilette	Toilette
21h	Coucher	Coucher	Coucher	Coucher	Coucher	Coucher	Coucher

Les activités et distractions dans les locaux collectifs de l'hôpital

Les activités reposent pour l'essentiel sur le personnel soignant mais les éducateurs de l'ASE y contribuent de manière régulière : ils rendent visite à Corentin au rythme moyen d'une fois tous les dix jours et, à cette occasion, partagent avec lui des activités.

Il est parfois possible à Corentin de quitter sa chambre pour se distraire dans d'autres lieux de l'hôpital, sous la surveillance de deux soignants et en l'absence de tout autre patient.

Il lui est notamment possible de se rendre à la salle d'activités de l'unité fermée, qui est équipée de nombreux appareils de musculation.

S'il souhaite accéder à l'air libre, il peut demander à déambuler dans l'enceinte de l'hôpital (ce qui revient à se promener au milieu des voitures stationnées entre les bâtiments) ou à se rendre sur la « terrasse » de l'unité, c'est-à-dire dans l'espace extérieur clos qui est partagé par les deux unités, qui doit alors être vide de visiteurs. Ces sorties sont systématiquement accompagnées par des soignants ; elles sont de durée limitée.

Les activités thérapeutiques, éducatives ou sportives

Quelques activités thérapeutiques, éducatives et occupationnelles extérieures à l'unité sont organisées de manière hebdomadaire ou bihebdomadaire pour Corentin. Aucun autre patient ou enfant n'y participe. Il est systématiquement accompagné de deux adultes. Corentin bénéficie, chaque semaine depuis février 2017, d'une séance d'art-thérapie.

Depuis le début de l'année 2017, Corentin sort de l'hôpital environ une fois toutes les deux semaines, accompagné par deux professionnels (dont au moins un soignant spécialisé en pédopsychiatrie) dans le cadre de permissions de sortie de courte durée accordées par le préfet⁶. Corentin a ainsi pu se rendre chez le coiffeur (mi-janvier 2017), à la médiathèque de la ville de T. (mi-janvier 2017 et début février) ou dans le centre-ville (fin février). Un mercredi de mars, jour où l'hôpital de jour pour enfants n'accueille aucun patient⁷, Corentin s'est également adonné à certaines activités de plein air (course, football, basketball) avec deux adultes sur les équipements sportifs de cette structure.

Les liens avec l'extérieur

L'assistante familiale de Corentin lui rend visite, accompagnée de son époux⁸, environ trois fois par semaine, de 16h30 à 18h. Ils rencontrent Corentin dans sa chambre. Ils lui apportent les objets ou produits qu'il a sollicités (vêtements, jeux, etc.) et s'adonnent avec lui à des jeux de société.

Corentin est autorisé à téléphoner à son assistante familiale. Pour ce faire, un soignant lui apporte un téléphone cellulaire dans sa chambre et reste avec lui durant la conversation.

Les liens avec la famille

Les droits de visite de la mère avaient été supprimés par une décision prise vers mi-septembre 2016 pour une durée de trois mois ; il s'agissait d'éviter les pressions pendant la conduite des enquêtes pénales. Ces droits ont été rétablis par une décision de la mi-décembre 2016 pour répondre à une demande de Corentin, avant d'être à nouveau supprimés à la fin du mois de janvier 2017. Le juge indique, dans cette décision, que la mère se désintéresse du devenir de son fils, tant au plan scolaire que médical.

Corentin a parfois profité d'un appel téléphonique à son assistante familiale pour appeler sa mère. Au jour de la visite des contrôleurs, celle-ci n'avait ni sollicité le rétablissement de ce droit ni demandé à rencontrer le médecin qui suit son fils.

⁶ Si le préfet ne s'oppose pas à la demande de permission de sortie sous 48 heures, l'autorisation est considérée comme acquise.

⁷ Il a été précisé aux contrôleurs qu'en tout état de cause, Corentin ne pourrait pas avoir d'interactions intéressantes avec les enfants pris en charge en hôpital de jour car ceux-ci ont entre trois et douze ans.

⁸ Selon le même principe que celui qui encadre toute prise en charge par deux soignants, Corentin n'est pas autorisé à recevoir la visite d'un adulte seul.

D. La scolarité

Au moment de l'hospitalisation, Corentin était scolarisé en collège, en classe de troisième. Il était identifié comme un élève et un enfant en difficulté et l'année précédente, en septembre 2015, le collège avait adressé une information préoccupante aux services territoriaux d'action sociale, dépendants du conseil départemental.

Au début du mois de septembre 2016, Corentin est passé subrepticement derrière la principale qui se tenait à la barrière d'entrée et lui a donné un coup de poing sur la fesse avant de s'enfuir. Dans la plainte déposée le jour même, la principale indique que, quelques jours auparavant, l'enfant lui avait été signalé par sa famille d'accueil et sa référente ASE comme « prédateur sexuel ».

Deux semaines plus tard, la commission de discipline du collège a décidé de l'exclusion de Corentin. Il semble que l'enfant n'y était ni présent ni représenté.

Dans une lettre datée de la fin du mois de septembre 2016 et adressée à la famille d'accueil, le recteur de l'académie a invité Corentin à poursuivre la scolarité par le biais du CNED, en ces termes : « *Le jeune Corentin a été exclu définitivement du collège [...] suite à une décision du conseil de discipline [...] pour violences physiques. Je constate avec regret que le comportement de Corentin compromet très sérieusement la poursuite des activités scolaires en mettant constamment en danger sa sécurité ainsi que celles des autres élèves et que la surveillance particulière imposée par ce comportement se révèle inadaptée ou incompatible avec le fonctionnement d'un établissement scolaire. Aussi, je ne peux que vous proposer, dans l'immédiat, d'inscrire Corentin au centre national d'enseignement à distance (CNED)* ». Une scolarité par le biais du CNED suppose néanmoins un accès à internet, ce dont Corentin ne dispose pas. Elle suppose aussi une maturité et un soutien qui lui font défaut.

Il semblerait que des démarches aient été effectuées par l'ASE afin que Corentin puisse poursuivre sa scolarité grâce à l'intervention d'une association au CH de T. La solution se serait heurtée à l'impossibilité de disposer de manuels de classe, ceux-ci n'étant remis qu'aux élèves inscrits dans un établissement scolaire.

Corentin possède, dans sa chambre d'hôpital, ses cahiers (déjà utilisés) de quatrième et un ouvrage général présentant des exercices de niveau troisième. Il demande parfois aux soignants de recopier des énoncés sur une feuille volante puis de corriger sa copie une fois les exercices réalisés. Des soignants lui font également, parfois, des dictées.

E. Les projets au moment de la visite

L'ensemble des professionnels rencontrés a affirmé que Corentin nécessitait des soins mais qu'une hospitalisation complète au sein du CH de T. n'était plus justifiée voire était délétère pour son état de santé.

La juge des enfants a fait le choix de maintenir le suivi au titre de la protection de l'enfance en danger, refusant le placement en centre éducatif fermé (CEF) qui lui était proposé. Elle avait saisi la commission des cas difficile en octobre 2016. Au moment de la visite (16-17 mars 2017), cette commission pluridisciplinaire (ARS, justice, ASE...) ne s'était pas encore réunie.

Concrètement, l'orientation de Corentin reposait donc sur l'ASE et l'hôpital. Plusieurs pistes ont été avancées.

Certains professionnels considéraient que la poursuite d'une hospitalisation complète dans un service de pédopsychiatrie pouvait s'avérer bénéfique ; la recherche d'une telle structure était néanmoins présentée comme aussi complexe qu'au mois de septembre 2016. L'ASE a sollicité un établissement hospitalier du département dédié à la prise en charge des enfants en danger, situé à 30 km de la ville de T., mais s'est heurtée à un refus, au motif du danger que pourrait représenter Corentin pour les autres enfants. Il ne semble pas que d'autres structures de soins en hospitalisation complète aient été sollicitées : il était en effet considéré comme acquis que les établissements ne recevaient que les enfants de leur secteur.

L'idée d'une admission en hôpital de jour, en parallèle d'un accueil de nuit, a également été avancée. Elle s'est heurtée à une double difficulté : l'absence d'établissement sur le secteur et l'absence d'hébergement.

L'admission en institut thérapeutique, éducatif et pédagogique (ITEP) a été envisagée et rapidement abandonnée, Corentin ne correspondant pas au profil des enfants qui y sont généralement accueillis. En tout état de cause, ce type d'établissement supposait également une solution d'hébergement le week-end et pendant les vacances.

Il était estimé que, *a minima*, un suivi ambulatoire spécialisé était nécessaire ; débuté pendant l'hospitalisation au CH de T., les différents interlocuteurs ont affirmé qu'il devait et pouvait se poursuivre, sous réserve d'un hébergement sur le même secteur.

L'hébergement apparaissait donc comme le problème le plus délicat.

Le placement en famille d'accueil était considéré comme risqué, à moins de répondre à des conditions précises : un accueil spécialisé, une famille sans enfants ni petits-enfants. Il a été indiqué aux contrôleurs qu'il n'avait pas été possible de trouver de famille répondant à ces critères. Certains professionnels ont évoqué la possibilité de solliciter les grands-parents de Corentin, avec lesquels il semblait entretenir des relations saines avant son hospitalisation.

A défaut d'être la solution la plus adaptée, l'accueil en maison d'enfants à caractère social (MECS) ou dans un établissement habilité ASE était cité comme étant la plus réaliste. Au moment des vérifications sur place, l'ASE œuvrait en ce sens.

II. ANALYSE DE LA SITUATION AU REGARD DE LA PROTECTION DES DROITS FONDAMENTAUX

La reprise, *a posteriori*, du déroulement des faits, l'étude des décisions, la comparaison des discours des principaux intervenants ont suscité chez les contrôleurs de multiples interrogations. L'analyse qui en est faite ne prétend pas à l'exhaustivité ni n'exclut d'autres questionnements. Elle est destinée à mettre en évidence les raisons qui ont pu conduire à ce qu'un enfant de quatorze ans soit accueilli et maintenu durant plusieurs mois dans une unité de psychiatrie pour adultes et de caractériser l'impact des divers fonctionnements observés sur les droits de cet enfant.

A. Des approximations qui interrogent

L'un des premiers constats qui s'est imposé aux contrôleurs est le flou quant à l'état civil de Corentin, tel qu'il s'est exprimé à travers le discours des intervenants, le contenu des rapports éducatifs et les décisions de justice.

Certaines décisions prises dans le cadre de l'assistance éducative mentionnent en effet en tant que « père » le mari de la mère ; d'autres attribuent cette qualité à Monsieur O. (compagnon de la mère pendant l'incarcération de son époux). A compter de septembre 2015, le chapeau des décisions évoque exclusivement la mère en tant que parent. Une décision de la fin du mois de septembre 2016 accorde cependant un droit de visite « aux parents » (le terme semblant s'adresser à la mère et à son mari). A compter d'avril 2016, Monsieur N. – mari de la mère – est clairement désigné sous le vocable de « beau-père » ; Monsieur O. n'apparaît plus.

Les rapports socio-éducatifs sont tout aussi incertains. Le service ayant exercé l'AEMO semble ne considérer que le couple formé par Madame M. et Monsieur N., désigné comme « parents » de toute la fratrie. L'ASE désigne Monsieur N. sous le vocable de « beau-père » et Monsieur O. sous celui de « père » ou « père biologique » sans préciser sur quel fondement.

Les procès-verbaux des procédures pénales portent quant à eux la mention « né de père inconnu », à la fois inexacte et inutilement stigmatisante.

En réalité, la mère figure dans l'acte de naissance de Corentin sous son nom de famille, sans référence à son nom d'usage issu de son mariage ; une mention marginale apposée six jours après la naissance de Corentin fait état d'une reconnaissance par anticipation par Monsieur O. environ quatre mois auparavant. La filiation paternelle est donc juridiquement établie.

On notera que, parmi les pièces communiquées aux contrôleurs, figurent diverses demandes de Corentin visant à rencontrer son « père biologique »⁹. Certains intervenants ont aussi évoqué le désir de l'enfant d'établir un lien juridique avec Monsieur N. Il n'a pas été répondu à ces demandes.

Dans un tout autre domaine, lors de leurs contacts avec plusieurs des intervenants essentiels, les contrôleurs ont été confrontées à des récits variables et incertains sur des points ne relevant pas du détail ou de la chronologie. Il a été question de viols pour caractériser les faits commis par Corentin sur les petites-filles de l'assistante familiale¹⁰, de viols avec actes de barbarie à propos de la procédure

⁹ Courrier d'avril 2016, appuyé par une demande de l'ASE quelques jours après.

¹⁰ En réalité des attouchements qualifiés en agressions sexuelles sur mineures de quinze ans.

à l'origine de la garde à vue du 26 septembre 2016 et de l'ASDRE¹¹. Les contrôleures se sont interrogées sur les moyens et méthodes que se donnaient les autorités pour s'assurer que leurs décisions reposaient sur des éléments précis et objectifs.

B. Une intervention sociale et un suivi psychologique tardifs malgré de nombreux signes avant-coureurs

On peut tout d'abord s'étonner qu'un enfant né dans les circonstances que l'on sait n'ait pas fait l'objet d'une attention plus précoce et plus intense. Ces circonstances ont été décrites ci-dessus (cf. § I-A) ; on rappellera simplement que Corentin, né des relations que sa mère a entretenues avec un autre homme pendant l'incarcération de son mari, a été élevé par un couple de personnes qui venaient d'être condamnées pour atteintes sexuelles sur l'un de leurs enfants mineur de quinze ans et pour s'être soustraites à leurs obligations parentales.

Selon les renseignements communiqués oralement aux contrôleures, il semble qu'une information préoccupante ait été adressée au département au moment de la naissance de Corentin. Les informations recueillies à cette époque n'ayant pas mis en évidence de danger, aucune intervention n'a été mise en place, aucune vérification ultérieure n'a été programmée. Il semble qu'aucun renseignement n'ait été recueilli quant aux conditions de vie et d'éducation de cet enfant entre les mois qui ont suivi sa naissance et ses douze ans. On s'en étonne : s'il est vrai que nul ne doit être perpétuellement renvoyé à son passé et que chacun doit être crédité d'une capacité d'évolution, il n'en demeure pas moins que la nature et la gravité objective des faits commis sur les aînés, les conditions de la naissance et de la reconstitution du couple, auraient pu conduire à vérifier que l'amélioration constatée à la naissance de Corentin était profonde et durable.

On s'interroge parallèlement sur la manière dont s'est effectué le suivi des enfants aînés dans la mesure où il aurait pu permettre de repérer les éventuelles difficultés auxquelles Corentin risquait d'être confronté, mauvais traitements et abus sexuels étant souvent révélés grâce au témoignage d'un aîné : les travailleurs sociaux – qui ont pour mission de maintenir les relations parents-enfants – se rendaient-ils au domicile de Madame M. et Monsieur N. ou considéraient-ils que le placement (des aînés) les en dispensait ? Les enfants aînés avaient-ils la possibilité de confier à des tiers – établissement ou famille d'accueil, travailleur social référent ou psychologue – non seulement la manière dont se déroulaient les rencontres avec les parents mais aussi les craintes éventuelles qu'ils pouvaient formuler à l'égard de leur plus jeune frère resté à domicile ? Des rencontres étaient-elles organisées, entre les enfants placés et Corentin, leur permettant d'entretenir des liens fraternels indépendamment des parents ? Ces questions ont leur importance car, bien qu'étant à la périphérie des compétences du CGLPL, elles visent à mieux analyser les pratiques professionnelles de chacun et donc à mieux appréhender la succession de décisions ayant conduit à la privation de liberté de Corentin.

Selon les renseignements communiqués, les enfants aînés ont rejoint le domicile parental courant 2014. A cette date, les deux aînés étaient majeurs¹², le troisième – Raphaël – ne l'était pas

¹¹ S'agissant en réalité d'une procédure ouverte pour viol et qui s'est conclue par un classement sans suite, l'infraction, pour reprendre les termes d'un magistrat du parquet, « non seulement n'était pas caractérisée mais n'a pas été commise ».

¹² Peut-être avaient-ils rejoint le domicile plus tôt ; les documents transmis ne permettent pas de déterminer avec certitude la date du retour.

encore. On suppose donc qu'une enquête sociale a été ordonnée ou, *a minima*, qu'un rapport de l'aide sociale à l'enfance s'est prononcé favorablement au retour. Une mesure d'AEMO a été ordonnée, comme il est fréquent en pareilles circonstances. La décision n'a pas été communiquée aux contrôleurs mais, selon le rapport d'AEMO daté du mois de novembre 2014, il s'agissait de soutenir Raphaël dans la construction de son projet professionnel et ses parents dans leur positionnement d'autorité. Aucune référence n'est faite au motif initial du placement ou aux mesures prises par le couple, de nature à démontrer une évolution favorable : ont-ils reconnu les faits pour lesquels ils ont été condamnés ? Ont-ils exprimé des regrets ? Cherché des explications ? Compris la gravité et les conséquences possibles pour leurs enfants ? Ont-ils entrepris une quelconque démarche – thérapie ou autre – en ce sens ? La lecture du rapport d'AEMO de novembre 2014 évoque des parents quelque peu dépassés par leurs enfants mais rien qui semble nécessiter une vigilance particulière. Leur passé de parents défaillants dans leurs obligations et auteurs d'atteintes sexuelles est littéralement gommé.

Il convient de préciser que la décision de condamnation des parents n'est pas motivée¹³ et que manquait donc une base susceptible d'établir clairement les faits dont il s'était agi.

Le rapport d'AEMO de novembre 2014 a demandé une extension de la mesure en faveur de Corentin. L'enfant – alors âgé de douze ans – est décrit comme présentant de multiples troubles d'ordre somatique ; à l'école où il est scolarisé en classe de cinquième, il se montre agressif, voire violent ; il rencontre de grosses difficultés d'intégration, ses résultats scolaires sont qualifiés « d'alarmants ». On peine à croire que ces symptômes sont apparus brutalement et on s'étonne, là encore, que les institutions en contact avec l'enfant – notamment l'institution scolaire – n'aient pas questionné plus en profondeur et plus tôt leur origine ; on est surpris qu'aucune prise en charge spécialisée n'ait été initiée à ce stade.

Comme il a été dit plus haut, le placement de Corentin interviendra en juillet 2015, d'abord dans le cadre d'un accueil provisoire puis, à compter de septembre de la même année et au vu des allégations de l'enfant, dans un cadre judiciaire. La décision est fondée sur l'existence de violences physiques et psychiques de la part de la mère.

En octobre 2015, Corentin révèle à son assistante familiale, avec force détails, que son frère aîné lui a imposé des rapports sexuels à plusieurs reprises ; il indique que sa mère les a vus et punis ; il réitère ses accusations devant l'assistante sociale du service. Les faits sont signalés au juge des enfants dans un rapport qui, pour la première fois, rappelle les antécédents des « parents »¹⁴.

Selon les documents communiqués, il semble que le premier contact avec le psychologue du service de l'ASE soit intervenu en avril 2016, soit six mois après ces révélations. Plus étonnant encore, une note de ce professionnel datée du début du mois d'avril 2016 indique que l'évaluation psychologique a été sollicitée « pour étayer l'adolescent dans l'élaboration de son histoire, de sa place dans la cellule familiale et appréhender la problématique actuelle de Corentin », précisant « actes délictueux vols¹⁵ ».

¹³ Il aurait probablement été utile aux intervenants sociaux de connaître avec précision les éléments de fait constituant les infractions retenues.

¹⁴ Les termes restent imprécis. Il est indiqué : « Monsieur N. et Madame M. ont été condamnés pour des faits de maltraitance physique et de violences sexuelles sur les trois aînés ».

¹⁵ En février 2016, Corentin a effectivement été entendu dans le cadre d'une procédure pour vol, qu'il disait avoir commis à la demande de sa famille.

Corentin évoque longuement devant la psychologue les viols dont il se dit victime de la part de son frère aîné. Rien, dans le rapport de la psychologue, ne permet de penser qu'elle avait été informée des précédentes accusations formulées par l'enfant.

A compter de cette date – avril 2016 – il semble que le suivi psychologique devienne régulier, sans que la périodicité soit pour autant très rapprochée¹⁶.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, mi-avril 2016, l'enfant est entendu par la police sur les faits qu'il impute à son grand-frère. Compte-tenu de ses rétractations, des accusations formulées tous azimuts¹⁷ et en l'absence de signes médico-légaux patents, l'enquête se conclut par un classement sans suite avant d'être ré-ouverte. Le magistrat du parquet, lorsqu'il communique la procédure au juge des enfants, attire son attention sur la nécessité de « faire un point rapidement avec le service gardien afin de prendre des mesures adaptées », compte-tenu, notamment, du résultat de l'expertise psychologique.

En effet, l'expertise psychologique réalisée pendant cette procédure évoque une sexualité envahissante et dénuée d'affect, une incapacité à nommer le bénéfice trouvé en ayant recours au mensonge, « un discours hyper sexualisé » dans lequel « la réalité se télescope avec l'intrusion de potentiels fantasmes ». L'expert s'interroge sur la réalité objective, la nature des faits, leur auteur. Le rapport conclut à la nécessité d'un accompagnement psychiatrique.

Cet épisode va impulser de modestes réactions de la part des services de protection : à la fin du mois d'avril 2016, le service de l'ASE formule une demande de suivi en CMP. La demande semble avoir été faite auprès du secteur de pédopsychiatrie dont relève le domicile de son assistante familiale, non auprès du CMP dont dépend le domicile de la mère de Corentin (le secteur de T.-G.). Deux jours plus tard, statuant vu l'urgence, le juge des enfants suspend les droits de visite de la mère et de son mari, afin d'éviter toutes pressions sur le jeune garçon.

On se souvient qu'à compter de cette date, Corentin revient sur ses rétractations, multiplie les révélations d'agressions sexuelles imposées par son frère et sa mère, évoque ses propres envies sexuelles à l'égard de la gent féminine, tous âges confondus, et passe à l'acte sur les petites filles de l'assistante familiale et la principale du collège. On se souvient qu'il se dit « pervers » et « malade ». Durant cette période, Corentin évoque aussi des envies suicidaires.

Mi-septembre, le juge des enfants a reçu en audience Corentin, la mère et son avocat, ainsi qu'un représentant de l'ASE. Le jugement évoque expressément un enfant « en demande de soins face à des pulsions qu'il est incapable de maîtriser », précisant : « si aucun suivi psychologique et psychiatrique adapté n'est mis en place, de graves passages à l'acte délinquants sont à craindre ». Le placement à l'ASE est renouvelé pour un an ; afin d'éviter toutes pressions dans le cadre de l'enquête pénale en cours, le droit de visite de la mère est suspendu pour trois mois.

Corentin finit par faire état de passages à l'acte associant viols et séquestration. On sait qu'il a été placé en garde à vue le 26 septembre 2016 et que l'enquête a conclu à l'absence d'infraction. L'expert pédopsychiatre lui, a conclu à la nécessité d'une hospitalisation. Elle sera réalisée le 27

¹⁶ Figurent au dossier des rapports de mai et juillet 2016.

¹⁷ De retour chez son assistante familiale, Corentin a accusé un policier d'avoir examiné son anus. On relèvera simplement qu'il a fait l'objet d'un examen médico-légal pendant la procédure. La nécessité d'un tel examen est indiscutable ; on notera que, chez un jeune garçon manifestement obsédé par la sexualité, un tel examen n'est pas neutre.

septembre, par arrêté municipal provisoire d'urgence. Corentin sera conduit au centre hospitalier de T. par les policiers.

Le suivi psychiatrique, sollicité depuis avril 2016, n'avait toujours pas débuté.

C. Réflexion quant au cadre juridique de l'admission en soins psychiatriques

Les différentes possibilités offertes par le droit

La décision d'hospitalisation d'un mineur appartient en premier lieu aux personnes titulaires de l'autorité parentale¹⁸. Les pièces de la procédure montrent que la mère avait donné son accord de principe à l'expert ; au vu des éléments relatés en procédure, on croit comprendre que, si le centre pédopsychiatrique du CHRU contacté par l'expert avait accepté de recevoir l'enfant, la mère aurait été sollicitée pour demander l'admission. On pouvait pourtant estimer que cette mère était peu qualifiée, compte-tenu des motifs de la mesure d'assistance éducative en cours et de la suspension du droit de visite dont elle faisait l'objet.

D'autres solutions étaient envisageables, bien que non exemptes de critiques. L'article R 1112-34 du code de la santé publique¹⁹ prévoit en effet que l'admission d'un mineur peut être prononcée à la demande du service de l'ASE, dès lors que l'enfant n'est pas confié à ce service par une personne exerçant l'autorité parentale.

En l'espèce, l'assistante familiale a été entendue durant la procédure pénale ; on suppose qu'elle en a avisé le service de l'ASE. On s'étonne que ce service n'ait pas été contacté ni n'ait pris l'initiative d'un contact avec les services de police. L'expert, en effet, s'est entretenu avec l'assistante familiale et avec la mère de Corentin ; ces deux personnes étaient certes en mesure de fournir des éléments de compréhension, limités toutefois par le statut et la place de ces personnes dans la vie de Corentin. Un entretien avec un professionnel représentant le service gardien aurait pu permettre d'analyser la situation de manière plus approfondie, éventuellement de trouver une solution d'attente ; s'il y avait urgence, l'ASE aurait pu formuler une demande d'admission sur le fondement de l'article R1112-34 du code de la santé publique. Au moins l'enfant aurait-il été accompagné à l'hôpital par un éducateur.

Il faut toutefois admettre que l'admission à la demande du service gardien n'est pas totalement satisfaisante dans la mesure où elle contredit le principe affiché par l'article 375-7 du code

¹⁸ Article L3211-10 CSP : Hormis les cas prévus au chapitre III du présent titre, la décision d'admission en soins psychiatriques d'un mineur ou la levée de cette mesure sont demandées, selon les situations, par les personnes titulaires de l'exercice de l'autorité parentale ou par le tuteur. En cas de désaccord entre les titulaires de l'exercice de l'autorité parentale, le juge aux affaires familiales statue.

¹⁹ Article R1112-34 CSP : L'admission d'un mineur est prononcée, sauf nécessité, à la demande d'une personne exerçant l'autorité parentale ou de l'autorité judiciaire.

L'admission d'un mineur, que l'autorité judiciaire, statuant en matière d'assistance éducative ou en application des textes qui régissent l'enfance délinquante, a placé dans un établissement d'éducation ou confié à un particulier, est prononcée à la demande du directeur de l'établissement ou à celle du gardien.

Lorsqu'il s'agit d'un mineur relevant du service de l'aide sociale à l'enfance, l'admission est prononcée à la demande de ce service sauf si le mineur lui a été confié par une personne exerçant l'autorité parentale. Toutefois, lorsque aucune personne exerçant l'autorité parentale ne peut être jointe en temps utile, l'admission est demandée par le service d'aide sociale à l'enfance.

civil qui indique, en son alinéa 1²⁰, que les parents bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative continuent d'exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec la mesure. Cette substitution du service gardien aux parents ne doit donc pas être systématique ni s'exercer *a priori*.

L'article 375-7 alinéa 2²¹ du code civil offre une possibilité mieux encadrée : il donne au juge des enfants la possibilité, à titre exceptionnel et si l'intérêt de l'enfant le justifie, d'autoriser le service gardien à exercer un acte relevant de l'autorité parentale. Cette autorisation est soumise à conditions : elle suppose que les titulaires de l'autorité parentale aient émis un refus abusif ou injustifié ou qu'ils aient commis des négligences dont la preuve incombe au demandeur. Dans le cas d'espèce, les négligences graves sont avérées (dans la dernière décision prise à cette date, le juge relève que la mère n'a pas pris de nouvelles de son fils et n'a aucunement conscience de la gravité de sa situation). Toutefois, l'application de ce texte en matière de psychiatrie n'est pas non plus satisfaisante dans la mesure où un texte spécial régit la matière.

En effet, l'article 375-3²² du code civil permet au juge des enfants de confier un enfant à « un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé » et l'article 375-9²³ soumet cette décision à des conditions spécifiques lorsqu'il s'agit de confier le mineur à un établissement psychiatrique : le magistrat doit disposer d'un avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement. La durée du placement initial est limitée à quinze jours mais peut être

²⁰ Article 375-7 al 1 CC : Les père et mère de l'enfant bénéficiant d'une mesure d'assistance éducative continuent à exercer tous les attributs de l'autorité parentale qui ne sont pas inconciliables avec cette mesure. Ils ne peuvent, pendant la durée de cette mesure, émanciper l'enfant sans autorisation du juge des enfants.

²¹ Art 375-7 al 2 CC : Sans préjudice de l'article 373-4 et des dispositions particulières autorisant un tiers à accomplir un acte non usuel sans l'accord des détenteurs de l'autorité parentale, le juge des enfants peut exceptionnellement, dans tous les cas où l'intérêt de l'enfant le justifie, autoriser la personne, le service ou l'établissement à qui est confié l'enfant à exercer un acte relevant de l'autorité parentale en cas de refus abusif ou injustifié ou en cas de négligence des détenteurs de l'autorité parentale, à charge pour le demandeur de rapporter la preuve de la nécessité de cette mesure.

²² Art 375-3 CC : Si la protection de l'enfant l'exige, le juge des enfants peut décider de le confier :

1° A l'autre parent ;

2° A un autre membre de la famille ou à un tiers digne de confiance ;

3° A un service départemental de l'aide sociale à l'enfance ;

4° A un service ou à un établissement habilité pour l'accueil de mineurs à la journée ou suivant toute autre modalité de prise en charge ;

5° A un service ou à un établissement sanitaire ou d'éducation, ordinaire ou spécialisé.

Toutefois, lorsqu'une requête en divorce a été présentée ou un jugement de divorce rendu entre les père et mère ou lorsqu'une requête en vue de statuer sur la résidence et les droits de visite afférents à un enfant a été présentée ou une décision rendue entre les père et mère, ces mesures ne peuvent être prises que si un fait nouveau de nature à entraîner un danger pour le mineur s'est révélé postérieurement à la décision statuant sur les modalités de l'exercice de l'autorité parentale ou confiant l'enfant à un tiers. Elles ne peuvent faire obstacle à la faculté qu'aura le juge aux affaires familiales de décider, par application de l'article 373-3, à qui l'enfant devra être confié. Les mêmes règles sont applicables à la séparation de corps.

Le procureur de la République peut requérir directement le concours de la force publique pour faire exécuter les décisions de placement rendues en assistance éducative.

²³ Article 375-9 CC : La décision confiant le mineur, sur le fondement du 5° de l'article 375-3, à un établissement recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, est ordonnée après avis médical circonstancié d'un médecin extérieur à l'établissement, pour une durée ne pouvant excéder quinze jours. La mesure peut être renouvelée, après avis médical conforme d'un psychiatre de l'établissement d'accueil, pour une durée d'un mois renouvelable.

renouvelée sur la base d'un avis médical de l'établissement d'accueil pour une durée d'un mois renouvelable dans les mêmes conditions.

Il apparaissait donc possible, en droit comme en fait, de saisir le juge des enfants sur la base du certificat médical rédigé par l'expert dans le cadre de la garde à vue du 26 septembre 2016.

Le « choix » de la modalité d'hospitalisation abandonné à l'expert

La nécessité des soins a pris une acuité particulière à l'occasion de l'enquête du chef des viols dont Corentin s'était lui-même accusé. Le 26 septembre 2016 en effet, dans un certificat médical destiné à la procédure, l'expert, avant même de terminer sa mission, écrivait que l'enfant souffrait « d'ordre hallucinatoire auditif constante qui lui ordonne viol et meurtre et de brûler le corps pour faire disparaître l'ADN » ; elle (l'expert) le déclarait dangereux et mythomane ; elle précisait que l'enfant et sa mère, représentante légale, demandaient l'hospitalisation.

Le même jour, lundi 26 septembre, à 17h30, le policier a rendu compte au magistrat du parquet chargé du contrôle de l'enquête, précisant que, selon l'expert, « une hospitalisation libre pouvait être envisagée et qu'à défaut, elle établirait un certificat pour une hospitalisation d'office ». Le magistrat du parquet a prescrit au policier de rechercher un établissement psychiatrique pouvant prendre Corentin en charge à l'issue de la garde à vue. Des contacts ont été pris par la police et par l'expert avec le centre pédopsychiatrique du CHRU, lequel a refusé « afin de ne pas exposer les autres mineurs ». Dans un procès-verbal de renseignements, le policier indique : « le Dr X (expert), nous informe qu'elle va nous faire parvenir un certificat pour une hospitalisation d'office, n'ayant aucune autre alternative pour que Corentin soit pris en charge ». Le magistrat du parquet a été informé le mardi 27 septembre à midi qu'une procédure était initiée en vue de « l'hospitalisation d'office ». Le maire de la ville de T. a été saisi et a pris un arrêté d'admission.

A 16h, le magistrat du parquet a donné pour instruction de lever la garde à vue dès prise en charge par le centre hospitalier de T., où l'enfant a été conduit par la police.

Il semble, à ce stade, que chacun soit intervenu selon une logique qui lui était propre : l'expert contacte la mère en vue d'une admission en soins libres dans un établissement adapté et, ne le trouvant pas, change de registre et s'oriente vers un placement contraint à la seule fin que Corentin soit rapidement hospitalisé. Le parquet met fin à la garde à vue pour que l'enfant bénéficie des soins que l'expert a jugé utiles. Le préfet, à la suite du maire, prend acte de l'existence de troubles compromettant la sûreté des personnes et nécessitant des soins.

A aucun moment les autres modalités d'hospitalisation ne semblent avoir été évoquées.

L'exclusion regrettable du juge des enfants

Sauf à considérer que l'autorité administrative est seule compétente dès lors que la sûreté des personnes ou l'ordre public sont en jeu, rien n'interdisait au magistrat du parquet d'aviser le juge des enfants dès que s'est posée la question de la nécessité d'une hospitalisation pour Corentin.

On objectera que le juge, comme le préfet, se serait estimé lié par le certificat médical et, comme lui, se serait heurté au refus du service de pédopsychiatrie du CHRU. Ce n'est pas certain.

L'intervention judiciaire en effet, se distingue fondamentalement de l'intervention de l'autorité administrative par plusieurs aspects qui lui permettent de mieux répondre à l'intérêt de l'enfant.

L'autorité administrative – maire ou préfet – est contactée dans l'urgence et ne connaît de la situation que les éléments relatifs à la procédure en cours : certificat médical et, dans une certaine mesure, procédure pénale. Sa marge d'appréciation est étroite et son choix est binaire : faut-il ou non ordonner l'hospitalisation sans consentement ? Son intervention est ponctuelle. L'autorité administrative n'a pas à préserver une quelconque qualité de relation avec les personnes. En pratique, l'enfant, pour un préfet, peut rester relativement abstrait. Le code de la santé publique lui prescrit de statuer en fonction de l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public²⁴. La notion d'intérêt de l'enfant n'est sans doute pas étrangère à l'autorité administrative mais elle ne constitue pas un critère prioritaire de son appréciation, quoiqu'en signant la convention internationale des droits de l'enfant²⁵, la France se soit engagée à faire prévaloir l'intérêt supérieur de l'enfant dans toutes ses décisions, qu'elles émanent d'institutions privées ou publiques, des tribunaux ou des autorités administratives.

Le juge des enfants au contraire connaît le mineur, sa famille, son histoire, son environnement. Il dispose, pour statuer, d'informations beaucoup plus larges que celles dont dispose l'autorité administrative. Les notions de sûreté des personnes et de trouble à l'ordre public ne sont pas étrangères au juge mais la loi lui prescrit de statuer en stricte considération de l'intérêt de l'enfant²⁶. Cette mission oblige à prendre du recul, à questionner les avantages et les inconvénients des solutions proposées, à ne statuer en urgence qu'à titre exceptionnel, à rechercher la solution la plus adaptée à l'intérêt de l'enfant. La procédure est souple ; le juge peut décider de mettre en place une solution d'attente²⁷. Il était probablement possible, en l'espèce, d'envisager un placement en famille d'accueil dite thérapeutique ou dans un lieu de vie habilité, de prendre le temps de rechercher, dans et hors département, une unité de pédopsychiatrie adaptée à la prise en charge de Corentin.

Il est permis de penser que le service pédopsychiatrique du CHRU – ou tout autre établissement spécialisé pour les mineurs – aurait pu analyser autrement la situation si elle lui avait été présentée de façon complète et précise, sereinement, hors le seul prisme déformant d'une procédure pénale qui – les contrôleurs l'ont constaté – a conduit plusieurs intervenants à retenir le caractère éminemment transgressif des faits de viols évoqués en oubliant parfois qu'ils n'avaient pas été commis.

²⁴ Article L3213-1 CSP : I.-Le représentant de l'Etat dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade. [...]

²⁵ Cette convention internationale, adoptée par l'Assemblée Générale de l'ONU le 20 novembre 1989, est entrée en vigueur en France le 6 septembre 1990.

²⁶ Article 375-1 CC : Le juge des enfants est compétent, à charge d'appel, pour tout ce qui concerne l'assistance éducative. Il doit toujours s'efforcer de recueillir l'adhésion de la famille à la mesure envisagée et se prononcer en stricte considération de l'intérêt de l'enfant.

²⁷ Ces décisions peuvent être délicates dans la mesure où le juge n'échappe pas aux pressions sécuritaires.

On observe d'ailleurs que, trois jours après la décision d'admission, tout le monde semblera regretter la tournure prise par les événements : dès le 30 septembre, en effet, le directeur de l'hôpital et le médecin du service alerteront juge et procureur sur les conditions de prise en charge de Corentin, placé en isolement complet dans une unité de soins intensifs délestée de ses autres patients. Le parquet, intervenant en urgence, tentera de mettre en place les conditions d'une ordonnance de placement provisoire (OPP) et saisira le juge des enfants de permanence, attendant de lui qu'il fasse ce qui n'avait pas été demandé trois jours plus tôt au juge titulaire en charge du dossier. D'évidence, il n'allait pas être possible de trouver durant le week-end l'établissement spécialisé qui n'avait pu être trouvé en semaine, pas plus qu'il n'allait s'avérer possible de trouver le moyen permettant de passer rapidement d'une ASDRE à une OPP.

L'intervention du juge des libertés et de la détention

Les choses auraient pu évoluer à l'occasion de l'intervention du JLD ; il n'en a rien été. Les logiques à l'œuvre ont poursuivi leurs chemins parallèles sans que les interlocuteurs parviennent à « se réunir autour d'une table » pour réfléchir ensemble aux modalités juridiques et pratiques les plus adaptées à la situation de Corentin.

En effet, le 30 septembre, jour même où les autorités judiciaires étaient sollicitées par le médecin et le directeur du CH de T. en vue d'une OPP, le certificat médical de 72 heures adressé au préfet – signé de ce même médecin – concluait au maintien des soins en hospitalisation complète dans le cadre d'une décision du représentant de l'Etat.

Dans son avis motivé du 3 octobre, le médecin concluait toujours aussi paradoxalement au maintien de l'hospitalisation selon le même régime (SDRE), de sorte qu'il était difficile au JLD de prononcer la mainlevée qui aurait permis de passer le relais au juge des enfants (ce qui se fera six mois plus tard). Il n'est toutefois pas inutile de rapporter les conditions de la saisine et de l'audience.

Quelques jours après son admission, Corentin a été avisé de la date d'audience devant le JLD et du fait qu'il serait assisté par un avocat désigné par le bâtonnier. Faute de représentant légal impliqué, l'enfant n'a pas pu disposer d'un avocat choisi ; aucune personne apte à agir dans son intérêt n'a été mise à même de mettre en œuvre les droits inhérents à la procédure (consultation des pièces administratives et médicales du dossier, avis d'un autre médecin, choix d'un avocat, etc.).

Le 7 octobre 2016, Corentin était accompagné à l'audience par deux soignants ; le service de l'ASE n'avait pas été convoqué et n'a pas pris l'initiative d'accompagner l'enfant ; la mère, convoquée par le greffe, était présente. L'audience se tient toujours au TGI de G., aucun des hôpitaux du ressort n'ayant été en mesure de mettre à disposition des magistrats une salle répondant aux critères d'une salle d'audience. La situation devrait évoluer avec les travaux en cours au CH de G., où il est prévu de tenir audience pour l'ensemble des hôpitaux du ressort.

Selon les renseignements recueillis par les contrôleurs, la mère – dont on rappelle que le droit de visite avait été suspendu par le juge des enfants – s'est immédiatement assise aux côtés de son fils dans la salle d'attente et l'a accompagné durant l'entretien avec l'avocat. Les soignants accompagnateurs, peu familiers des procédures, semblent avoir été déstabilisés et n'ont pas osé intervenir. On ajoutera que l'avocat ignorait probablement l'existence du dossier d'assistance éducative. Dans de telles conditions, il n'est pas certain que l'avocat ait réellement porté la parole de l'enfant, ni qu'il ait été en capacité de le faire en toute connaissance de cause. Il est certain en revanche

que, faute d'éléments d'ordre familial et social, le JLD ne disposait pour statuer que d'une infime partie des éléments utiles à la compréhension de la situation.

C'est pourquoi les contrôleurs estiment que le JLD devrait pouvoir se faire communiquer officiellement la procédure d'assistance éducative du mineur dont il examine l'hospitalisation, dans les mêmes conditions qu'un tribunal statuant en matière d'autorité parentale²⁸, et que l'avis du juge des enfants devrait être systématiquement et officiellement recueilli²⁹. Enfin, s'il apparaît que les intérêts du mineur sont en opposition avec ceux de ses représentants légaux, le JLD devrait désigner un administrateur *ad hoc*³⁰. On ajoutera que les contrôleurs sont favorables à ce que, en toutes situations, le JLD se fasse communiquer les renseignements sociaux en possession du service hospitalier et, le cas échéant, puisse ordonner une enquête sociale rapide.

En l'espèce, le JLD s'est ému des conditions de l'hospitalisation de Corentin, « regrettant que ce patient de quatorze ans soit hospitalisé en unité de majeurs ». Au vu des certificats médicaux et des débats, il a cependant conclu à l'existence d'une « pathologie qui induit un comportement agressif sexuellement et compromet la sûreté des personnes » et autorisé la poursuite de l'hospitalisation.

Il en ira différemment lors de l'audience du sixième mois.

Lecture critique des décisions administratives

L'ASDRE suppose que la personne souffre de troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux doivent être motivés et énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire³¹. Ils doivent également énoncer les motifs rendant nécessaire leur maintien.

Dans le cas de Corentin, on observe que le préfet puise son argumentation exclusivement dans les certificats médicaux (et pas toujours dans le plus actuel), y compris dans ce qu'ils ont de plus contradictoire. Ce constat est particulièrement net à partir de la fin de la période initiale de soins et d'observation et de la première intervention du JLD.

A compter d'octobre 2016 en effet, on remarque une certaine discordance entre les contenus des certificats médicaux et leurs conclusions : les contenus mettent en évidence une évolution globalement favorable ; les soins sont dits nécessaires sans que le trouble mental et ses conséquences soient particulièrement caractérisés ; les risques d'une hospitalisation prolongée en unité pour adultes sont en revanche constamment rappelés. Il est pourtant invariablement conclu au maintien des soins

²⁸ Article 1205-1 code de procédure civile : Lorsqu'une procédure d'assistance éducative a été diligentée à l'égard d'un ou plusieurs enfants, le dossier en est communiqué au tribunal ou au juge par le juge des enfants, dans les conditions définies à l'article 1187-1. Le juge des enfants ne transmet pas les pièces qu'il a exclues de la consultation en application de l'article 1187. Dans tous les cas, le juge des enfants fait connaître son avis au regard de la procédure d'assistance éducative en cours. Une copie de la décision du juge ou du tribunal est transmise au juge des enfants ainsi que toute pièce que ce dernier estime utile.

²⁹ Les contacts informels sont d'autant plus illégitimes que l'avocat est tenu en dehors.

³⁰ Cf. art 388-2 code civil.

³¹ Art L3213-1 CSP, déjà cité.

sous contrainte. Cette conclusion est d'autant plus surprenante que, d'un commun accord avec l'ASE, un établissement éducatif, éventuellement médico éducatif, est recherché.

Il semble qu'en l'absence de solution d'accueil, les médecins ne se soient pas autorisés à suggérer un programme de soins ou à solliciter une mainlevée alors même qu'ils éprouvaient pourtant des difficultés à caractériser le trouble mental dans les dimensions exigées par la loi.

Le préfet a pu tirer argument de l'invariable conclusion pour maintenir les soins contraints.

On observe aussi que le représentant de l'Etat n'a jamais répondu aux arguments mettant en évidence le caractère inadapté de la structure et les risques corrélatifs pour la santé de Corentin.

On observe toutefois que « le caractère inadapté de la structure » ne s'est jamais accompagné d'une description des conditions concrètes d'hospitalisation de Corentin : l'enfermement, l'absence d'accès direct à l'air libre, l'absence de scolarité, l'insuffisance d'activité, l'absence de contacts avec des jeunes de son âge. Lors de leurs rencontres avec les décideurs, les contrôleurs ont pu constater que ces conditions ne leur étaient pas précisément connues.

Le cadre juridique a compliqué la prise en charge et l'a détournée de son but

Le centre hospitalier est tenu de par la loi de solliciter le préfet pour obtenir des autorisations de sortie au profit des personnes admises en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat ; même si le préfet s'est montré compréhensif à cet égard vis-à-vis de Corentin, il n'en reste pas moins que ces sorties doivent être anticipées et qu'elles ont mobilisé du personnel soignant dans des proportions importantes en raison des craintes liées à la dangerosité supposée de l'enfant, à son potentiel risque d'atteinte à sa personne ou à d'autres, ou au risque de trouble à l'ordre public. Ces conditions de prise en charge, en limitant le nombre de sorties de Corentin – c'est-à-dire ses activités et ses contacts avec l'extérieur – et en contraignant leur déroulement, étaient manifestement contraires à l'intérêt de l'enfant.

Au-delà, le quotidien de Corentin s'est rétréci : enfermé dans sa chambre, sa vue vers le dehors était entravée, son accès à l'air libre rare, ses interactions avec des personnes extérieures à l'hôpital, à l'ASE ou au monde judiciaire quasiment inexistantes. Bien que, après une première phase d'isolement en unité de soins intensifs (80 jours), Corentin ait été hébergé dans une chambre ordinaire spécialement aménagée pour lui, il n'en était pas moins, de fait, placé à l'isolement de longue durée alors même que cette mesure de dernier recours relève d'une décision médicale prise pour une durée limitée, qu'elle suppose une surveillance stricte et l'inscription sur un registre spécifique³². Dans le

³² Article L3222-5-1 CSP : 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 et désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour assurer des soins psychiatriques sans consentement en application du I de l'article L. 3222-1. 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, qui peut être établi sous forme numérique, 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.

L'établissement établit annuellement un rapport rendant compte des pratiques d'admission en chambre d'isolement et de contention, la politique définie pour limiter le recours à ces pratiques et l'évaluation de sa mise

rapport thématique qu'elle a publié au cours de l'année 2016, la Contrôleure générale considérait en outre que « l'isolement et la contention dans la chambre du patient doivent être proscrits notamment au regard du risque de banalisation ainsi que celui d'une insuffisante traçabilité »³³.

De telles mesures n'ont certes pas été demandées par le préfet et n'auraient pu l'être puisqu'elles relèvent du seul médecin. Toutefois, selon les propos recueillis, les professionnels ont estimé leur responsabilité engagée par le statut de Corentin, patient mineur admis sur décision du représentant de l'Etat ; ils disent s'être sentis tenus de prendre ces mesures, destinées à protéger l'enfant, tout en sachant qu'elles constituaient une forme de maltraitance. Ce paradoxe n'a pas manqué de rejallir sur l'équipe, qui est apparue très culpabilisée lors de la rencontre avec les contrôleurs, très interrogative quant aux bienfaits de la prise en charge.

D'une manière générale, les contrôleurs ont retiré de leurs échanges avec les médecins et cadres de santé du CH, l'impression que le statut de l'admission les avait conduits à des mesures sécuritaires au-delà de ce qu'exigeaient l'état de santé et la protection de l'enfant.

Le rôle des autorités

La commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) compétente pour le CH de T.³⁴ visite régulièrement les établissements : elle a effectué dix-huit visites en 2016 ; les comptes-rendus montrent que la visite des locaux s'accompagne de rencontres avec les patients qui le demandent. Les unités de psychiatrie du CH de T. ont fait l'objet d'une visite en avril 2017. Corentin n'a pas été rencontré et il ne semble pas que son cas ait été particulièrement évoqué ni ce jour-là ni à un autre moment.

S'agissant des autorités que la loi³⁵ charge de veiller au respect des droits et libertés des personnes hospitalisées sans leur consentement : la présidente du TGI s'est rendue dans les trois établissements psychiatriques du ressort en décembre 2016 et janvier 2017 pour y rencontrer les équipes de psychiatres et évoquer, pour l'essentiel, les conditions de l'audience du JLD et les expertises psychiatriques. Les cas particuliers n'ont pas été abordés. La présidente a indiqué aux contrôleurs que les audiences, à terme, se tiendraient à l'hôpital de G. et non plus au TGI comme actuellement.

Un magistrat du parquet a également visité les trois établissements à la même période ; le CH de T. a été vu en janvier 2017. Le compte-rendu évoque des locaux bien tenus et un retard dans

en œuvre. Ce rapport est transmis pour avis à la commission des usagers prévue à l'article L. 1112-3 et au conseil de surveillance prévu à l'article L. 6143-1.

³³ CGLPL, *Isolement et contention dans les établissements de santé mentale*, Dalloz, 2016.

³⁴ L 3222-5 CSP : Sans préjudice des dispositions de l'article L. 3222-4, dans chaque département une commission départementale des soins psychiatriques est chargée d'examiner la situation des personnes admises 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 au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes.

³⁵ Article L3222-4 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'Etat dans le département ou son représentant, par le président du tribunal de grande instance 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.

l'inscription au registre de la loi. Des patients (majeurs) ont été rencontrés. Il est indiqué que « le cas d'un mineur dans le service ne devant recevoir que des adultes a été évoqué (avec le chef de service) ». Suite à cette visite, le procureur de la République a alerté le directeur de l'établissement sur la nécessité d'une tenue plus rigoureuse du registre.

Il semble qu'aucune de ces autorités ne se soit réellement penchée sur le cas de Corentin et, au-delà de lui, sur la question de l'hospitalisation des mineurs en service pour adultes. On rappellera que le CH de T. a accueilli cinq patients mineurs en 2016 et dix en 2015, dans une proximité délétère avec des majeurs atteints, pour certains, de pathologies lourdes.

D. Les obstacles à une orientation adaptée

Une insuffisance de moyens, ou une organisation et un fonctionnement à interroger, qui concerne à la fois l'offre de soins et l'offre de services en matière de protection de l'enfance

La difficulté à mettre en œuvre le suivi psychiatrique préconisé pour Corentin depuis plusieurs mois a été soulignée. Selon les professionnels rencontrés, elle tient à l'insuffisance de l'offre de soins ambulatoires ; les conditions en ont été évoquées par le médecin responsable du CMP de la ville de T. (Cf. § I.C). Avec des délais d'attente de plusieurs mois de la part du premier CMP sollicité (celui dont relève le domicile de l'assistante familiale de Corentin), on ne sera pas surpris que surviennent « une crise » et une hospitalisation en urgence.

L'absence totale de lits pour adolescents sur le secteur finalement retenu (le secteur de T.-G.) vient ajouter à la difficulté, d'autant que le secteur apparaît comme un horizon indépassable. On s'étonne néanmoins que, dans un département qui compte 45 lits d'hospitalisation complète (37 si l'on exclut l'établissement qui semble n'accueillir qu'en hospitalisation libre, ce qui aurait pu s'avérer opportun pour Corentin à certaines périodes), il n'ait pas été possible de trouver un lit pour Corentin.

Le CGLPL n'a pas vocation à recenser précisément les moyens ; il relèvera seulement que le rapport d'information du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France publié en avril 2017, tout comme le rapport relatif à la santé mentale publié par le ministère des affaires sociales et de la santé en octobre 2016, relève à la fois l'insuffisance des dispositifs de soins consacrés aux mineurs, leur inégale répartition sur le territoire, la nécessité de redéfinir les missions et de renforcer les collaborations. L'atlas de la démographie médicale 2016 publié par le Conseil de l'Ordre national des médecins souligne quant à lui que la spécialité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent est confrontée à la plus forte chute de médecine de spécialité : moins 48,2 % entre 2007 et 2016. La densité moyenne de pédopsychiatres est de 5 pour une population de 100 000 enfants de 0 à 15 ans, avec de fortes variations : 17,6 dans le Lot-et-Garonne, 14 à Paris, 6,1 en Dordogne, 1,5 dans le département du Nord et 0,8 en Loire-Atlantique, par exemple.

S'agissant de l'hospitalisation de Corentin, on rappellera que l'expert a initialement sollicité l'unité pédopsychiatrique du CHRU et a essuyé un refus, motivé par la dangerosité potentielle de l'enfant et la sécurité des autres patients. L'ARS dit s'être heurtée à pareil refus.

Quelques jours après l'admission de Corentin au CH de T., le juge des enfants a pris contact avec l'unité de pédopsychiatrie du CHRU pour envisager une possible collaboration dans le cadre d'une OPP à venir ; il dit s'être vu opposer le caractère incongru d'une démarche qui relève d'un médecin. Le médecin psychiatre du CH de T. a effectué la même démarche et s'est vu opposer le même refus.

On observe que les notions de dangerosité et de sécurité mises en avant pour justifier le refus du CHRU sont restées imprécises : ainsi a-t-on pu entendre un professionnel intervenant ponctuellement dans cette unité dire qu'il y rencontrait de jeunes patients « beaucoup plus difficiles et violents que Corentin ». Les notions de danger ou de sécurité, lorsqu'elles ne sont pas précisément argumentées, peuvent aussi constituer des alibis. Les contrôleurs n'ont pas qualité pour apprécier la dangerosité de Corentin ni les conditions dans lesquelles une équipe pouvait l'accueillir sans mettre en péril la sécurité du groupe ; elles estiment en revanche qu'il appartient aux autorités d'interroger ces notions lorsqu'elles viennent à l'appui d'un refus.

D'autres professionnels avancent que le refus opposé par l'unité pédopsychiatrique du CHRU, puis par l'établissement hospitalier dédié à la prise en charge des enfants en danger que l'ASE dit avoir contacté dans les semaines qui ont suivi l'admission, tient au fait que l'admission d'un enfant confié à l'ASE est toujours plus difficile à obtenir, faute de certitude d'un projet de sortie à court ou moyen terme.

Les magistrats de G. ont en effet dénoncé une insuffisance globale de lits sur le ressort de G. et une absence totale de dispositif d'accueil adapté aux mineurs cumulant des difficultés sociales, éducatives et psychologiques. Le cas a été cité, d'une jeune fille dont la prise en charge reposait sur quatre familles d'accueil. Plusieurs interlocuteurs ont aussi dénoncé « l'abandon » des familles d'accueil, dont le suivi serait « très léger ». Les contrôleurs ont d'ailleurs observé que Corentin n'avait pas été accompagné d'un éducateur lors de ses convocations par la police ; l'accompagnement n'est pas non plus systématique lors des convocations judiciaires. Globalement, la capacité de l'ASE à mobiliser son énergie en faveur des enfants les plus difficiles a été interrogée : l'hospitalisation, ou la commission d'un délit, seraient autant d'occasions de passer durablement, voire définitivement, le relais à une autre institution.

Des systèmes rigides

Une autre difficulté tient à la rigidité des organisations : la psychiatrie de secteur a constitué une avancée majeure dans les années 1960-70 en dotant l'ensemble du territoire de structures permettant de diversifier les modalités de prise en charge, de favoriser les parcours ambulatoires et de veiller à la continuité des soins au profit de la population d'un même secteur géographique. Cependant, ainsi qu'il vient d'être dit, plusieurs rapports ont mis en évidence le faible nombre de pédopsychiatres, leur inégale répartition, l'augmentation de la demande de consultations dans le secteur infanto-juvénile et l'allongement corrélatif des délais d'attente dans certains territoires, de sorte que le dispositif créé pour favoriser l'égal accès de tous à toutes les formes de soins ne remplit plus son rôle. Corentin en est l'illustration : sans accès à la pédopsychiatrie libérale, il est prisonnier d'un secteur défavorisé qui ne lui offre ni lit de pédopsychiatrie en hospitalisation complète, ni possibilité de suivi en CMP à court terme, les dispositifs à vocation « régionale » continuant manifestement à privilégier les habitants de leur secteur.

On aurait aussi pu imaginer que l'intervention de la structure régionale dédiée à la prise en charge des auteurs de violences sexuelles, implantée au CHRU, contribue à lever les réticences des unités de pédopsychiatrie et, en leur donnant des outils permettant de concilier la prise en charge de Corentin et la sécurité des autres patients, permette qu'il soit accueilli dans un établissement adapté à son âge et à ses problématiques. Il n'en a manifestement rien été.

La rigidité semble par ailleurs avoir ralenti le déploiement des soins spécialisés proposés par cette structure régionale spécialisée la prise en charge des auteurs de violences sexuelles puisque, selon les propos rapportés aux contrôleurs, celle-ci a conditionné son intervention à la prise en charge de Corentin par un CMP, ce qui n'a eu lieu que plusieurs mois après la demande initiale.

Face à ces évidentes disparités entre les territoires, face à ces rigidités de fonctionnement, il paraît impératif de rééquilibrer l'offre de soins et, dans l'immédiat, d'introduire une souplesse permettant à tout enfant dont l'état le nécessite de bénéficier des dispositifs adaptés présents au sein du groupement hospitalier de territoire (GHT), voire du département ou de la région.

Une insuffisance de dialogue

Il a semblé aux contrôleurs que la nature des faits évoqués, qui plus est concernant un enfant, mettait à mal la précision, la sérénité et la distance qui devraient présider aux décisions, qu'elles soient d'ordre administratif ou judiciaire. Ce constat de la difficulté de traitement des affaires de maltraitance et d'abus sexuels est récurrent depuis des décennies ; on sait que le recul et l'analyse requièrent une mise en commun des informations et une réflexion associant, autant que possible, plusieurs champs disciplinaires.

Les conditions de travail des uns et des autres ne favorisent certes pas un tel mode de fonctionnement : les magistrats du parquet interviennent souvent dans l'urgence, le juge des enfants est régulièrement appelé à siéger dans d'autres juridictions, les médecins font face à une pénurie de moyens en structures et en personnels et il en va de même pour les services de l'ASE. On ajoutera que la séparation des pouvoirs n'encourage pas la communication entre les autorités administratives et judiciaires.

On observera que le dialogue semble également malaisé entre membres d'une même institution : ainsi juge des enfants et magistrat du parquet ont-ils désigné chacun un administrateur *ad hoc* à Corentin, l'un en matière civile et l'autre en matière pénale, à deux jours d'intervalle.

De la même manière, la communication officielle entre juge des enfants et JLD ne s'est installée que plus d'un mois après la première décision du JLD.

Enfin, il semble qu'une tentative de dialogue engagée par le juge des enfants avec la préfecture soit restée sans réponse.

Il est vrai qu'il n'est pas aisé d'échanger avec d'autres partenaires sans perdre de vue sa propre mission ni trahir les obligations propres à sa profession ; qu'il n'est pas simple de prendre en compte les contraintes des autres intervenants ; qu'il n'est pas facile de soumettre ses analyses au crible de la critique.

Il peut aussi être tentant de rendre les autres institutions responsables du manque de dialogue, parfois au nom d'une expérience malheureuse qui vient alimenter des préjugés et des représentations contraires (ainsi, côté judiciaire, certains interlocuteurs décrivent « les médecins » comme rétifs aux OPP sur le fondement de l'article 375-9 CC, refusant de délivrer le certificat médical qui permet le maintien de l'hospitalisation au-delà de la première quinzaine alors que, côté médical, on craint « de devoir garder un enfant pendant des mois voire des années »).

Il peut être tentant de proposer une solution qui, finalement, décharge celui qui la propose, sans avoir préalablement vérifié sa pertinence ou voulu mesurer ses conséquences (ainsi l'autorité

administrative a-t-elle sollicité, par deux fois, le maintien de l'hospitalisation auprès du JLD mais n'a pas fait appel de la mainlevée ordonnée au début du mois d'avril 2017 ; ainsi a-t-il été proposé de confier Corentin à un centre éducatif fermé (CEF) alors même que la plupart des CEF sont particulièrement mal armés pour prendre en charge les mineurs présentant des problématiques d'ordre sexuel et tout aussi mal armés à l'égard des mineurs devant bénéficier d'un suivi psychiatrique ; ainsi l'inspection académique exclut-elle du collège un jeune soumis à l'obligation scolaire sans lui assurer une instruction selon d'autres modalités).

Les institutions ont agi selon leurs logiques propres alors même que la situation de Corentin aurait exigé de défier les habitudes, d'interroger les pratiques, d'œuvrer ensemble à la recherche de solutions.

On rappellera qu'au jour de la venue des contrôleurs, la commission des cas difficiles, sollicitée par le juge des enfants en octobre 2016, ne s'était toujours pas réunie.

Des idées reçues

Il semble qu'un autre élément ait pu expliquer le peu d'empressement à rechercher un accueil en pédopsychiatrie : lorsque les contrôleurs ont contacté téléphoniquement l'ARS, au mois de mars 2017, Corentin avait eu quinze ans depuis peu. Il était alors estimé que « dans [quelques semaines], il sortait de la pédopsychiatrie, de toutes façons ». Les contrôleurs tiennent à dire avec force que cette barrière des quinze ans, ou des quinze ans et trois mois, n'a aucun fondement légal. Elle repose sur des pratiques anciennes, contraires aux dispositions du code de la santé publique³⁶ et contraires aux préconisations anciennes³⁷ comme récentes, notamment celles du rapport d'information du Sénat sur la situation de la psychiatrie des mineurs en France³⁸ qui préconise que tous les mineurs bénéficient de structures de soins spécialisées.

CONCLUSION

La situation de Corentin a évolué depuis la visite des contrôleurs. Au début du mois d'avril 2017, le juge des libertés et de la détention a ordonné la mainlevée de la mesure de soins contraints, différée de 24 heures, estimant, d'une part, que n'était pas démontré en quoi les troubles mentaux du mineur nécessitaient des soins ou portaient atteinte de façon grave à l'ordre public, d'autre part que les conditions d'hospitalisation portaient atteinte aux droits fondamentaux du mineur.

La demande de mainlevée avait été préparée par le CH en lien avec l'ASE. L'établissement pressenti (un foyer situé dans la ville de T.) n'étant pas en mesure de recevoir Corentin à cette date, le relais a été pris par le juge des enfants, statuant sur le fondement de l'article 375-9 du code civil.

Corentin est resté à l'hôpital sous un régime plus souple. Il a pu rencontrer l'équipe du foyer ainsi que les autres jeunes accueillis ; il a participé à des activités organisées au sein de cet

³⁶ Article R3221-1 CSP

³⁷ Circulaire du 28 octobre 2004 relative à l'élaboration des schémas régionaux d'orientation sanitaire.

³⁸ Rapport de mission enregistré au Sénat le 4 avril 2017. Mission présidée par Alain Milon ; Michel Amiel, rapporteur.

établissement qu'il a finalement rejoint un mois plus tard environ. Le suivi ambulatoire mis en place par le CMP se poursuit librement.

Il n'en reste pas moins que, tout au long du processus, des atteintes injustifiées et disproportionnées ont été portées aux droits fondamentaux de l'enfant :

- atteinte au droit à l'instruction, par une absence de scolarité ;
- atteinte au droit à l'éducation, par une prise en charge éducative trop clairsemée eu égard aux problématiques et à la situation d'isolement et de désœuvrement vécue par Corentin au CH de T. ;
- atteinte au droit à une vie sociale et à l'apprentissage de celle-ci, par un nombre réduit de contacts avec des personnes extérieures au CH de T. et à l'ASE et par une absence totale de contacts avec des enfants de son âge ;
- atteinte au droit aux loisirs et aux activités récréatives propres à son âge ;

- atteinte au droit de disposer d'un représentant légal apte à faire valoir ses droits dans les procédures administratives et judiciaires ;

- atteinte au droit à l'accès aux soins, par un retard dans la prise en charge psychiatrique lorsque les premières demandes de soins ont été émises, par le refus des structures pédopsychiatriques qui ont été sollicitées pour accueillir Corentin et enfin par l'effet délétère que son maintien au CH de T. a fini par avoir sur son état de santé malgré la prévenance des équipes soignantes ;
- inégalité de traitement, dans la mesure où les mineurs se trouvant dans une situation similaire mais résidant dans un territoire de santé mieux doté en structures de pédopsychiatrie peuvent avoir accès à des soins plus adaptés à leurs besoins et à leur état de santé, ce qui constitue une perte de chance pour Corentin ;

- atteinte à la liberté d'aller et venir, par un enfermement durable en chambre, non justifié par l'état de santé de Corentin mais motivé par son hospitalisation dans une structure non adaptée ;
- privation de liberté injustifiée, car le maintien de Corentin au CH de T. n'a rapidement plus été motivé par des considérations strictement médicales mais était essentiellement lié aux différentes difficultés institutionnelles et structurelles évoquées au fil du présent rapport.