

Université de Limoges
Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 20 octobre 2017

par

Fabien LUNEAU

né le 26 décembre 1988, à Châteauroux

**Place donnée à l'autorité judiciaire dans les soins
psychiatriques sans consentement depuis la loi du 5 juillet
2011.**

**Une étude descriptive rétrospective des motifs de
mainlevée de mesures de soins psychiatriques sans
consentement en Haute-Vienne.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Président

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

Juge

M. le Professeur Denis VALLEIX

Juge

Mme le Docteur Isabelle ALAMOME

Directrice de thèse

M. le Docteur Benjamin LAVIGNE

Directeur de thèse





Université de Limoges

Faculté de Médecine

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour le diplôme d'état de docteur en Médecine

présentée et soutenue publiquement

le 20 octobre 2017

par

Fabien LUNEAU

né le 26 Décembre 1988, à Châteauroux

**Place donnée à l'autorité judiciaire dans les soins
psychiatriques sans consentement depuis la loi du 5 juillet
2011.**

**Une étude descriptive rétrospective des motifs de
mainlevée de mesures de soins psychiatriques sans
consentement en Haute Vienne.**

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Président

M. le Professeur Philippe NUBUKPO

Juge

M. le Professeur Denis VALLEIX

Juge

Mme le Docteur Isabelle ALAMOME

Directrice de thèse

M. le Docteur Benjamin LAVIGNE

Directeur de thèse



Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

ABOYANS Victor	CARDIOLOGIE
ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
ARCHAMBEAUD Françoise	MEDECINE INTERNE
AUBARD Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
AUBRY Karine	O.R.L.
BEDANE Christophe	DERMATO-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre	O.R.L.
BORDESSOULE Dominique	HEMATOLOGIE
CAIRE François	NEUROCHIRURGIE
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
COGNE Michel	IMMUNOLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION

DESCAZEAUD Aurélien	UROLOGIE
DES GUETZ Gaëtan	CANCEROLOGIE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DRUET-CABANAC Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL
DUMAS Jean-Philippe	UROLOGIE
DURAND-FONTANIER Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FAUCHAIS Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
FAUCHER Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
FEUILLARD Jean	HEMATOLOGIE
FOURCADE Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
GAINANT Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
GUIGONIS Vincent	PEDIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE
JAUBERTEAU-MARCHAN M. Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LAROCHE Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
LOUSTAUD-RATTI Véronique	HEPATOLOGIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE

MARIN Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
MATHONNET Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
MELLONI Boris	PNEUMOLOGIE
MOHTY Dania	CARDIOLOGIE
MONTEIL Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
MOREAU Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE
MOUNAYER Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
NATHAN-DENIZOT Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
NUBUKPO Philippe	ADDICTOLOGIE
PARAF François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
PLOY Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
PREUX Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
ROBERT Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
SALLE Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
SAUTEREAU Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
STURTZ Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
TREVES Richard	RHUMATOLOGIE
TUBIANA-MATHIEU Nicole	CANCEROLOGIE
VALLEIX Denis	ANATOMIE

VERGNENEGRE Alain	EPIDEMOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
VERGNE-SALLE Pascale	THERAPEUTIQUE
VIGNON Philippe	REANIMATION
VINCENT François	PHYSIOLOGIE
WEINBRECK Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
YARDIN Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES

BRIE Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
BARRAUD Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
BOURTHOUMIEU Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
BOUTEILLE Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
CHABLE Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
DURAND Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
ESCLAIRE Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
HANTZ Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
JESUS Pierre	NUTRITION
LE GUYADER Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
LIA Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE



MURAT Jean-Benjamin PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
QUELVEN-BERTIN Isabelle BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
RIZZO David HEMATOLOGIE
TCHALLA Achille GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
TERRO Faraj BIOLOGIE CELLULAIRE
WOILLARD Jean-Baptiste PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie ANGLAIS

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

BUCHON Daniel

DUMOITIER Nathalie

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

MENARD Dominique

PREVOST Martine

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE

HOUDARD Gaëtan

PAUTOUT-GUILLAUME Marie-Paule

PROFESSEURS EMERITES

ADENIS Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

ALDIGIER Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

MERLE Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

MOULIES Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017



VALLAT Jean-Michel

du 01.09.2014 au 31.08.2017

VIROT Patrice

du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1^{er} septembre 2016



Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique

Le 1^{er} novembre 2015

ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BLANC Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
CHUFFART Etienne	ANATOMIE
DONISANU Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
FAYE Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
FREDON Fabien	ANATOMIE
KASPAR Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MANCIA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
MATHIEU Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
OLOMBEL Guillaume	IMMUNOLOGIE
SERENA Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX

ARDOUIN Elodie	RHUMATOLOGIE
ASSIKAR Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
BIANCHI Laurent	GASTROENTEROLOGIE
BORDES Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
BOURMAULT Loïc	OPHTALMOLOGIE
BUISSON Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
CASSON-MASSELIN Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE

CAZAVET Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
CHAPELLAS Catherine	REANIMATION
CHATAINIER Pauline	NEUROLOGIE
CHRISTOU Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
COSTE-MAZEAU Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
CYPIERRE Anne	MEDECINE INTERNE A
DAIX Thomas	REANIMATION
DIJOUX Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
DOST Laura	OPHTALMOLOGIE
EVENO Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
GANTOIS Clément	NEUROCHIRURGIE
GARDIC Solène	UROLOGIE
GONZALEZ Céline	REANIMATION
GSCHWIND Marion	MEDECINE INTERNE B
HOUMAÏDA Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
JACQUES Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
KENNEL Céline	HEMATOLOGIE
LACORRE Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
LAFON Thomas	MEDECINE d'URGENCE
LAVIGNE Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LE BIVIC Louis	CARDIOLOGIE

LE COUSTUMIER Eve	MALADIES INFECTIEUSES
LEGROS Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
LERAT Justine	O.R.L.
MARTIN Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
MATT Morgan	MALADIES INFECTIEUSES
MESNARD Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
MONTCUQUET Alexis	NEUROLOGIE
PAPON Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
PETITALOT Vincent	CARDIOLOGIE
PONTHIER Laure	PEDIATRIE
ROGER Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
SAINT PAUL Aude	PNEUMOLOGIE
SCOMPARIN Aurélie	O.R.L.
TAÏBI Abdelkader	CANCEROLOGIE
TRIGOLET Marine	PEDIATRIE

CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE

RUDELLE Karen

CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

LAUCHET Nadège



PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

BALLOUHEY Quentin

CHIRURGIE INFANTILE

(du 1^{er} mai 2015 au 30 avril 2019)

CROS Jérôme

ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

(du 1^{er} mai 2014 au 31 octobre 2018)

L'autorité judiciaire est la gardienne de la liberté individuelle

Article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958



Remerciements

M. Le Professeur Jean-Pierre CLEMENT,

**Professeur des Universités de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Agée,
Psychiatre des hôpitaux**

**Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Agée du
Centre Hospitalier Esquirol**

Président du jury

Vous me faites l'honneur d'être mon Président de jury.

Je vous remercie pour la richesse de votre enseignement, de ma première année de médecine à aujourd'hui. Votre accompagnement et votre soutien auront été précieux tout au long de mon internat.

J'espère que mon travail de thèse sera à la hauteur de vos espérances. Soyez remercié d'en être le juge final ce jour. Veuillez y trouver l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

M. Le Professeur Philippe NUBUKPO,

Professeur des Universités de Psychiatrie et d'Addictologie

**Chef du Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin du Centre Hospitalier
Esquirol**

Membre du jury

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse.

Vous m'avez vu arriver dans votre Pôle lors de mon premier semestre d'interne. Vous avez toujours été présent avec bonne humeur, et de très bon conseil.

Je vous remercie d'être présent ce jour, veuillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.

M. Le Professeur Denis VALLEIX,

Professeur des Universités d'Anatomie et de Chirurgie Générale

Doyen de la Faculté de médecine de Limoges

Chirurgien des Hôpitaux au Centre Hospitalier Universitaire de Limoges

Membre du jury

Vous me faites l'honneur de siéger dans mon jury de thèse.

A travers votre enseignement de l'anatomie, vous avez accompagné mes premières années d'étudiant en médecine. Je vous remercie de la qualité et de la richesse de votre enseignement tout au long de ces années. Vous avoir à mes côtés en ce jour si spécial me paraissait une évidence.

Veillez trouver ici l'expression de ma gratitude et de mon profond respect.



Mme le Docteur Isabelle ALAMOME,

Psychiatre du Pôle de Territoire du Centre Hospitalier Esquirol

Directrice de thèse

Je te remercie d'avoir accepté rapidement d'être ma directrice de thèse, de m'avoir encouragé et accompagné tout au long de la rédaction.

J'ai eu le privilège de pouvoir travailler à tes côtés, ce qui a été pour moi extrêmement enrichissant et un réel plaisir. Tes qualités humaines, ton humour, ton dynamisme, associés à la richesse de ta pratique clinique et de ton enseignement sont un exemple pour moi.

Sois assurée de ma grande estime et de mon amitié.

M. le Docteur Benjamin LAVIGNE,
Chef de Clinique Assistant Hospitalier de Psychiatrie Adulte
Psychiatre du Pôle de Territoire du Centre Hospitalier Esquirol
Directeur de thèse

Je te remercie d'avoir accepté si rapidement d'être mon directeur de thèse, de m'avoir encouragé et accompagné tout au long de la rédaction.

J'ai eu le privilège de te rencontrer pendant mon externat, tu étais interne et tu partageais déjà avec passion tes connaissances. Tu m'as fait découvrir cette spécialité tant méconnue par les étudiants en médecine, et tu as contribué fortement à ce que je poursuis dans cette voie. J'ai eu la chance de pouvoir par la suite travailler à tes côtés et je te remercie pour ta grande disponibilité et ton enseignement. Merci pour ton soutien et ton amitié durant mes quatre années d'internat.

Sois assuré de mon estime et de mon amitié.



Un immense merci à l'ensemble des personnes qui m'ont permis de réaliser ce travail de thèse.

Merci à Madame Boisseuil, à Chloé ainsi qu'au personnel du service des admissions de m'avoir aidé à réunir les documents nécessaires à ce travail de thèse.

Merci à Madame Vitart, à Muriel Girard ainsi qu'au personnel du DIM pour leur aide et leur réactivité.

Merci à l'ensemble des personnes qui ont relu partiellement ou entièrement ma thèse, votre aide m'a été précieuse (Isabelle, Benjamin, Anne-Laure, Papa, Anne pour la traduction).



Je tiens à remercier les équipes avec lesquelles j'ai eu le plaisir de travailler en stage mais aussi lors des astreintes ou des gardes. Merci aux infirmiers, cadres de santé, aides-soignants, agents de services hospitaliers, assistants sociaux, psychologues et secrétaires. J'ai également beaucoup appris grâce à vous.

Je remercie tout particulièrement les équipes des services où je suis passé interne avec d'innombrables belles rencontres : Giraudoux, Wertheimer, Ballet Bas (Delay 2), Deniker, Morel, les Urgences Psychiatriques et l'HME (à deux reprises). J'ai beaucoup appris à vos côtés et toujours dans une ambiance agréable.

Je remercie également tout particulièrement les médecins qui m'ont encadré durant les stages, merci pour votre accessibilité, pour votre enseignement et votre soutien.

Merci au Dr Pierre Sazerat, à Laurence Beauseigneur, à Lydie Dominique, ainsi qu'à Jean-Michel Lambert et Jean-Pascal Legros. Merci à Benjamin C. et à Elizabeth. Merci à Matthieu et à Anne-Catherine. Merci à Mirvat et à Isabelle. Merci à Benjamin L. et à Elodie. Merci à Sophie et à Françoise. Merci à Géraldine, Natacha, Aline, Céline et Bertrand.

Merci à l'ensemble des médecins avec qui je n'ai pas forcément travaillé directement, mais avec lesquels j'ai pu échanger au décours d'un repas, de diverses formations, ou durant les cours de DES.

A l'occasion de la rédaction des remerciements, je me rends compte de la chance que j'ai de vous avoir tous, famille, amis et collègues, à mes côtés. Je vous remercie tous de votre présence et de votre soutien.

A mes trois amours.

A mon amour, Anne-Laure, toi qui partage ma vie. Il n'y a pas de mots pour décrire ce que tu peux m'apporter au quotidien. Tu es pour moi un soutien sans faille, toujours présente dans les bons et les mauvais moments. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi, pour tout ce que tu représentes, et pour les nombreux projets passés, présents, et ceux qu'il reste à construire. Je t'aime très fort.

A mes adorables, magnifiques, extraordinaires enfants, Louis et Hortense. Vous m'apportez tellement, tous les jours, à chaque instant. Vos sourires et vos rires enchantent ma vie. Je vous aime très fort.

A ma famille, avec tout mon amour.

A mes parents, un immense merci pour ces bientôt 30 premières années. Je n'en serais pas là aujourd'hui sans vos précieux conseils, votre amour et votre soutien inconditionnel. Merci de m'avoir transmis de nombreuses valeurs. J'espère que vous êtes fiers de votre « gros chat ». Je vous aime très fort.

A mon grand frère, Aurélien, merci pour tout ce que nous partageons et pour ton soutien sans faille depuis toujours. Je suis très fier d'être « ta fabinette » et très fier pour ta réussite professionnelle et familiale. A Anne, ma belle-sœur et à mes adorables neveu et nièces Arthur, Juliette et Chloé.



A ma grande sœur, Marie, merci d'être présente dans les bons et les mauvais moments. Je suis très fier d'être ton petit frère, je ne pouvais pas rêver de meilleure grande sœur. Je suis très fier de ce que tu es devenue. A François, mon beau-frère et à mes magnifiques nièces Coppélia et Léonie.

A mon Papi Marcel, tu es parti trop tôt. Merci pour tous ces bons moments passés avec toi : les vacances à Super-Besse avec les cabanes, la luge d'été, le ski, les parties de foot. Merci d'avoir été présent dès que j'en avais besoin. Tu me manques beaucoup et tu restes à jamais dans mon cœur. A Mamie Paulette, j'espère que tu es fière de ce que je suis devenu.

A mes grands-parents maternels, Papi Claude et Mamie Huguette. Je pense fort à vous et j'espère que d'où vous êtes, vous êtes fiers de moi.

A mes oncles et tantes, retrouvés souvent autour d'un repas. A Olivier, qui est parti bien trop tôt. Tu nous manques. A Tatie, je pense fort à toi.

A mes cousins, Guillaume (Anaïs et Paul) et Benoit, pour ces si belles relations qu'on a su créer, pour tous ces bons moments passés avec vous à La Tranche ou à Franc-Jeu. Les souvenirs restent vivaces. A mes cousines, Elsa, Pauline et Tiffaine. Merci à tous de votre affection.

A ma belle-famille.

A Patrice et Mamie Lili, à Michèle et Georges. Merci de m'avoir accueilli avec tant de bienveillance dans votre famille. Les moments passés avec vous sont toujours conviviaux. Vous êtes des grands parents extraordinaires.

A Papy Jojo et Mamie Lulu. Avec toute mon affection.



A mes amis,

Merci à mes amis de longue date. Je sais que je peux toujours compter sur vous.

A Polo, pour ton amitié sans faille depuis le collège. On en a passé de très bons moments ensemble au collège, au lycée, à Pontailac, à Limoges pendant ces six années d'externat. Aujourd'hui tu es le parrain d'Hortense, et j'en suis très fier. J'ai une pensée émue pour Florence, ta maman, qui nous manque à tous. Tu partages aujourd'hui la vie d'Elisa, que j'embrasse fort, et je vous souhaite à tous les deux beaucoup de bonheur.

A Baba (et Anne-Laure), pour ta bonne humeur et ta joie de vivre, pour ton amitié si fidèle malgré la distance, à Pierre-Jean, à Clairette.

Merci à mes amis rencontrés au cours de ces années d'études à Limoges, pour toutes ces soirées passées à Vanteaux, à discuter et rire ensemble. A Bast (et Margot), Paul S., Diane et Jojo, Fab (et Alice), Cam. Merci à tous pour votre amitié qui m'est vraiment précieuse.

A Pauline et Lucas, les amis Montpelliérains, Gaspard et Eléonore.

Merci aux potes du TC Feytiat pour ces très bons moments. A Benoit, Alex, Nico, J-C, Régis, Guillaume. Une très forte pensée pour Rémi, qui nous a quitté très prématurément.

A l'ensemble des internes de psychiatrie. Merci spécialement à Marie, pour les bons moments à Wertheimer, merci à Bertrand pour les très bons moments passés à l'HME, merci à Tristan pour sa bonne humeur, ainsi qu'à Charles et Guillaume.



A l'ensemble des personnes que j'ai eu la chance de rencontrer et qui m'ont aidé à grandir, notamment David, Arnaud, Jean, Xavier, Sandrine, Sylvie, Pascal, Patou, et tous ceux que j'oublie...



Droits d'auteurs

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



Table des matières

Introduction	33
I. Généralités	35
I.1. Définition des soins psychiatriques sans consentement	35
I.2. Evolution des lois françaises de soins sans consentement	37
I.2.1. La période anté-psychiatrique et pré-asilaire	37
I.2.2. Loi du 30 juin 1838 : « loi des aliénés »	39
I.2.3. Loi du 27 juin 1990	41
I.2.4. Loi du 15 juin 2000	43
I.3. Avènement de la judiciarisation des soins sans consentement	45
I.3.1. Loi du 5 juillet 2011	45
I.3.1.1 Respect des fondements de la loi de 1990	47
I.3.1.2 Apports et innovations	48
I.3.1.3 Réforme partielle du 27 septembre 2013	52
I.3.2. Intervention du Juge de la Liberté et de la Détention	54
I.3.2.1 Fondements et critères du contrôle du JLD	54
I.3.2.2 L'organisation des audiences	55
I.3.2.3 La rédaction et la notification des décisions	56
I.4. Analyse de la jurisprudence	56
I.4.1. Les éléments de légalité externe	57
I.4.1.1 L'incompétence de l'auteur des décisions administratives	58
I.4.1.2 L'incompétence légale du médecin	59
I.4.1.3 L'absence de motivation des décisions administratives	60
I.4.1.4 Les autres illégalités formelles	62
I.4.1.4.1. La non rétroactivité de la décision d'admission	62
I.4.1.4.2. Le non-respect des délais	63
I.4.1.4.3. L'absence de production de l'ensemble des certificats médicaux	63

I.4.1.4.4. Le défaut de qualité du tiers et l'invalidité de la demande de soins	64
I.4.1.4.5. Péril imminent et absence de tiers qualifié	65
I.4.2. Le défaut de procédure contradictoire	66
I.4.2.1 Le défaut d'information préalable du patient.....	67
I.4.2.1.1. Sur ses voies de communication et de recours.....	67
I.4.2.1.2. Sur les décisions qui le concernent.....	68
I.4.2.2 Le défaut de prise en compte des observations du patient.....	69
I.4.2.3 Le défaut et le retard de notifications au patient des décisions qui le concernent	69
I.4.2.4 Le défaut d'accès du patient au dossier transmis au greffe du JLD.....	70
I.4.2.5 Le défaut d'accès à l'intégralité du dossier médical par le patient	71
I.4.2.6 L'impossibilité pour le patient d'adresser des observations au JLD	72
I.4.3. La place du mandataire si le majeur auditionné est protégé	72
I.4.4. La justification de la nécessité médicale	74
I.4.4.1 La motivation des certificats médicaux.....	74
I.4.4.2 Objectivation de la réalité des troubles.....	75
I.4.4.2.1. Condamnation du médecin sur la base du code pénal et du code de déontologie.....	75
I.4.4.2.2. Risques d'irrégularités pour les décisions provisoires du maire	76
I.4.5. Le non-respect des obligations requises en contention et isolement	77
I.4.6. Le droit de faire appel des décisions	78
I.5. Le point de vue des différents protagonistes	78
I.5.1. La place et le point de vue des patients.....	78
I.5.1.1 Le vécu psychologique.....	78
I.5.1.2 Les éléments liés au coût de la procédure	80
I.5.2. Le point de vue du Juge des Libertés et de la Détention	83
I.5.3. La place et le point de vue des avocats	83
I.5.4. Le point de vue des psychiatres	85



II. Etude.....	87
II.1. Introduction générale	87
II.2. Matériel et méthodes	89
II.2.1. Objectifs	89
II.2.2. Population de l'étude	89
II.2.3. Critères d'éligibilité	90
II.2.3.1 Critères d'inclusion.....	90
II.2.3.2 Critères de non-inclusion.....	91
II.2.4. Grille d'analyse	91
II.2.5. Déroulement de l'étude.....	97
II.2.6. Analyses statistiques	98
II.3. Résultats.....	99
II.3.1. Description de la population étudiée	99
II.3.1.1 Caractéristiques démographiques.....	99
II.3.1.2 Données administratives	102
II.3.1.2.1. Mode de levée	102
II.3.1.2.2. Année de levée de la mesure	103
II.3.1.2.3. Le mode d'hospitalisation	104
II.3.1.3 Données médicales.....	105
II.3.1.3.1. Les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie	105
II.3.1.3.2. Le motif d'hospitalisation en soins sans consentement (Figure 7).....	106
II.3.1.3.3. Le diagnostic médical (CIM-10) au moment de l'audience (Figure 8)....	107
II.3.2. Description des motifs de mainlevée (Figure 9)	110
II.3.3. Conséquences de la mainlevée de la mesure	114
II.3.3.1 Conséquences immédiates	114
II.3.3.2 Devenir à court terme et à long terme	115
II.4. Discussion	121
II.4.1. Caractéristiques de la population.....	122



II.4.2. Les motifs de mainlevée	127
II.4.2.1 Le défaut de motivation des certificats médicaux	128
II.4.2.2 L'intime conviction du JLD.....	132
II.4.2.3 Les autres motifs.....	134
II.4.3. Conséquences de la levée d'hospitalisation	137
II.4.3.1 Conséquences immédiates	137
II.4.3.2 Devenir à court terme et à long terme	138
II.4.4. Optimisation de la communication entre le monde médical et le monde judiciaire	140
II.4.5. Biais et limites	141
II.4.6. Perspective d'avenir	142
Conclusion	144
Références bibliographiques	145
Annexes	168
Serment d'Hippocrate.....	176



Table des illustrations

Figure 1 : Sélection des dossiers de l'étude	100
Figure 2 : Répartition de la population étudiée par tranche d'âge	101
Figure 3 : Mode de levée de la population étudiée	102
Figure 4 : Répartition des décisions judiciaires par année	103
Figure 5 : Mode d'hospitalisation de la population étudiée	104
Figure 6 : Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie	105
Figure 7 : Motifs d'hospitalisation de la population étudiée	106
Figure 8 : Diagnostics CIM-10 au moment de l'audience	108
Figure 9 : Répartition des motifs de mainlevée	112
Figure 10 : Conséquences immédiates de la levée d'hospitalisation	114
Figure 11 : Devenir à long terme (plus de trois mois) des patients suivant la mainlevée	115
Figure 12 : Devenir à court et à long terme des patients concernés par le cas n°1	116
Figure 13 : Devenir à court et à long terme des patients concernés par le cas n°2	117
Figure 14 : Devenir à court et à long terme des patients concernés par le cas n°3	118
Figure 15 : Devenir à court et à long terme des patients concernés par le cas n°4	119
Figure 16 : Devenir à court et à long terme des patients concernés par le cas n°5	120

Table des tableaux

Tableau 1 : Description en sous-chapitres des diagnostics CIM-10109

Tableau 2 : Résultats de l'étude portant sur 43 décisions judiciaires de mainlevées de mesures de soins sans consentement113

Tableau 3 : Rapport nombre de levées/audiences par année123

Introduction

En psychiatrie, l'une des particularités de la pratique médicale tient au fait que les troubles psychiques peuvent altérer le consentement et ne pas permettre aux personnes qui en souffrent d'agir dans le sens de leur intérêt. Dans ces situations, le patient n'est plus en mesure de prendre des décisions de manière autonome et la prise en charge doit alors être guidée par le principe de bienfaisance [1].

Cette spécificité rend compte de la nécessité de lois concernant les soins sans consentement. Dans un état de droit, ce type de texte doit conjuguer les exigences de l'ordre public aux impératifs de la protection de la santé et de la liberté individuelle [2].

L'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », signe la judiciarisation des soins psychiatriques. Cette loi s'est substituée à celle du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux », qui avait elle-même remplacé la loi « sur les aliénés », votée le 30 juin 1838. Celle-ci dispose que toute hospitalisation en soins sans consentement doit faire l'objet d'un contrôle judiciaire systématique au travers d'une audition par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) [3]. Ces lois se sont chacune efforcées de trouver un équilibre entre défense de la société et de l'intérêt public, garantie du droit des personnes malades et respect de leur droit à la santé.

En présence de soins psychiatriques sans consentement, les différentes atteintes aux droits des patients peuvent faire l'objet d'une mainlevée par le JLD. Désormais, le contentieux de toute mesure de soins sans consentement est unifié devant le seul juge judiciaire. La jurisprudence qui se construit depuis l'application de la loi du 5 juillet 2011 permet d'éclairer les pratiques des différents protagonistes.

Il paraît intéressant dans une première partie, de retracer l'évolution des lois françaises concernant les soins sans consentement et, plus précisément, de le faire sous l'angle de la place qu'elles ont tour à tour accordée à l'autorité judiciaire. Puis, pour une meilleure compréhension de l'étude, nous poursuivrons par une analyse de la jurisprudence depuis la loi du 5 juillet 2011.

Par ailleurs, il semble important d'étudier le point de vue et la place des différents protagonistes sur le sujet, que ce soit celui des patients, du JLD, des avocats ou encore celui des psychiatres.

Puis dans une seconde partie, dans un souci d'amélioration des pratiques, notre étude descriptive rétrospective aura pour objectif principal de regrouper et d'analyser le (ou les) motif(s) de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement ordonnées par l'autorité judiciaire (JLD ou Juge d'Appel) au Centre Hospitalier Esquirol depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011.

Il nous a également paru essentiel, comme objectif secondaire, de décrire les conséquences de la mainlevée de la mesure de soins sans consentement, sur la prise en charge du patient. Nous distinguerons les conséquences immédiates de la mainlevée (ce qui est décidé par l'équipe médicale dans les 24 heures suivant la mainlevée), du devenir à court terme (devenir dans les trois mois suivant la mainlevée) et à long terme (devenir à plus de trois mois) du patient. Nous pourrons alors tenter de définir une stratégie afin de prévenir et d'éviter la rupture de soins.

I. Généralités

I.1. Définition des soins psychiatriques sans consentement

La législation française, depuis la loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé », pose le consentement aux soins comme l'indispensable condition à toute prise en charge thérapeutique [4].

Ainsi, le consentement aux soins demeure la règle, le recours à la contrainte doit rester l'exception. La décision de soins psychiatriques sans consentement doit donc être limitée au strict nécessaire.

Les soins sans consentement en France, s'appliquent aux personnes souffrant de troubles d'origine psychiatriques. Il s'agit à la fois d'une mesure d'obligation de soins et d'une mesure de privation de liberté (qui peut être prise pour des raisons d'ordre public).

De manière générale, le patient se trouve dans l'incapacité de reconnaître son état pathologique. Il est incapable de prendre des décisions éclairées et il lui est impossible de consentir aux soins. Cet état entraîne une difficulté à se prendre en charge, avec parfois des troubles du comportement le mettant en danger ou mettant en danger son entourage.

Les soins sans consentement concernent essentiellement l'homme jeune (dont l'âge moyen est de 43 ans), avec des troubles psychiatriques sévères type schizophrénie, bipolarité, trouble de la personnalité, etc.

On assiste à une augmentation des soins sans consentement en France, comme en témoignent les chiffres : 92000 soins psychiatriques sans consentement en 2015 soit 12000 de plus qu'en 2012, ce qui représente 24 % des patients hospitalisés en psychiatrie [5].

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) [6], afin d'apprécier la sévérité des troubles mentaux et la nécessité de soins immédiats en soins psychiatriques sans consentement, il est recommandé de rechercher :

- un risque suicidaire : des soins psychiatriques sans consentement peuvent être indiqués devant une crise suicidaire « d'urgence élevée », c'est-à-dire pour un patient décidé, dont le passage à l'acte est planifié et imminent.
- une atteinte potentielle à autrui : si elle s'associe à des troubles mentaux car elle ne justifie pas à elle seule une mesure de soins sans consentement.
- une prise d'alcool ou de toxiques : elle peut justifier une mesure de soins sans consentement à condition qu'elle soit associée à des troubles psychiatriques et/ou à des antécédents de passage à l'acte et/ou à un risque prévisible pour le patient ou pour autrui.
- un délire : il peut justifier une mesure de soins sans consentement lorsqu'il devient envahissant et entraîne des troubles du comportement pouvant mettre en danger le patient ou autrui.
- des troubles de l'humeur : l'existence de troubles de l'humeur comme l'exaltation maniaque avec tachypsychie, surtout si elle est associée à un délire mégalomane, peut justifier une mesure de soins sans consentement.
- une incurie : elle peut justifier une mesure de soins sans consentement lorsqu'elle est associée à des troubles cognitifs et/ou à des troubles de l'humeur et/ou à un délire ou à des hallucinations.

L'histoire des soins psychiatriques sans consentement laisse apparaître de nombreux abus, notamment des enfermements arbitraire dans des hôpitaux généraux sous Louis XIV, causés par le manque de connaissances sur les troubles psychiatriques et le manque de contrôle législatif, administratif et juridique.

L'instauration d'une autorité judiciaire a pu apporter une meilleure garantie des droits des patients, notamment avec la loi du 5 juillet 2011 et la mise en place d'une saisine obligatoire du JLD.

I.2. Evolution des lois françaises de soins sans consentement

I.2.1. La période anté-psychiatrique et pré-asilaire

Les liens entre la psychiatrie et le droit sont complexes et, parfois, peuvent sembler antinomiques. L'histoire des soins psychiatriques sans consentement laisse apparaître de nombreux excès, notamment des enfermements abusifs.

L'évolution des lois françaises concernant les soins sans consentement montre bien la difficulté de trouver un équilibre entre d'une part, la défense de la société et de l'intérêt public, et d'autre part, la garantie du droit des personnes malades et le respect de leur droit à la santé.

« La législation antérieure à 1789 est muette », affirmait le ministre de l'intérieur devant la chambre des députés le 6 janvier 1837 en préparant la loi du 30 juin 1838 [7]. Il n'existe effectivement ni législation spécifique sur la séquestration des aliénés d'esprit, ni d'ailleurs d'établissement qui leur soit réservé, ni non plus de personnel spécialisé comme des médecins spécialistes.

L'absence de loi générale avant 1838 ne signifie cependant pas que régnait l'arbitraire absolu ni l'abandon des personnes malades mentales, et ne signifie pas non plus absence de règles ou absence de soins médicaux spécifiques. Avant et après la Révolution, les aliénés étaient considérés comme des malades : soit ils étaient laissés dans leur famille s'ils n'étaient pas dangereux, soit on avait recours à une



séquestration éventuelle qui relevait de l'autorité publique, selon des règles assez complexes et aujourd'hui méconnues [7].

Sous l'Ancien Régime, plusieurs autorités ont en effet le pouvoir de prononcer la séquestration d'un insensé : le ministre de la Maison du roi (ordre du roi ou lettre de cachet, qui ne fut pas le mode normal de l'internement des fous, mais seulement un parmi d'autres), le Procureur général du Parlement (ordre d'admission aux Petites-Maisons, en Hôpital Général), le lieutenant général de police (ordonnance de police, procédure la plus courante) et ses homologues en province. Elle peut également être prononcée par jugement de toute Cour de justice. Certains insensés étaient enfermés à l'hôpital comme à l'Hôtel-Dieu de Paris « pour y être traités et médicamentés jusqu'à parfaite guérison » ou dans les nombreuses maisons (Hôpitaux Généraux, maisons religieuses, maisons de santé privées laïques), d'autres étaient encore en prison. Le médecin est absent dans la grande majorité des cas à cette période. On remarque cependant que sous l'Ancien Régime, le régime des aliénés avait été organisé avec des règles précises et des garanties réelles [7].

De 1790 à 1838, après la Révolution Française, au moment où on assiste à la naissance de la psychiatrie, la réglementation sur les aliénés est paradoxalement des plus incertaines. Le changement de régime s'accompagne de la disparition des institutions et de l'abrogation des règlements régissant la séquestration des individus. C'est à cette période qu'on verra naître, croître et décliner l'asile et l'aliénisme. Période qui s'étend de la toute fin du XVIII^{ème} siècle jusqu'à la fin de l'entre-deux-guerres.

Cependant, une loi de mars 1790, forme une étape essentielle dans l'histoire de l'internement : c'est à la justice, éclairée par la médecine, de prononcer le cas échéant la privation de liberté d'un individu malade, afin qu'il soit soigné. Une intention louable qui ne sera pas respectée du fait du manque d'établissements adaptés. Un autre décret de 1790 décide que les mesures privatives de liberté des insensés et furieux relèvent de l'autorité administrative. Celui-ci servira de règle pendant plusieurs décennies à l'égard « des mesures à prendre pour l'admission des aliénés en un lieu de sûreté » [7].

Dans les années 1820, il apparaît de plus en plus nécessaire qu'une nouvelle loi « prononce dans quels cas et suivant quelles formes cette séquestration pourrait être autorisée, afin de préserver de tout abus les restrictions qu'elle porterait à la liberté individuelle » [7].

I.2.2. Loi du 30 juin 1838 : « loi des aliénés »

La loi du 30 juin 1838 [8] est le premier grand texte qui cherche à protéger et à soigner ces malades. Elle place le médecin qui est le véritable garant de la liberté individuelle, au cœur du système, reconnaissant sa compétence à chaque stade. Elle est adoptée dans le contexte de « libéralisme réformateur » de la Monarchie de juillet, sous le règne du roi Louis-Philippe, qui s'accompagne d'une extension relative des libertés publiques [9]. Elle pose les bases de l'admission sous contrainte d'un citoyen en psychiatrie.

L'administration est placée au cœur du dispositif d'internement, inspiré par les aliénistes comme Jean-Etienne Esquirol. Plusieurs garanties ont été prévues par le législateur contre le risque d'internement arbitraire, dont la possibilité d'un recours judiciaire [10].

On note des apports majeurs :

- l'obligation de création d'un établissement psychiatrique par département. Les établissements publics étaient placés sous la direction de l'autorité publique, les établissements privés étaient placés sous la surveillance de l'autorité publique. Les autorités administratives, et tout d'abord le préfet, ainsi que les autorités judiciaires devaient régulièrement visiter les établissements, recevoir les réclamations éventuelles des personnes placées et contrôler l'application de la loi.

- la création de différentes modalités d'internement [11] :
 - « placement volontaire » : terme ambigu car ce placement était demandé, non pas par l'intéressé, mais par un tiers. Il impose la production d'un certificat médical d'un médecin étranger à l'établissement décrivant les troubles et motivant la nécessité de placement, une demande d'admission et une pièce d'identité de la personne à placer. Dans les 24 heures qui suivaient l'admission, le médecin de l'établissement devait rédiger un certificat confirmant l'existence de troubles mentaux chez la personne placée et la nécessité d'être admise. Un nouveau certificat était rédigé quinze jours plus tard.
 - « placement d'office » : ordonné par l'autorité publique. Les préfets pouvaient ordonner le placement d'office de toute personne dont l'état d'aliénation compromettait l'ordre public ou la sûreté des personnes. Un certificat médical n'était pas mentionné. Les ordres du préfet devaient être motivés.

- la mise en place de meilleures conditions d'internement des malades (mise en place d'activités rémunérées pour les malades à l'intérieur des établissements).

- la création d'un statut juridique pour les malades mentaux.

Deux juges sont fondés à statuer dans le domaine des placements : le juge administratif, puisque la décision d'internement est prononcée par une autorité administrative, et le juge judiciaire, constitutionnellement désigné comme gardien de la liberté individuelle.



Dans la pratique, la tâche du juge judiciaire est singulièrement compliquée du fait de la grande place de l'administration, et ce dispositif s'avérera difficile à mettre en place [12].

On note toutefois que la protection n'est pas totalement orientée vers la personne de « l'aliéné » mais vise davantage à garantir la sûreté de l'espace public [13].

La loi de 1838 est restée le socle de la législation pendant cent cinquante-deux ans. Elle a fait l'objet de vives critiques en ce qui concerne les modalités d'internement qui dérogeaient au principe constitutionnel de la liberté individuelle, l'hospitalisation dite libre n'ayant pas été prévue par le législateur. On a assisté pendant un siècle et demi à l'échec de tentatives de réforme qui prévoyaient, entre autres, une judiciarisation plus accrue des placements. Les dispositions de la loi de 1838 devenant de plus en plus obsolètes, la célébration du bicentenaire de la Révolution française va être l'occasion de définir un nouveau cadre légal, qui sera élaboré en 1989 puis promulgué en 1990 [12].

I.2.3. Loi du 27 juin 1990

La loi du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » se caractérise par une évolution du statut des patients, puisqu'il n'est plus question « d'aliénés », mais de « personnes atteintes de troubles mentaux », ni de « placement » mais « d'hospitalisation ». Elle a pour but avant tout de protéger les libertés individuelles.

Elle précise les droits généraux des malades mentaux quel que soit le mode d'hospitalisation : hospitalisation libre, hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT), hospitalisation d'office (HO) [14].

Son principe directeur est la garantie des droits des personnes hospitalisées, qui a pour traduction concrète [15] :

- l'affirmation de plusieurs droits considérés comme inaliénables :
 - la personne hospitalisée sans son consentement dispose des mêmes droits que ceux reconnus à tout patient.
 - les restrictions apportées à l'exercice des libertés individuelles du malade hospitalisé sans son consentement doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement.
 - la définition de trois modes d'hospitalisation, dont l'hospitalisation libre avec le principe du consentement aux soins, afin de limiter les restrictions aux libertés individuelles.

- la création des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) qui peuvent « proposer, si nécessaire, au président du Tribunal de Grande Instance (TGI) [...] d'ordonner la sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement » [10]. Le président du TGI pouvant, à tout moment, ordonner qu'il soit mis un terme à l'hospitalisation.

- l'obligation de circonstancier les certificats médicaux. Elle impose également la rédaction non plus d'un seul certificat comme la loi de 1838, mais de deux certificats en cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers, sauf en cas d'urgence pour la santé du malade où la demande de tiers peut n'être accompagnée que d'un seul certificat médical.

- l'apparition de la sortie d'essai d'hospitalisation à la demande d'un tiers, comme de la sortie d'essai d'hospitalisation d'office : elle astreint le patient à un suivi ambulatoire et le maintient sous le régime juridique qui était le sien à l'hôpital, même s'il n'est contraint qu'à un suivi et vit à son domicile [16].

- l'obligation d'informer les patients sur leur situation juridique et sur leurs droits.
- la possibilité de recours devant le juge administratif et le juge judiciaire.

Sans apporter de modification fondamentale à l'esprit de la loi de 1838, devant la série de condamnations dont la France venait de faire l'objet par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) [17], la loi du 27 juin 1990 permet une mise en conformité par rapport aux exigences du droit européen en définissant des garanties supplémentaires contre l'arbitraire [18].

L'intervention du juge judiciaire demeure un seul recours et le pouvoir administratif n'est pas remis en cause. Cependant, cette loi divise : certaines réflexions jugent décevante la confirmation du choix de l'autorité administrative et du seul renforcement du contrôle judiciaire [19], d'autres témoignent de l'espoir d'une évolution législative afin que la loi du 27 juin 1990 soit une « loi de transition » vers une « judiciarisation totale » [20].

Cette loi aurait dû faire l'objet d'une évaluation dans les cinq années suivant sa promulgation. Le « rapport STROHL », n'a été remis qu'en 1997 et a été le premier d'une série d'autres rapports montrant les limites de la loi et dont les recommandations aboutissaient à une réforme de celle-ci [21].

I.2.4. Loi du 15 juin 2000

Jusqu'à l'application de la loi du 15 juin 2000, toute personne qui estimait être victime d'une hospitalisation arbitraire pouvait saisir le président du TGI. Ces requêtes avaient du mal à aboutir, surtout lorsqu'elles ne se rattachaient pas à une irresponsabilité pénale. En effet, les droits de la défense applicables à une personne incarcérée dans un établissement pénitentiaire étaient beaucoup mieux protégés que les droits des personnes hospitalisées en psychiatrie contre leur gré.



Or, l'article 66 de la Constitution Française prévoit que « Nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorité judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par la loi » [22].

La loi du 15 juin 2000 « renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes » signe l'acte de naissance d'un magistrat chargé de contrôler la liberté d'aller et de venir lors d'une hospitalisation sans consentement de manière aussi sérieuse et importante que dans le cas d'un emprisonnement pour infraction pénale : le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) [23].

Son rôle est de s'intéresser aux privations de libertés, quelles qu'en soient les causes. C'est un magistrat désigné par le président du TGI. Il interviendra en psychiatrie uniquement dans le cas d'une hospitalisation complète.

Celui-ci sera caution du respect de la dignité et des droits des patients malades qui sont particulièrement fragiles. Le contrôle judiciaire des hospitalisations sans consentement va alors lui revenir.

Le JLD statue par ordonnance. Il peut ordonner la mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sous forme d'hospitalisation complète tout comme il peut la maintenir. Le patient pouvant faire appel de cette décision [22].

Comme le rappelait K. Rossini et al., les attributions du JLD relèvent de deux domaines :

- en matière de détention, il possède une compétence pour ordonner ou prolonger la détention provisoire, encadrer des obligations du contrôle judiciaire et statuer sur les « demandes de mise en liberté auxquelles le juge d'instruction n'a pas fait droit ».
- en matière de protection de la liberté individuelle, il est chargé de l'autorisation de certaines perquisitions ou prolongations de gardes à vue [12].

L'article 49 de la loi du 15 juin 2000 a substitué le JLD au président du TGI et l'article L.3211-12 du Code de Santé Publique (CSP) dispose désormais qu'une « personne hospitalisée sans son consentement [...] ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade [...] peut, à quelque époque que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le JLD » afin qu'il « ordonne, s'il y a lieu, la sortie immédiate ». Ce même article précise également qu'une « personne qui a demandé l'hospitalisation ou le procureur de la République, d'office, peut se pourvoir aux mêmes fins » et que « le JLD peut également se saisir d'office ». Dans la pratique, le recours au juge est toutefois peu fréquent [24].

Plusieurs écrits ont apporté des propositions de réforme en ce qui concerne l'intervention du JLD : certains estiment qu'elle devrait être systématique et prévue dès l'initiation de tous les « soins obligatoires », d'autres défendent le maintien d'un simple droit de recours en fixant un délai au juge pour rendre sa décision [24].

I.3. Avènement de la judiciarisation des soins sans consentement

I.3.1. Loi du 5 juillet 2011

La loi du 5 juillet 2011 « relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge » a profondément remanié le cadre légal des soins psychiatriques sans consentement en France. Elle est entrée en vigueur, dans un contexte d'urgence, après une troisième lecture à l'Assemblée nationale, le 1^{er} août 2011 suite à l'abrogation de la loi du 27 juin 1990.

En effet, dans un arrêté de 2011, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a condamné la France considérant qu'elle avait violé l'article 5.4 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme car la loi ne permettait pas qu'un juge statue « à bref délai » sur la légalité de la privation de liberté d'un patient hospitalisé sans consentement. De ce fait, les décisions du Conseil constitutionnel, faisant suite à des

Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC), ont porté deux « coups fatals » à la loi du 27 juin 1990, en déclarant inconstitutionnelles les dispositions relatives aux HDT puis aux HO [25]. En effet, il a été estimé que l'absence de contrôle par le juge judiciaire des HDT et des HO au-delà de 15 jours était non-conforme à l'article 66 de la Constitution. Les insuffisances de la loi de 1990 en matière de prise en charge des situations d'urgence et de dangerosité liées aux troubles mentaux ont également été soulignées.

La « **question prioritaire de constitutionnalité** » est le droit reconnu à toute personne qui est partie à un procès ou une instance de soutenir qu'une disposition législative porte atteinte aux droits et libertés que la Constitution garantit. Si les conditions de recevabilité de la question sont réunies, il appartient au Conseil constitutionnel, saisi sur renvoi par le Conseil d'Etat et la Cour de cassation de se prononcer et, le cas échéant, d'abroger la disposition législative.

Enfin, dans la quasi-totalité des pays européens, c'est l'autorité judiciaire qui est habilitée à statuer sur les soins sans consentement, ce qui rendait le dispositif français marginal [26]. Cette évolution française tardive s'explique par la difficulté à déterminer un équilibre « entre libertés individuelles, soins du patient et sécurité publique » [27].

Le contexte de sa parution n'a guère facilité les choses car elle a fait suite à des évènements graves et fortement médiatisés, perpétrés par des personnes atteintes de maladies mentales, qui ont donné lieu à un discours présidentiel allant dans le sens d'un regain de sécurité [28].

Elle a suscité, de la même manière que ses deux ainées, nombre de controverses et polémiques puisqu'elle devait répondre à un exercice d'équilibre difficile entre soin, respect des libertés individuelles (droits du patient), et sécurité de la personne malade, de sa famille, mais aussi de la société (maintien de l'ordre public).

Il s'imposait donc une réécriture de la loi afin de tenir compte des jurisprudences nationale et européenne [29] :

- la nécessité de donner force de loi au principe du « bref délai » de traitement des demandes de sortie immédiate en matière d'hospitalisation (15 jours maximum).
- la nécessité d'information et d'obligation de recueillir les observations de la personne malade ou, en cas d'impossibilité, le constat écrit de celle-ci.
- l'articulation des compétences entre les juges judiciaires et administratifs [30].

1.3.1.1 Respect des fondements de la loi de 1990

La loi du 5 juillet 2011 garde les fondements de la loi de 1990, qui sont toujours d'actualité [31], [32] :

- le principe des soins libres, en hospitalisation comme en ambulatoire, pour les personnes atteintes de troubles mentaux demeure.
- il existe toujours deux procédures de soins sans consentement distinctes, à savoir : les soins à la demande d'un tiers et les soins sur décision du représentant de l'Etat.
- persistent les sorties d'essai d'hospitalisation à la demande d'un tiers, comme les sorties d'essai d'hospitalisation d'office sous une nouvelle appellation : le « programme de soins ». Ainsi, les personnes en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et sur décision du préfet peuvent être prises en charge hors hospitalisation complète. La rigueur dans la définition de ces soins ambulatoires

sans consentement, ainsi que les contrôles afin d'éviter l'échappement aux soins sont renforcés [33].

- les dispositifs d'urgence subsistent : les soins à la demande d'un tiers en urgence, en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade sont maintenus, de même que les mesures provisoires de soins non consentis à la demande des maires en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical.

1.3.1.2 Apports et innovations

La loi du 5 juillet 2011 crée un certain nombre d'innovations qui viennent compléter ces dispositifs [31], [32] :

- les terminologies diffèrent de celles employées dans l'ancienne législation :
 - la notion d'hospitalisation est remplacée par celle d'un régime de « soins sans consentement » permettant ainsi l'ouverture à d'autres formes de prise en charge incluant des soins ambulatoires (hospitalisation partielle, consultations, ateliers thérapeutiques, etc.)
 - l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) se substitue à la notion « d'hospitalisation à la demande d'un tiers » (**Annexe 1**).
 - l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (SPDRE) à celle « d'hospitalisation d'office » (**Annexe 2**).
 - la « Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques » devient la « Commission Départementale des Soins Psychiatriques » (CDSP), ses missions sont recentrées sur les situations les plus sensibles.

- le rôle du JLD est renforcé dans la prise en charge des hospitalisations complètes : il est saisi de façon **systematique**. Jusque-là, il intervenait dans le cadre de saisines facultatives, lorsque le patient contestait les soins qui lui étaient dispensés sans son consentement. Le JLD doit dorénavant statuer sur le maintien en hospitalisation complète du patient avant l'expiration de quinze jours d'hospitalisation, puis de six mois d'hospitalisation, ainsi qu'à tout moment sur saisine facultative. Tant que les soins se poursuivent en hospitalisation complète continue, le JLD doit de nouveau statuer à chaque échéance de six mois. Ainsi, les soins sans consentement en ambulatoire ne sont pas systématiquement soumis au juge judiciaire. Le patient peut être assisté ou se faire représenter durant l'audience par un avocat de son choix ou un avocat commis d'office. Le JLD peut aller dans certains cas jusqu'à ordonner la sortie immédiate du patient [34].
- la loi fait mention d'une période d'observation et de soins initiale ne pouvant excéder 72 heures. Cette période d'observation permet un travail thérapeutique plus approfondi afin d'obtenir du patient lui-même un consentement pour des soins libres ainsi que la réalisation d'un examen somatique complet dans les 24 heures, rendu obligatoire par la loi.
- une innovation de la loi autorise des admissions à la demande d'un tiers sans présence de tiers, à travers la notion de « soins en cas de péril imminent » permettant ainsi de pallier à une insuffisance du dispositif concernant notamment des personnes désocialisées pour lesquelles aucun tiers n'est trouvé et permettant d'éviter les hospitalisations abusives que l'on pouvait voir autrefois.
- au niveau des certificats médicaux, leur rythme de réalisation est modifié quel que soit le type de soins sans consentement. Le certificat des 24 heures persiste, un certificat des 72 heures apparaît, associé à l'avis motivé définissant le type de prise en charge. Un certificat réalisé le sixième, septième ou huitième jour doit également être réalisé et vient remplacer le certificat de quinzaine. Les

certificats mensuels persistent, ainsi que les certificats de demande de levée des soins psychiatriques qui peuvent être réalisés à tout moment. A noter que les certificats médicaux des soins sur décision du représentant de l'Etat doivent être dactylographiés (sauf incapacité matérielle qui doit être notifiée dans le certificat). Lorsque l'examen du patient est impossible (du fait d'une fugue, par exemple), la loi prévoit la possibilité de rédiger un avis médical sur la base du dossier du patient, se substituant au certificat médical qui aurait dû être rédigé.

- l'instauration d'un collège de soignants qui rend un avis sur plusieurs situations, notamment dans les soins à la demande d'un tiers depuis plus d'un an.
- des dispositions spécifiques pour certains patients admis en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat. Elles concernent plus particulièrement les personnes hospitalisées pour irresponsabilité pénale ou en unité pour malades difficiles (UMD), les personnes hospitalisées sur demande du représentant de l'Etat et qui ont connu ce type d'antécédents au cours des 10 années précédentes.
- les permissions non accompagnées et/ou de plus de 12 heures ne sont plus possibles, sauf dans le cadre d'un programme de soins. Les permissions sont donc accompagnées soit d'un membre du personnel de l'établissement d'accueil, soit d'un membre de la famille ou de la personne de confiance et durent au maximum 12 heures.
- l'apparition des « programmes de soins » dans lesquels doivent être notifiés l'existence, le lieu et la fréquence des différentes modalités de soins (hospitalisation à temps partiel, soins ambulatoires ou à domicile), ainsi que l'existence d'un traitement médicamenteux. En cas d'inobservance du programme de soins susceptible d'entraîner une détérioration de l'état de santé du patient, le retour en hospitalisation complète pourra être organisé.

- une procédure spécifique est prévue en cas de désaccord entre le psychiatre et le représentant de l'Etat, en cas de demande de modification d'une hospitalisation complète pour un programme de soins, ou en cas de demande de sortie sèche. L'avis d'un second psychiatre est demandé, et doit être rendu dans les 72 heures suivant le refus par le représentant de l'Etat de suivre le premier avis psychiatrique.

- le droit à l'information des patients est renforcé notamment l'information sur les voies de recours qui leurs sont ouvertes. De plus, leurs observations sur les décisions les concernant sont recueillies.

- l'organisation territoriale des soins est précisée :
 - les établissements chargés d'assurer la mission de service public « soins psychiatriques » sont désignés par le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) pour chaque territoire de santé, après avis du préfet.
 - lorsqu'un patient est accueilli en urgence dans un établissement non habilité à traiter des patients sans leur consentement, il est transféré vers un établissement habilité selon des modalités prévues par convention, au plus tard sous 48 heures.
 - l'ARS définit sur chaque territoire de santé, en lien avec l'ensemble des partenaires de santé, un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques et organise les modalités de transport.
 - afin d'assurer le suivi et la réinsertion des personnes en programme de soins, des conventions précisent les modalités de collaboration entre le directeur de l'établissement, le préfet, le directeur général de l'ARS et les collectivités territoriales.

Il faut souligner combien le contrôle systématique des hospitalisations complètes en soins sans consentement par le JLD a permis de distinguer ce qui relève



du soin, qui est de la responsabilité des médecins, et ce qui relève de la privation de liberté, qui est de la responsabilité des magistrats. Les restrictions totales de liberté se doivent d'être limitées à une véritable nécessité médicale.

1.3.1.3 Réforme partielle du 27 septembre 2013

Dans les suites de la loi du 5 juillet 2011, une mission d'information « sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie » a été constituée [35]. Des auditions de patients, de familles de patients, de médecins et d'experts, ainsi que des visites sur le terrain ont été menées afin de déterminer les rectifications à apporter à cette loi. Une proposition de loi a été déposée et a ainsi abouti au vote de la réforme partielle du 27 septembre 2013 [36].

Les principales corrections législatives annoncées vont dans le sens d'un respect accru du droit des patients avec [37] :

- le rappel de l'impossibilité de recourir à des mesures de contraintes dans le cadre d'un programme de soins.
- la réintroduction de sorties de courte durée non accompagnées (48 heures maximum) et la possibilité d'organiser des sorties accompagnées groupées (12 heures maximum) dans le cadre d'une hospitalisation en soins sans consentement.
- la suppression des dispositions spécifiques relatives au séjour en UMD, assimilées à des unités de soins intensifs.
- la limitation du champ d'application de ces dispositions spécifiques pour les irresponsables pénaux : elles ne concernent plus que ceux qui encourent des

peines d'au moins cinq ans (en cas d'atteinte aux personnes) et d'au moins dix ans (en cas d'atteinte aux biens).

- le rappel du droit des personnes détenues à être hospitalisées en soins libres en UHSA (Unités Hospitalières Spécialement Aménagées).
- la création d'un droit de visite des établissements psychiatriques par les parlementaires.
- la simplification des procédures avec la suppression du certificat établi entre le cinquième et le huitième jour de l'hospitalisation, le remplacement de l'avis conjoint par un avis motivé et la clarification des dispositions applicables en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre traitant.
- la réduction pour le JLD du délai pour statuer (du quinzième au douzième jour) [38].
- la tenue de l'audience à l'hôpital (voire en chambre du conseil si le patient le demande) et la suppression de la visioconférence (à moins qu'elle ne soit justifiée).
- l'assistance obligatoire d'un avocat.

I.3.2. Intervention du Juge de la Liberté et de la Détention

I.3.2.1 Fondements et critères du contrôle du JLD

La loi du 5 juillet 2011 renforce le rôle du JLD qui doit être saisi de façon systématique dès lors que les soins sans consentement en hospitalisation complète se poursuivent. Ces interventions systématiques relèvent du « contrôle de plein droit » [3].

Le JLD doit statuer sur la poursuite de toute hospitalisation complète prononcée par le directeur de l'établissement ou par le représentant de l'Etat dans le département, avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de l'admission ou de la modification de la forme de prise en charge et d'un délai de six mois suivant toute décision judiciaire prononçant une hospitalisation ou toute décision du JLD. Le contrôle est effectué sur le fond et la régularité de la procédure.

Le JLD est désormais « seul compétent pour connaître de la régularité des décisions administratives prises en matière de soins psychiatriques », ce qui était du rôle du juge administratif jusque-là. Il est chargé d'apprécier le bien-fondé de la mesure de soins sans consentement. Le JLD ne peut, toutefois, ordonner une mainlevée que si l'irrégularité qui entache la décision administrative est à l'origine d'une « atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet » [39].

Selon Isabelle Rome, Juge de la Liberté et de la Détention, « la référence constitutionnelle s'impose et l'exercice d'appréciation auquel le JLD doit se livrer est [...] d'évaluer si au jour du contrôle qu'il effectue, l'hospitalisation complète du patient demeure nécessaire, adaptée et proportionnée aux objectifs poursuivis » [40].

Il s'avère que si le JLD est à l'aise dans son rôle de contrôle du respect des procédures de soins sans consentement, sa position est plus difficile lorsqu'il s'agit de juger du bien-fondé de la mesure d'hospitalisation complète. Ses faibles connaissances en matière psychiatrique le conduisent à s'en remettre généralement aux appréciations fournies par les psychiatres dans leurs certificats médicaux

obligatoires [41]. En effet, le JLD doit pouvoir fonder sa décision sur des certificats médicaux circonstanciés [42].

Parfois, parce que les certificats auront été trop peu explicites ou trop peu circonstanciés, ou parce que sûr de lui et de ses capacités de jugement clinique, le JLD, à tort ou à raison, peut ignorer volontairement les conclusions médicales qui auront été portées à sa connaissance et prononcer sa décision en son âme et conscience selon sa propre opinion, sa seule intime conviction [41].

Par sa position, il se présente donc comme un tiers à la relation médicale et doit répondre aux exigences d'impartialité, de neutralité et d'indépendance propres à son office. La brièveté de chaque audience individuelle et l'exigence de statuer dans un « bref délai », imposent au JLD un exercice d'appréciation délicat, les décisions de mainlevée pouvant être lourdes de conséquences tant pour les patients que pour leur environnement [43].

1.3.2.2 L'organisation des audiences

La loi dispose que les audiences se tiennent au siège du TGI. Elle prévoit également qu'elles puissent se tenir au sein d'une salle d'audience spécialement aménagée par l'établissement d'accueil pour assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats et permettre de statuer publiquement.

Dans de nombreux cas, cette solution a été préférée, dans le souci du respect de la dignité des patients. En effet, les locaux d'un palais de justice ne sont pas forcément adaptés pour les personnes atteintes de troubles mentaux, celles-ci n'ont formulé aucune demande, elles ne sont ni citées ni assignées en justice, et ne répondent d'aucun acte répréhensible. Leur fragilité pourrait également provoquer sarcasmes ou violences de la part d'autres personnes se trouvant à leurs côtés dans l'enceinte du tribunal. Cela donne également lieu à des échanges entre le JLD et les différents professionnels de santé, ceux-ci peuvent permettre au JLD de mieux appréhender cet univers peu connu et d'avoir un entretien peut être plus adapté avec le patient [40].

1.3.2.3 La rédaction et la notification des décisions

L'exercice rédactionnel des décisions est un apprentissage progressif et permanent pour les JLD, mais incontournable dans l'exercice de leur rôle fondé sur une triple garantie : celle de la liberté individuelle, de l'égalité en droits des citoyens et de la dignité de chacun d'entre eux.

Les décisions doivent être motivées en fait et en droit. Dans un souci de respect de la dignité du patient, il paraît souhaitable que le JLD, non médecin, évite d'employer des termes médicaux spécifiques comme ceux désignant de manière explicite une maladie mentale. Il semble préférable de rester plus général en évoquant « des troubles mentaux », sans préciser la nature de ces derniers. De même, selon le degré d'information du patient, et selon la lucidité qu'il peut avoir à l'égard des troubles dont il est atteint, il paraît important d'être vigilant dans la façon de « traduire » certains termes médicaux au sein du corpus de la motivation de la décision. Il s'agit alors pour le juge de trouver les mots qui permettent à la fois de justifier une décision sans blesser le patient, et « sans trahir » la réalité décrite dans les certificats. Le juge doit tenter de ne rien énoncer de manière brutale et de ne pas priver le patient de tout espoir.

En ce qui concerne la notification de la décision, celle-ci est faite la plupart du temps sur place, ce qui permet au juge de l'expliquer au patient et de lui signifier qu'il peut à tout moment formuler une requête en vue d'un nouvel examen de sa situation. Elle est aussi entendue par les soignants accompagnant le patient qui peuvent immédiatement le soutenir, le rassurer, mais aussi préparer la sortie de la manière la plus adaptée possible, lorsque le juge prononce une mainlevée de la mesure avec notification d'un programme de soins dans les 24 heures [40].

1.4. Analyse de la jurisprudence

La **jurisprudence** se définit comme l'ensemble des décisions prises par les différents tribunaux concernant un problème juridique donné, et qui aboutissent à des principes de droits.

En présence de soins psychiatriques sans consentement, les différentes atteintes aux droits des patients peuvent faire l'objet d'une mainlevée par le JLD.

Désormais, le contentieux de toute mesure d'hospitalisation en soins sans consentement est traité devant le seul juge judiciaire. Les préjudices consécutifs aux irrégularités peuvent également justifier une indemnisation [44].

Depuis janvier 2013, les illégalités externes des décisions administratives d'admission peuvent être soulevées devant le JLD. On entend par contrôle de régularité des décisions administratives, la vérification que les décisions ont été prises par une personne compétente, selon les formes et conformément aux procédures prévues par la loi et les règlements. En examinant la légalité externe d'un acte administratif, le juge se livre à une appréciation de la compétence de l'auteur de l'acte. Ce contrôle est d'ordre public et le juge peut le relever d'office, sans même que soit contestée la légalité de l'acte. Il vérifie le respect des règles de forme et c'est notamment le cas de la motivation d'une décision. Il veille enfin au respect de la procédure et en particulier au débat contradictoire.

La jurisprudence qui se construit depuis l'application de la loi du 5 juillet 2011 permet d'éclairer les pratiques des différents protagonistes. Un travail important à ce sujet a ainsi été réalisé par J.M Panfili, cadre supérieur de santé et docteur en droit, sur lequel nous allons nous appuyer [45].

I.4.1. Les éléments de légalité externe

Les décisions de soins psychiatriques sans consentement reposent à la fois sur une appréciation médicale et sur une décision de l'administration. La protection des libertés individuelles, contre l'arbitraire qui peut être exercé par l'administration, repose sur le formalisme important des mesures privatives de liberté qui prévalent pour les soins psychiatriques.

1.4.1.1 L'incompétence de l'auteur des décisions administratives

La loi du 12 avril 2000 [46] « relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations », prévoit que toute décision prise par une autorité administrative doit comporter la signature de son auteur, la mention lisible du prénom, du nom et de la qualité de celui-ci. La compétence de l'auteur de la décision d'admission doit être formellement établie. En ce qui concerne la délégation de signature, toute délégation doit mentionner le nom et la fonction de l'agent délégataire, la nature des actes délégués et les conditions ou réserves à la délégation. Si l'auteur de la décision est incompétent à la date de celle-ci, l'irrégularité est établie de plein droit et il n'y a pas de régularisation possible.

En second lieu, la délégation de pouvoir doit faire l'objet de publicité. Les articles D.6143-33 à D.6143-35 du CSP [47] indiquent que « dans le cadre de ses compétences définies à l'article L.6143-7 du même code [48], le directeur [...] peut, sous sa responsabilité, déléguer sa signature ». La décision de délégation constitue un acte administratif écrit qui doit être publié car le défaut de publication entraîne l'illégalité des décisions prises par le délégataire. Les mêmes dispositions réglementaires prévoient que « les délégations [...] sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables ».

Il en résulte donc que la délégation de compétences du directeur remplit les conditions de régularité seulement si les trois conditions cumulatives sont réunies :

- elle doit d'abord être autorisée au regard de l'article L.6143-7 du CSP [48].
- elle doit être explicite conformément aux principes généraux du droit, il ne doit y avoir de doute, ni sur son existence, ni sur l'identité du délégataire.
- elle doit enfin établir avec précision l'étendue des compétences déléguées et être consultable.

Faute de délégation expresse et publique de signature dans une affaire, le JLD a ordonné une mainlevée en retenant l'incompétence de l'administrateur de l'hôpital : ce n'est pas le directeur ni son délégataire qui a signé, mais une autre personne dont on ignore les qualités au sein de l'établissement [49]. Les juges rappellent que l'incompétence de l'auteur de l'acte constitue un moyen d'ordre public. Il apparaît donc comme impératif que les pièces justifiant de la publication des délégations soient transmises au JLD. La signature doit être apparente sur les documents qui doivent comprendre de manière lisible le nom, le prénom et la qualité de son auteur, ceci afin de permettre toute vérification relative à sa compétence.

La mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat a également été ordonnée suite à une admission sur arrêté municipal provisoire. Le magistrat a retenu le défaut de délégation de signature de l'adjoint au maire signant l'arrêté municipal provisoire d'hospitalisation en soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat. En effet, toute délégation concernant les mesures de police qui relève de la compétence du maire, doit faire l'objet d'une décision expresse de délégation aux adjoints [50].

1.4.1.2 L'incompétence légale du médecin

La compétence légale du médecin réalisant le certificat initial répond à des exigences précises qui peuvent constituer des sources potentielles d'irrégularités. C'est le cas des situations de péril imminent pour le patient sans intervention d'un tiers demandeur, pour lesquelles le médecin réalisant le certificat initial ne doit pas exercer dans l'établissement d'accueil.

Un juge d'appel a prononcé la mainlevée d'une hospitalisation au motif que le certificat médical d'admission et le certificat médical de 72 heures avaient été établis par le même psychiatre en violation du troisième alinéa de l'article L.3211-2-2 du CSP [51], exigeant l'intervention de deux praticiens différents [52].

C'est également le cas lors des admissions sur décision du préfet, situations pour lesquelles le médecin auteur du certificat initial d'admission ne peut pas être un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil.

En revanche, pour une décision provisoire du maire, prise en cas de troubles manifestes et de péril imminent, un avis médical de tout médecin, sans restriction de spécialité ni de lieu d'exercice est suffisant. Par exemple, cela peut être un psychiatre appelé pendant une garde à vue, même s'il exerce dans l'établissement qui accueillera le patient ensuite.

1.4.1.3 L'absence de motivation des décisions administratives

La loi du 11 juillet 1979 [53] « relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public » prévoit un principe général d'information selon lequel « les personnes physiques [...] ont le droit d'être informées sans délai, des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent ». De plus, le législateur a insisté sur la motivation des décisions, dès lors que des libertés sont en jeu. Précisément, le texte prévoit que « doivent être motivées les décisions qui [...] restreignent l'exercice des libertés publiques ou, de manière générale, constituent une mesure de police ».

Le **Conseil d'Etat** a considéré pour une décision préfectorale [54], que « l'autorité administrative, lorsqu'elle prononce ou maintient l'hospitalisation d'office [...], doit indiquer dans sa décision les éléments de droit ou de fait qui justifient cette mesure ».

Elle peut répondre à l'exigence de motivation « en se référant au certificat médical circonstancié [...] ». Dans ce cas, elle doit « s'en approprier le contenu et [...] joindre ce certificat à la décision ». Ceci s'avère conforme à l'article L.3213-1 du CSP [55], exigeant que les arrêtés préfectoraux « soient motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire ».

Le **Conseil d'Etat** est la juridiction la plus élevée dans l'ordre administratif français. Il a un double-rôle : en matière juridictionnelle, c'est la dernière juridiction pour juger les litiges relatifs aux actes des administrations. Il peut notamment être saisi pour contester les décisions rendues par les tribunaux administratifs et les Cours administratives d'appel ; en matière d'élaboration de projets de lois, d'ordonnances ou de certains décrets, il a également un rôle consultatif pour le Parlement et le Gouvernement. Ce dernier peut ainsi lui demander de rendre des avis. Il est en outre chargé d'assurer la gestion des Cours d'appel et des tribunaux administratifs.

Le Conseil d'Etat [56] est venu confirmer récemment cette nécessité pour le directeur, lorsque ce dernier est décisionnaire. Le JLD doit pouvoir vérifier facilement que les considérations de droit et de fait, énoncées dans la décision, permettent d'en connaître les motifs à la seule lecture. Cette jurisprudence importante pour les établissements prévoit que « la décision d'admission en soins psychiatriques prise à la demande d'un tiers par le directeur [...] doit désormais être formalisée et motivée en application des dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 ». La haute juridiction administrative ajoute que dans ce cas, « le juge des libertés et de la détention doit être à même de vérifier la régularité ».

Ainsi, un juge d'appel a retenu, pour une mainlevée, l'absence d'incorporation du contenu des certificats médicaux constituant le fondement de la décision du directeur d'admission en SPDT. En l'occurrence, le directeur n'avait pas repris « au moins de manière synthétique, les éléments médicaux retenus par les médecins, et constituant le support de sa décision ». Pour le juge, ceci privait le patient « de la connaissance des motifs médicaux qui fondaient la décision d'hospitalisation complète prise à son égard » [57].

Un autre juge d'appel a estimé que l'arrêté préfectoral initial d'une mesure de soins sans consentement était insuffisamment circonstancié au fond. En l'espèce, les deux conditions de fond cumulatives, de l'état de santé psychiatrique et de la compromission de la sûreté des personnes ou de l'atteinte grave à l'ordre public, n'étaient pas certifiées [58].

1.4.1.4 Les autres illégalités formelles

1.4.1.4.1. La non rétroactivité de la décision d'admission

La décision d'admission en soins sans consentement constitue une phase très sensible dans la mesure où elle va faire courir le délai légal de contrôle du JLD, c'est-à-dire que le délai légal pour statuer de douze jours sera déterminé à partir de la date de décision d'admission. Ce formalisme procédural est essentiel puisque le JLD soulèvera d'office le non-respect des délais pour prononcer la mainlevée, sans examiner le fond. Cette difficulté ne concerne que les directeurs dans le cadre des SPDT, le SPDTU (Soins Psychiatriques à la demande d'un Tiers d'Urgence) et les SPPI (Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent). En effet, pour les SPDRE, l'arrêté préfectoral ou l'arrêté municipal provisoire fait courir les délais.

Le Conseil d'Etat tolérait un certain délai pour la mise en œuvre des décisions de soins sans consentement [59]. Ainsi, une personne majeure présentant des signes de maladie mentale et dont le comportement paraît présenter un danger imminent pour sa propre sécurité, ou pour celle d'autrui, peut être retenue contre son gré dans un établissement d'hospitalisation général ou spécialisé. Cependant, ceci est limité « au temps strictement nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'internement [...] prévues par le code de la santé publique ». Le JLD a ainsi prononcé une mainlevée en constatant un délai de 24 heures entre l'admission physique et l'admission administrative, la personne étant maintenue en soins sans consentement sans titre légal [60]. En effet une décision d'admission ne peut être régularisée rétroactivement par écrit le lendemain de l'hospitalisation, sans urgence dûment justifiée. Cependant, une urgence à admettre en soins psychiatriques (péril imminent) à une heure tardive justifie que la décision d'admission ne soit formalisée et signée que le lendemain par le directeur de l'établissement, avec une prise d'effet rétroactive (la veille). Il est à noter que le temps strictement nécessaire à l'élaboration de l'acte de « quelques heures » n'a pas de limites claires et semblerait cependant inclure le temps de transmission des pièces requises et d'élaboration matérielle de l'acte.

1.4.1.4.2. Le non-respect des délais

Le respect des délais de saisine s'avère tout à fait essentiel. En effet, l'article L.3211-12-1 du CSP [61] dispose que « lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué dans les délais [...], la mainlevée est acquise à l'issue de chacun de ces délais ». Enfin, s'il est saisi hors délai, le juge « ordonne la mainlevée ». Ainsi, une mainlevée du JLD est intervenue pour une requête adressée au-delà du délai de 12 jours, tel que prévu par l'article R.3211-27 du CSP [62]. L'établissement de santé ne justifiait pas de circonstances exceptionnelles expliquant la saisine tardive [63].

Le contrôle à 6 mois d'une mesure de SPDT a abouti à une décision de mainlevée pour non-respect du délai de saisine de 15 jours. En effet, l'article L.3211-2-1 du CSP [64], dispose que dans le cadre d'un contrôle semestriel « le juge des libertés et de la détention est alors saisi quinze jours au moins avant l'expiration du délai de 6 mois prévu ». La saisine du JLD étant tardive, la mainlevée a été accordée, en l'absence de circonstances exceptionnelles rendant légitime ce retard [65]. Rappelons qu'à la différence du premier contrôle à 12 jours, le juge statue ici sur une période longue de privation de liberté. Ce dernier sera d'autant plus rigoureux dans son approche des intérêts du patient.

1.4.1.4.3. L'absence de production de l'ensemble des certificats médicaux

La production de l'ensemble des certificats médicaux est indispensable pour une procédure régulière d'admission. S'il manque un certificat lors de l'admission, la décision est irrégulière. C'est aussi le cas pour les certificats successifs qui entraînent une nouvelle décision du directeur ou du préfet. Enfin, l'avis du psychiatre pour saisir le juge est indispensable avant le contrôle systématique par ce dernier. Toute absence de ce type de document constitue une irrégularité et porte nécessairement atteinte aux droits. En effet, chacun des certificats va déterminer ensuite une décision ou bien une saisine.

Un juge d'appel a ainsi ordonné la mainlevée, compte tenu de l'absence de l'avis médical qui doit être adressé à la Cour au plus tard 48 heures avant l'audience [66].

1.4.1.4.4. Le défaut de qualité du tiers et l'invalidité de la demande de soins

La qualité du tiers demandeur de soins doit répondre aux exigences de l'article L.3212-1 du CSP [67]. Il ne peut s'agir que d'un membre de la famille du malade ou bien d'une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade, antérieures à la demande de soins. De plus, ces relations doivent être telles, qu'elles permettent d'agir dans l'intérêt du patient.

Le personnel soignant exerçant dans l'établissement et prenant en charge la personne malade ne répond pas aux exigences permettant d'être tiers demandeur de soins. En revanche, une assistante sociale de l'établissement d'accueil peut réunir les qualités de tiers demandeur. Dans ce cas, sa demande intervient *intuitu personae*, en toute indépendance, c'est-à-dire qu'elle ne peut en aucun cas être hiérarchiquement contrainte à établir cette demande.

En pratique, le JLD a pu exiger, non pas la vérification, mais la mention explicative de la nature des liens entre le demandeur de soins et le patient [68].

Le tiers demandeur de soins ne peut pas être en situation de conflit notoire avec le patient. Ainsi la mainlevée peut être ordonnée par le JLD si le tiers demandeur est l'époux et que la demande intervient dans un contexte de conflit conjugal, notamment une instance de divorce [69]. De même, une voisine quand bien même il existe un voisinage vieux de 35 ans, n'a pas qualité pour être tiers demandeur de soins [70].

Si le demandeur de soins est le tuteur ou le curateur, ce dernier devra impérativement joindre le justificatif de la mesure judiciaire de protection. En effet, un juge a été amené à prononcer une mainlevée en l'absence de ce justificatif, en s'appuyant sur l'article L.3212-2 du CSP [71] qui dispose que « si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle » [72].

Cette qualité de tiers constitue une condition légale de base pour la mise en œuvre des soins sans consentement. Si le tiers ne répond pas à cette description, la demande de celui-ci n'est pas recevable et l'hospitalisation est irrégulière. La seule possibilité serait alors de recourir à la procédure de « péril imminent », mais à condition que ce péril existe réellement.

La demande de tiers est très formelle et nécessite cinq mentions obligatoires. Le tiers doit formuler explicitement la demande d'admission en soins psychiatriques. La demande doit comporter les noms, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et celle pour laquelle ils sont demandés. Leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles, avant la demande de soins, sont également précisés. La demande doit enfin être datée et signée. Si la personne qui demande les soins est dans l'incapacité d'écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement.

La qualité du tiers justifiant de relations existantes avant la demande de soins doit être précisée dans la demande. La seule mention de la qualité d' « ami » est insuffisante.

En résumé, si l'ensemble de ces conditions formelles n'est pas rempli, l'atteinte aux droits est flagrante puisqu'il s'agit de l'acte nécessaire au début de la mesure.

1.4.1.4.5. Péril imminent et absence de tiers qualifié

Il existe une obligation de moyens sur l'établissement de santé pour la recherche d'un tiers demandeur de soins. Le recours à l'admission en cas de péril imminent sans tiers ne peut pas être retenu simplement sur l'absence de tiers.

Ainsi, une mainlevée de mesure de soins pour péril imminent a été prononcée par le JLD car l'établissement ne justifiait pas avoir tenté, lors de l'admission, puis dans le délai de 24 heures, de contacter un membre de la famille ou un proche, ou s'être heurté à des difficultés voire à une impossibilité de contacter la famille du patient [73].

De même, en appel, la mainlevée a été obtenue, le centre hospitalier n'étant pas en mesure de justifier des démarches entreprises pour rechercher un tiers et recourir à la procédure dérogatoire de soins psychiatriques en cas de péril imminent à l'aide d'un seul certificat médical [74].

En effet, il revient à l'hôpital d'accueil, de rapporter la preuve de recherche parmi les membres de la famille, d'un tiers susceptible d'intervenir dans l'intérêt du patient, il s'agit d'une formalité substantielle. Le fait de parvenir à contacter un proche ne modifie pas la mesure et ne transforme pas ce proche en tiers demandeur de soins. Cela permet uniquement à ce dernier de saisir le JLD s'il estime que l'hospitalisation en soins sans consentement est injustifiée. De plus, le tiers ne doit pas être en situation de conflit avec le patient pour agir dans son intérêt.

I.4.2. Le défaut de procédure contradictoire

L'office du juge répond à la fois, aux règles du droit administratif, aux exigences du CSP, mais aussi aux impératifs du **débat contradictoire**, tel qu'il est énoncé aux articles 15 et 16 du Code de procédure civile [75] [76] ainsi qu'à l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, relatif aux conditions du procès équitable.

Le site officiel de l'administration française définit le **débat contradictoire** comme le débat où chaque partie est en mesure d'exposer son point de vue et de discuter des preuves, des faits, des arguments liés à l'affaire concernée.

La **Cour de cassation** s'est clairement prononcée et a confirmé les décisions de mainlevée du JLD, puis du juge d'appel, en considérant que si le juge ne peut vérifier que le patient a reçu les informations requises, quant à ses droits et aux règles de procédures applicables, ces seuls motifs justifient une mainlevée de la mesure de soins sans consentement [77].

La **Cour de cassation** est la juridiction suprême de l'ordre judiciaire. Elle est installée à Paris. Elle est également désignée sous l'appellation de « Haute juridiction ». Comme son nom l'indique, la Cour de cassation est une cour et non un tribunal.

1.4.2.1 Le défaut d'information préalable du patient

1.4.2.1.1. Sur ses voies de communication et de recours

L'information du patient en soins psychiatriques sans consentement doit porter sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours et sur les garanties prévues par l'article L.3211-12-1 du CSP [61], relatives à la saisine systématique du JLD. Les droits sont énumérés de manière non limitative et « en tout état de cause », par l'alinéa 5 de l'article L.3211-3 du même code [78].

Il s'agit du droit de communiquer avec le représentant de l'Etat, avec le président du TGI, avec le procureur de la République et avec le maire de la commune. La personne en soins peut aussi saisir la Commission Départementale des Soins Psychiatriques et s'adresser à la Commission Des Usagers (CDU). Elle peut également porter à la connaissance du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL), des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence. Le patient contraint peut prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix, émettre et recevoir des courriers, consulter le règlement intérieur de l'établissement et recevoir les explications qui s'y rapportent. Enfin, toute personne en soins sans consentement a le droit de voter ainsi que de se livrer à des activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Cette notification de droits doit être immédiate, dès l'admission, ou aussitôt que l'état du patient le permet, et par la suite à la demande et après chacune des décisions. Les circonstances qui justifient un retard d'information doivent être mentionnées et justifiées d'un point de vue médical.

Concrètement, le JLD a décidé une mainlevée du fait qu' «à aucun moment l'intéressé n'avait été informé d'aucun de ses droits, à la suite de la décision de réintégration en soins [...] sous la forme d'une hospitalisation complète, décision qui ne figurait d'ailleurs pas à la procédure ». Le juge soulignait qu' «il n'apparaissait pas [...] d'éléments prouvant que la personne se soit trouvée dans l'incapacité d'être informée de ses droits », et il en résultait bien « une atteinte aux droits » [79]. Lors d'une autre affaire, la mainlevée d'une mesure sur décision du préfet a été ordonnée

par le JLD, car le patient n'avait pas été informé de ses droits et des voies de recours ouvertes. Il a été retenu le défaut d'information comme constitutif d'une irrégularité, portant une atteinte grave à une liberté fondamentale [80]. Le patient doit être informé, mais aussi mis en mesure d'exercer ses droits. Ainsi, le droit fondamental de prendre conseil d'un avocat de son choix, par une personne hospitalisée en soins sans consentement, doit être respecté. Le JLD a constaté l'irrégularité de la décision d'admission d'un patient à qui ce droit avait été dénié, et a ordonné la mainlevée de la mesure d'hospitalisation [81].

Il s'avère enfin évident que le patient non-francophone doit bénéficier d'un interprète autant que de besoin, pour satisfaire aux conditions de procès équitable telles que prévues à l'article 6 de la Convention Européenne. C'est d'ailleurs ce qu'a retenu le JLD pour prononcer une mainlevée [82].

1.4.2.1.2. Sur les décisions qui le concernent

L'alinéa 2 de l'article L.3211-3 du CSP [78] prévoit que le patient doit être informé du projet de décision le concernant et mis à même de faire valoir ses observations. Ainsi, « avant chaque décision prononçant le maintien des soins [...] ou définissant la forme de la prise en charge [...], la personne [...] 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 ». Dans sa décision du 18 juin 2014, la Cour de cassation a pris en compte les termes précis de l'article L.3211-3 du même code, et estimé que cette information n'est pas indispensable au moment de l'hospitalisation en période d'observation de 72 heures. Cette période visant à évaluer l'état du patient et à proposer les modalités de prise en charge. En revanche, cette information doit impérativement avoir lieu à la fin de la période d'observation [77]. A l'audience, l'administration hospitalière devra être à même d'indiquer, à la fois comment cette information a été donnée et comment les observations du patient ont été recueillies. Elle devra également justifier, le cas échéant, des difficultés rencontrées pour recueillir les observations.

1.4.2.2 Le défaut de prise en compte des observations du patient

La prise en compte des observations du patient est impérative pour chaque décision qu'elle soit d'admission ou de maintien en soins. Les dispositions de l'article L.3211-3 du CSP [78] prévoient que dans la mesure où son état le permet, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est mise à même de faire valoir ses observations avant chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge. Ceci concerne la décision d'admission, mais aussi la décision sur la forme de la prise en charge devant intervenir après le certificat médical des soixante-douze heures.

L'intérêt du patient doit être pris en considération en permanence et pour le connaître, il faut lui permettre de faire valoir régulièrement son point de vue. Cette obligation fondamentale de recueillir les observations pèse sur l'autorité administrative. Elle doit permettre au directeur ou au préfet, selon le cas, de mieux apprécier les conséquences de la décision privative ou limitative de liberté.

En pratique, le juge d'appel a ordonné une mainlevée au vu de l'absence de recueil des observations du patient à propos des arrêtés préfectoraux reconduisant l'hospitalisation en soins sans consentement à temps complet. Pour le juge, cette absence de recueil des observations du patient constituait une violation du principe du contradictoire portant atteinte aux droits du patient concerné [83].

Pour sa part, le juge administratif d'appel a réaffirmé également que le préfet est tenu d'organiser une forme de débat contradictoire avec le patient lorsqu'il va le priver de liberté [84].

1.4.2.3 Le défaut et le retard de notifications au patient des décisions qui le concernent

L'article L.3211-3 du CSP [78] prévoit expressément la notification au patient des décisions successives prises à son égard et des raisons qui les motivent. Ainsi, « toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement est informée le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions [...], ainsi que des raisons qui les

motivent ». Si la notification se révèle impossible et doit être différée, du fait de l'état de santé du patient, le dossier administratif devra le mentionner expressément. Il devra également faire figurer le motif de ce report et préciser à quel moment cette notification a finalement été possible. Un retard à la notification d'une mesure non justifié constitue un motif de mainlevée.

Le JLD a constaté qu'il n'était pas possible de déterminer si le patient avait eu connaissance, dès son admission et après chacune des décisions ou aussitôt que son état lui permettait, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui étaient ouvertes, tout comme les garanties qui lui étaient offertes [85].

Dans une autre affaire, le JLD a prononcé une mainlevée en raison d'un retard non justifié médicalement de trois jours, pour la notification à l'intéressé de la décision d'admission [86].

Par le passé, le juge administratif a pu considérer que le moyen du défaut de notification de la décision était inopérant. Cependant, le JLD se trouve dans une toute autre situation dans la procédure qui lui est soumise désormais. Les décisions sont en effet multiples et un défaut de notification d'une décision peut avoir des conséquences sur la régularité de la suivante. C'est ce qu'a retenu le juge d'appel en considérant qu'une absence de notification de décision constitue une atteinte aux droits [87].

1.4.2.4 Le défaut d'accès du patient au dossier transmis au greffe du JLD

Le patient qui fait l'objet de soins psychiatriques sans consentement en hospitalisation complète doit être informé qu'il peut avoir accès aux pièces transmises au greffe du JLD. Quand l'admission a été effectuée à la demande d'un tiers, le patient a accès à sa demande, à la fois aux noms, prénoms et adresse de ce tiers. Il accède aussi à une copie de la demande d'admission. Quand l'admission a été ordonnée par le représentant de l'Etat, le patient a accès aux copies de l'ensemble des arrêtés préfectoraux et municipaux. Dans tous les cas, le patient peut accéder à la copie des certificats et avis médicaux au vu desquels la mesure de soins a été décidée. Enfin, il

a accès à tout autre certificat ou avis médical utile, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins.

1.4.2.5 Le défaut d'accès à l'intégralité du dossier médical par le patient

Il semble que l'accès au seul dossier transmis au greffe du JLD peut s'avérer dans certains cas insuffisants.

Le tribunal administratif a statué sur un recours en référé d'une patiente à laquelle il était refusé l'accès à l'intégralité de son dossier médical. Cette dernière souhaitait préparer son pourvoi en cassation, suite à un refus en appel de mainlevée de soins psychiatriques sans consentement.

Le tribunal a retenu trois griefs. Il s'agit en premier lieu d'une atteinte grave et manifestement immédiate à la liberté fondamentale constituée par la liberté d'accès du citoyen aux documents administratifs et aux données médicales le concernant. En second lieu, la juridiction a retenu une atteinte grave et manifestement immédiate à la liberté fondamentale constituée par le principe d'égalité devant la loi, à raison du caractère discriminatoire du refus de communiquer le dossier médical. Enfin, le juge administratif considère qu'il s'agit d'une atteinte grave et immédiate à la liberté fondamentale constituée par le droit au procès équitable, dès lors que le refus opposé par l'administration compromet le pourvoi en cassation formé. Cette possibilité de saisir les juges du droit implique donc la communication à la patiente de l'intégralité des pièces figurant dans son dossier, et au vu desquelles le juge de cassation va statuer. Cet accès doit de plus s'effectuer dans un délai permettant à l'intéressé de constituer utilement sa requête [88].

1.4.2.6 L'impossibilité pour le patient d'adresser des observations au JLD

Le patient appelé à l'audience doit être informé qu'il peut faire parvenir ses observations par écrit au greffe du JLD. Il convient évidemment de lui permettre d'exercer ce droit d'un point de vue matériel.

Il est nécessaire de distinguer le cas où l'intéressé a été mis en mesure de faire valoir ses observations, de celui où il n'est pas en mesure de le faire. Ainsi, un document formalisé doit intégrer clairement chacune des situations. En effet, sera insuffisante la mention stéréotypée dans une formule déjà pré-imprimée sur les certificats médicaux de l'impossibilité de formuler des observations.

Lors d'un contrôle du JLD, aucun élément du dossier ne démontrait une impossibilité du patient à s'exprimer. Il en résultait une procédure irrégulière pour maintenir la mesure de soins car elle ne respectait pas les règles du principe contradictoire. Dans ce cas, se trouvait en question la capacité d'expression du patient [89]. Enfin, lors d'un autre contrôle du JLD, la mainlevée d'une mesure sur décision préfectorale est intervenue parce que les observations du patient n'avaient pas été recueillies, pour chacune des mesures successives. Il s'agissait là de satisfaire au principe de recueil des observations du patient [90].

1.4.3. La place du mandataire si le majeur auditionné est protégé

Le tuteur et le curateur occupent une place particulière dans la procédure devant le JLD. L'article L.3211-5 du CSP [91] dispose qu'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyen, sous réserve des dispositions relatives aux mesures de protection des majeurs prévues au Code civil. De plus, la personne chargée de la protection dispose du droit de saisine facultatif. En revanche, l'article L.3211-12-2 du CSP [92] n'évoque pas la présence de la personne chargée de la protection éventuelle. Si l'article R.3211-12 du CSP [93] dispose que le greffier avise les parties à la procédure, il n'est pas prévu que le tuteur ou curateur soit convoqué, en tant que partie, sauf s'il est requérant.



La personne chargée de la protection occupe une place particulièrement reconnue dans les procédures d'admission en cas de péril imminent. Dans ce cas, elle doit être prévenue dans les vingt-quatre heures.

Il faut s'en remettre aux dispositions de l'article 468 du Code civil [94] pour clarifier le principe général prévoyant la place du mandataire à la protection dans la procédure. Ce texte dispose que la personne en curatelle nécessite la présence du curateur pour introduire une action ou se défendre en justice. Elle s'applique pour la personne auditionnée par le JLD. La présence du mandataire semble requise dans les cas d'auditions de patients hospitalisés en soins sans consentement et la jurisprudence qui se construit va dans ce sens.

Le JLD a ordonné la mainlevée d'une mesure en s'appuyant sur l'article 468 du Code civil, car le curateur n'avait pas été avisé et donc n'assistait pas le patient à l'audience [95]. Une autre mainlevée de mesure de soins pour péril imminent sans tiers a été ordonnée par le JLD pour défaut d'information du curateur. En l'occurrence, le fait que le patient se trouvait sous curatelle renforcée ne pouvait être ignoré par l'établissement demandeur à l'instance, et ce dernier se devait de communiquer sa requête au curateur du patient [96].

Dans une autre mainlevée de mesure de soins pour péril imminent, le JLD s'est fondé sur un autre moyen spécifique. Il a retenu le non-respect du deuxième alinéa du II de l'article L.3212-1 du CSP [67]. En effet, ce texte contraint le directeur de l'établissement à informer dans les 24 heures, le cas échéant la personne chargée de la protection juridique. En l'espèce, le curateur avait été informé de l'hospitalisation sans consentement de manière tardive, c'est-à-dire 48 heures après l'admission, ceci alors même que la patiente était connue de l'établissement ainsi que sa situation de personne protégée [97].

Une mainlevée est intervenue également au motif que le préfet indiquait seulement que le patient « serait sous tutelle de son frère », sans avoir procédé, ni à la vérification de cette situation, ni à la transmission des coordonnées de la personne assurant cette mesure. Pour le juge d'appel, « la présence aux côtés du malade faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement de la personne chargée de la protection de ses intérêts juridiques est une garantie essentielle.

L'absence de convocation de la personne assurant la protection fait nécessairement grief à la personne protégée » [98].

I.4.4. La justification de la nécessité médicale

I.4.4.1 La motivation des certificats médicaux

La nécessité médicale des soins psychiatriques sans consentement doit apparaître sur les certificats médicaux, d'autant qu'ils vont constituer le document de référence pour les magistrats. Cette nécessité médicale doit s'appuyer sur les conditions de fond de droit commun, et éventuellement exceptionnelles, prévues par le législateur. Il s'agit dans un premier cas de l'absence de consentement aux soins en présence de troubles mentaux nécessitant une surveillance constante. Dans le second cas, les troubles mentaux doivent à la fois nécessiter des soins, et compromettre la sûreté des personnes ou porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public. La maladie doit être indiscutable, et le trouble mental tel qu'il nécessite des soins sans consentement, qui ne peuvent se prolonger valablement sans persistance du trouble.

Les procédures d'admission en urgence devront être spécialement motivées, au regard des critères supplémentaires de péril imminent ou de risque grave pour l'intégrité du patient. Il ne s'agit pas d'adapter seulement la mesure à des contraintes matérielles, mais au contraire de respecter strictement l'ensemble des conditions de fond qui les déterminent.

La rédaction de l'article R.3211-24 du CSP [99], issue du décret du 17 août 2014 [100], renforce l'obligation de motivation médicale. Le texte précise que l'avis motivé qui accompagne la saisine doit décrire avec précision « les manifestations des troubles mentaux dont est atteinte la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques ». Il devra également décrire « les circonstances particulières qui rendent nécessaire la poursuite de l'hospitalisation complète au regard des conditions de fond posées par les articles L.3212-1 et L.3213-1 » [67] [55].

Une mainlevée est intervenue lors d'un contrôle par le JLD, constatant que si la personne était encore atteinte de troubles, sa dangerosité n'était plus médicalement attestée. Cette absence de justification de la dangerosité n'autorisait plus le maintien du patient en hospitalisation en soins sans consentement [101].

Une décision de juge d'appel n'a pas confirmé le maintien des soins, car la dangerosité initiale du patient n'était plus avérée. En l'espèce, aucun psychiatre n'avait voulu réaliser une expertise du patient. De plus, la caractérisation de l'atteinte à l'ordre public ou à la sûreté des personnes était insuffisante dans l'avis médical conjoint de saisine [102]. De même, le juge d'appel n'a pas confirmé le maintien des soins prononcés par le JLD, pour une patiente en soins sur demande d'un tiers, avec risque grave d'atteinte à son intégrité. En l'espèce, les circonstances décrites ne démontraient pas ce risque [103].

Une autre décision de mainlevée est intervenue en appel, car les éléments établissant l'existence des troubles constatés par les certificats médicaux successifs, ne permettaient pas de caractériser l'existence du critère supplémentaire de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade [104].

A noter enfin, qu'une ordonnance de mainlevée d'une mesure de SPDT a été confirmée en appel au motif du défaut d'examen somatique dans les 24 heures suivant l'admission en hospitalisation sans consentement, cet examen prévu à l'article L.3211-2-2 du CSP [51] étant nécessaire afin de dépister une éventuelle cause somatique aux troubles psychiques de la personne hospitalisée [105].

1.4.4.2 Objectivation de la réalité des troubles

1.4.4.2.1. Condamnation du médecin sur la base du code pénal et du code de déontologie

La chambre criminelle de la Cour d'appel d'Orléans a statué à propos d'une hospitalisation en soins sans consentement abusive, en condamnant le médecin auteur du certificat initial ayant permis les soins psychiatriques à la demande d'un tiers



[106]. Cette hospitalisation en soins sans consentement a notamment été décidée sur la foi de documents établis par le médecin, à la demande du mari de la patiente, alors même que le médecin ne l'avait pas examinée. Le médecin a été condamné à six mois de prison avec sursis et 3000 euros d'amende en septembre 2013. L'ordre des médecins a sanctionné le praticien par une interdiction d'exercer d'un mois avec sursis. La chambre disciplinaire indique que le médecin n'avait « pas constaté lui-même, aux dates indiquées dans ces certificats, des troubles et n'a pas, contrairement à ce qu'il indique dans ces documents, procédé à l'examen de la patiente à la date indiquée [...] ». Il ne pouvait dès lors rédiger en ces termes les certificats en cause ». La chambre disciplinaire a rappelé que le médecin ne doit pas s'immiscer, sans raison professionnelle, dans les affaires de famille, ni dans la vie privée de ses patients. Elle a également indiqué que l'exercice médical comporte la rédaction par le médecin, conformément aux constatations qu'il est en mesure de faire, des certificats, attestations et documents dont la production est prescrite par les textes législatifs et réglementaires et que la délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite.

1.4.4.2.2. Risques d'irrégularités pour les décisions provisoires du maire

L'admission en soins psychiatriques sans consentement, sur décision du représentant de l'Etat, échappe le plus souvent au droit commun. Dans deux tiers des cas, l'admission du patient a lieu dans un premier temps sur une décision provisoire du maire. En l'occurrence, l'exception devient la règle et le droit commun l'exception. Ce constat impose un examen attentif de cette disposition particulière intervenant sur initiative du maire.

Le juge d'appel a prononcé une mainlevée sur la base du non-respect des dispositions de l'article L.3213-2 du CSP [107]. Il a été rappelé les termes de l'article selon lequel l'arrêté municipal est pris au vu d'un avis médical préalable. En l'espèce, en regardant les horaires mentionnés, le magistrat a décidé la mainlevée. En effet, le maire avait ordonné l'hospitalisation au vu d'un certificat médical qui n'était pas encore rédigé au moment où l'arrêté avait été établi. Dès lors, la mesure d'hospitalisation

initiale du maire n'était pas conforme aux conditions prescrites par la loi, et constituait un motif de mainlevée. La décision relevait comme autre motif, l'absence de la mention de « péril imminent » sur le certificat médical. Ceci vient démontrer que la décision provisoire du maire doit être cohérente avec l'appréciation médicale préalable. Face à des troubles manifestes et à un danger imminent pour la sûreté des personnes, le maire peut décider d'une hospitalisation en soins sans consentement provisoire, mais il doit impérativement s'appuyer pour cela sur un avis médical [108].

Cette chronologie qui prévoit d'abord l'élaboration de l'avis médical doit être respectée, sinon la mesure peut être irrégulière et entraîner des conséquences au regard des soins au patient, mais aussi des responsabilités du maire et des professionnels.

I.4.5. Le non-respect des obligations requises en contention et isolement

Par une décision en appel, le juge a prononcé une mainlevée de soins sans consentement, car l'établissement n'avait pas respecté les obligations légales lors de pratiques d'isolement. Précisément, les obligations relatives à l'isolement et à la contention n'avaient pas été respectées.

Le juge d'appel a également indiqué que la charge de la preuve reposait sur l'établissement d'accueil du patient. Par ailleurs, il s'est reconnu compétent, en considérant que ces pratiques étaient gravement attentatoires à la liberté d'aller et venir [109]. Toutefois cette décision inédite n'a pas été confirmée en cassation.

I.4.6. Le droit de faire appel des décisions

L'étude des arrêts de la Cour de cassation à ce propos montre que le taux d'appel contre les ordonnances du JLD s'est respectivement établi à 0,9 % en 2012 et 1,3 % en 2013, contre une moyenne de recours contre les ordonnances du JLD dans d'autres contentieux proche des 15 % à l'échelle nationale. Sur ces appels, 87 % sont formés par le patient et 6 % par le ministère public. L'étude constate que 85 % confirment les décisions de soins sans consentement, et 15 % donnent lieu à une mainlevée.

Ainsi, le juge d'appel a déclaré l'appel d'un patient reçu hors délai recevable, car il avait été indûment retenu par l'équipe de soins, empêchant qu'il soit enregistré au greffe dans le délai de 10 jours réglementaire. Le juge a rappelé que l'établissement où la personne est hospitalisée doit transmettre sans délai la requête de l'intéressé à la juridiction de contrôle, par tout moyen permettant de dater sa réception au greffe de la juridiction. Il faut enfin rappeler que le directeur ou le médecin qui supprime ou retient une requête, ou une réclamation, adressée à l'autorité judiciaire ou administrative par une personne hospitalisée sans son consentement, constitue un délit possible d'emprisonnement et d'amende [110].

I.5. Le point de vue des différents protagonistes

I.5.1. La place et le point de vue des patients

I.5.1.1 Le vécu psychologique

La loi du 5 juillet 2011 a introduit un changement notable pour les patients par la mise en place de l'audition devant le JLD. Cette échéance est pour le patient hospitalisé une nouvelle épreuve, dont l'impact psychologique n'est pas négligeable car elle constitue un facteur de stress supplémentaire.

En effet, il existe bien souvent un décalage entre le cadre législatif et le vécu du patient qui ne comprend pas toujours que l'objectif de cette loi est de renforcer ses droits.

Une étude de cas réalisée par Valmy et al. [111] montre plusieurs éléments. L'information systématique donnée à la 72^e heure peut, notamment dans le cadre de certains délires, renforcer un sentiment de persécution vis-à-vis de l'équipe soignante et potentiellement augmenter la mauvaise compréhension de ces informations. Il résulte de cette incompréhension plusieurs interprétations erronées autour de l'audition. Certains patients n'arrivent pas à percevoir la différence entre audition et jugement. La convocation devant le JLD peut alors être vécue comme une échéance durant laquelle ils devront répondre d'une faute commise, avec une possible condamnation au décours. Ce sentiment est d'ailleurs potentiellement exacerbé par le fait que le juge soit nommé « des libertés et de la détention », et posséderait donc le pouvoir de les « libérer » ou de les « enfermer ». La présence d'un avocat lors de l'audition peut les conforter dans cette interprétation.

On retrouve également le doute d'être reconnu coupable de présenter une pathologie. En effet, le patient peut avoir l'impression que c'est lui-même, et non la légitimité de la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement qui est soumis à l'examen du juge.

Concernant les jours précédant l'audition, il est souvent retrouvé une majoration de l'état anxieux. La signature de la convocation peut alors être vécue comme la concrétisation de l'imminence de l'échéance et la confirmation qu'ils vont devoir répondre de leurs actes.

Après l'audition, il ressort souvent un sentiment d'arbitraire et d'injustice dans la décision du juge. Parfois, en plus de ces sentiments, se rajoute une impression d'inutilité de l'audition, du fait de l'impossibilité des patients à faire valoir leur droit de décision et leur droit à être libérés. Les objectifs initiaux d'améliorer et d'augmenter les droits des malades, ainsi que de protéger leur liberté semblent, dans la mise en pratique, entraîner un vécu totalement inverse.

Au final, les patients ont tendance à considérer le contrôle du JLD comme une formalité, plutôt que comme une valorisation de leurs droits et une protection de leur liberté.

L'intervention du juge peut également être perçue par les patients comme une intrusion déséquilibrant le lien thérapeutique entre patients et soignants. On peut alors légitimement se demander si tout cela n'a pas un impact sur le consentement aux soins, malgré la contrainte.

On note cependant qu'à aucun moment l'audition ne semble constituer un facteur de décompensation ou de complication de la pathologie initiale.

Selon une étude de Rossini et Verdoux, sur le vécu et la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le JLD [112], il ressort que leur vécu et leur compréhension de l'audience sont contrastés comme en attestent par exemple, les résultats concernant l'attitude du juge : s'il est perçu comme étant à l'écoute, clair et bienveillant, il apparaît également comme partial et dépendant des décisions médicales.

Il semble nécessaire d'accompagner le patient dans cette nouvelle procédure. En pratique clinique, l'information sur l'audience à venir peut permettre au médecin qui est à l'origine de la mesure de rassurer le patient, puisqu'un tiers sera amené à vérifier la légalité de sa décision. Elle présente également l'intérêt d'éviter une confrontation stérile lorsque l'intéressé est opposé, voire opposant au principe d'une hospitalisation. La préparation à l'audience réalisée par l'équipe médicale représente un plus dans la relation de soins et vers la recherche d'une alliance thérapeutique. L'un des moyens d'améliorer la qualité de l'information serait la mise en place d'une brochure-type à l'échelon national, sur le modèle irlandais [113], comme l'a récemment proposé le Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté [35].

1.5.1.2 Les éléments liés au coût de la procédure

Nous sommes amenés à évoquer dans la judiciarisation actuelle des soins sans consentement, en place depuis la loi du 5 juillet 2011, une circulaire du Ministère de la justice du 18 août 2014 [114], « relative au décret du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement » [100], dans laquelle un aspect semble litigieux et peut avoir des

conséquences dommageables. Il s'agit du point 1.3 de cette circulaire sur les dispositions relatives au déroulement de l'audience ; comme évoqué plus haut « comme auparavant, le juge ne peut en principe statuer sans avoir mis la personne objet de soins en mesure d'être entendue. En outre, l'alinéa 2 du I de l'article L.3211-12-2 modifié du code de la santé publique précise désormais que celle-ci devra nécessairement être assistée ou représentée par un avocat. Cet avocat sera choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office ». Il est important de souligner qu' « il est rappelé que même en cas de commission d'office, la condition de ressource est applicable. Les frais d'avocat restent à la charge de la personne faisant l'objet de soins si ses ressources excèdent les plafonds d'admission à l'aide juridictionnelle. Par exception et comme cela était déjà le cas auparavant, le juge pourra décider de ne pas entendre la personne au vu d'un avis médical circonstancié. La personne sera alors nécessairement représentée par un avocat ».

En effet, le service de la justice est public et comme tel, il est gratuit. Il en est autrement du service offert par les auxiliaires de justice (avocats, huissiers, experts), qui exercent dans un cadre libéral et doivent faire rémunérer leurs prestations. L'objet de l'aide juridictionnelle est de permettre aux personnes ayant de faibles revenus, de faire valoir leurs droits en justice. Elle consiste en une prise en charge par l'Etat des honoraires et frais de justice et notamment : honoraires d'avocats, frais d'huissiers de justice, ou frais d'expertise [115]. En fonction des niveaux de ressources, l'Etat prend en charge soit la totalité des frais de procès (aide totale), soit une partie d'entre eux (aide partielle).

Les plafonds de l'aide juridictionnelle sont, actuellement, de 1007 euros par mois maximum pour bénéficier de l'aide juridictionnelle totale, et de 1510 euros par mois maximum en ce qui concerne l'aide juridictionnelle partielle [116]. Au-dessus de ce plafond, elle est refusée. Dans ce cas, le patient aura la totalité des honoraires de l'avocat à payer pour une assistance (ou représentation), qu'il n'aura pas nécessairement souhaitée, celle-ci étant obligatoire dans le cadre des contrôles judiciaires de plein droit.

Cette configuration peut être limitée si le patient a une protection juridique liée à son contrat d'assurance, sur son logement par exemple, qui couvre les dommages civils, puisque la procédure du contrôle obligatoire des soins sans consentement est une procédure couverte par le code de procédure civile. Les protections juridiques des

contrats d'assurances peuvent donc prendre en charge de tels contentieux, ce qui suppose bien sûr de les en saisir.

Dans une question écrite au gouvernement en février 2015, la sénatrice de la Haute-Vienne, Madame Pérol-Dumont, interpellait la ministre de la justice sur les honoraires des avocats dans les contrôles judiciaires obligatoires des mesures de soins psychiatriques sans consentement, dans le cas où les patients ne relèvent pas de l'aide juridictionnelle [117]. Elle attirait l'attention sur le fait que l'intervention obligatoire d'un avocat semblait générer un coût conséquent, à la charge des patients ne pouvant bénéficier de l'aide juridictionnelle, constituant un obstacle aux soins.

La réponse du Ministère de la justice [118] fait apparaître que, dans l'ensemble, les patients dont la mesure d'hospitalisation en soins sans consentement est contrôlée par le juge judiciaire bénéficient de l'aide juridictionnelle. Il est expliqué que depuis l'entrée en vigueur de ces nouvelles dispositions, les dépenses engagées par l'Etat au titre de l'aide juridictionnelle (totale et partielle) pour les audiences devant le JLD statuant en matière de soins sans consentement ont considérablement augmenté, passant de 3 052 962 euros en 2014 à 5 670 498 euros en 2015.

Il est rappelé que le principe de cette assistance ou représentation obligatoire vise à ce que la défense des intérêts du patient faisant l'objet de soins psychiatriques soit assurée de façon effective.

Il est également notifié que, quand bien même les frais d'avocat resteraient à la charge des patients faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement lorsqu'ils ne peuvent pas bénéficier de l'aide juridictionnelle, un tel coût ne constitue en aucun cas un obstacle aux soins qui sont assurés et poursuivis dans le cadre de la mission de service public des établissements de santé.

La réponse du ministère est toutefois incomplète, à propos d'une question centrale en matière de soins psychiatriques sans consentement. En effet, le problème réside dans le fait que le patient ne demande pas le procès, il ne demande pas l'avocat, mais il ne peut pas le refuser et devra en supporter le coût, s'il ne relève pas de l'aide juridictionnelle.

I.5.2. Le point de vue du Juge des Libertés et de la Détention

Selon une étude réalisée sur Grenoble en 2013 [119], plusieurs intervenants pensent que l'intervention du JLD pour contrôler les hospitalisations en soins sans consentement est justifiée à plusieurs niveaux.

Il est perçu que le traitement des patients présentant un trouble mental engage la garantie des libertés individuelles, que « la toute-puissance médicale » a besoin de contrôle et ainsi que l'intervention du JLD permet le respect du droit des patients. Certains déplorent le fait que l'intervention du JLD ne soit pas une réelle garantie des libertés dans la pratique puisque c'est toujours le médecin qui a le pouvoir.

Certains juges rapportent des difficultés en lien avec leur charge de travail, restant assez dubitatifs sur leur rôle, dénonçant également le manque de moyens mis à disposition pour l'application de cette loi. En matière judiciaire une étude d'impact avait été réalisée en mai 2011, elle concernait l'évaluation des besoins nouveaux de la justice découlant de l'application du texte : il aurait fallu créer 79 postes de JLD pour l'année 2011, sachant que 76 magistrats sont partis à la retraite cette même année [120].

I.5.3. La place et le point de vue des avocats

Le législateur prévoit pour le patient un droit de recours à l'avocat, indépendamment du contrôle du JLD. L'article L.3211-3 du CSP [78] dispose qu' « en tout état de cause, la personne admise en soins sans consentement dispose du droit de prendre conseil d'un avocat de son choix ». Le JLD a considéré que le seul manquement à cette disposition justifiait la mainlevée de la mesure [81].

Le rôle de l'avocat des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement est de s'assurer que les droits de la défense de la personne placée en hospitalisation complète ont été respectés, que la procédure d'hospitalisation complète

est régulière et dans la mesure du possible, d'apprécier l'adéquation entre la gravité des symptômes décrits par les médecins et la nécessité objective des soins psychiatriques en hospitalisation complète. L'avocat apprécie la légalité de la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement (se posent des questions de légalité externe de la décision d'admission mais aussi de légalité interne).

Dès lors que les libertés sont en jeu, l'avocat joue un rôle essentiel, indépendamment des souhaits de son client. Considérant que le client n'est pas demandeur, l'avocat « tient son mandat autant de son client que de la loi ». Il en résulte que « la volonté du patient de se désister de l'appel ne fait donc pas obstacle au maintien du recours par son avocat ». Selon l'article R.3211-8 du CSP [121], devant le JLD et le juge d'appel, la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques est assistée ou représentée par un avocat. Elle est aussi représentée par un avocat dans le cas où le magistrat décide de ne pas l'entendre, au vu de l'avis médical motivé prévu par la loi, spécifiant que des motifs médicaux font obstacle à son audition dans son intérêt. Cette possibilité qui est donnée par les textes au psychiatre, de soustraire le patient à l'audience, renforce le rôle de l'avocat. En effet, dans un tel cas, une visite à son client par son conseil semble devoir s'imposer, ceci pour s'assurer à minima, de l'impossibilité du patient d'être entendu, voire de contester cette impossibilité.

Selon les avocats, la notion de « défense » a été bouleversée par l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 [122]. En effet, les avocats ne défendent pas des délinquants, ils défendent des patients qui n'ont commis aucun acte délictuel, et qui ne sont pas directement demandeurs à l'instance. Par comparaison, en matière pénale, « obtenir la mise en liberté ne suscite pas d'interrogations particulières sur le fait de savoir si le client va commettre un nouveau crime ou délit », car cela relève de sa propre responsabilité. Mais, il n'en va pas de même pour les soins psychiatriques sans consentement. Il se pose alors des questions déontologiques et de consciences inédites. C'est par exemple le cas, si le client manifeste des velléités de passage à l'acte violent (auto ou hétéro-agressifs). Dans cette hypothèse, afin de décharger l'avocat de ce dilemme, lui qui n'a pas à supporter seul une responsabilité morale quant aux intérêts de la société lors de la défense des intérêts de son client, le parquet doit jouer pleinement son rôle, tout comme le juge d'appel qui dispose de moyens d'évaluation plus poussés.

Ces dispositions législatives et réglementaires nouvelles seraient insuffisantes si les avocats ne s'approprièrent pas suffisamment ces procédures. C'est ce que relève l'ancien Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté (CGLPL) Jean-Marie Delarue [123], préconisant qu'une formation spécifique soit dispensée aux avocats qui assistent ou représentent les patients hospitalisés en soins sans consentement. En effet, ces procédures reposent trop souvent sur des avocats intervenant auparavant au titre des permanences pénales, alors qu'elles nécessiteraient une formation spécialisée. Pour le Contrôleur, ceci devrait être assorti d'une revalorisation des indemnités qui sont versées aux avocats, comme condition indispensable au rendu d'une justice de qualité.

I.5.4. Le point de vue des psychiatres

La loi du 5 juillet 2011 a eu un impact positif sur certains aspects. Cependant, comme en témoigne cette étude réalisée à Grenoble en 2013 [119], l'avis des psychiatres diverge.

Selon certains psychiatres, le juge apporte un regard extérieur qui peut apaiser la relation médecin-patient en légitimant l'hospitalisation et en permettant d'établir plus rapidement une relation de confiance avec le patient, supprimant rapidement la problématique de la légalité de la contrainte. Lors de l'audience, le juge peut effectuer la lecture au patient des extraits de certificats permettant d'amener une cohérence de la mesure aux yeux du patient et ainsi de le rendre plus acteur dans la prise en charge.

Néanmoins, les patients peuvent parfois percevoir l'intervention du juge comme un contrôle de l'activité du psychiatre, celui-ci devenant suspect.

Ils soulignent l'utilité de la création de soins en péril imminent : bien que certains craignent des hospitalisations rapides et sans recul, la majorité des psychiatres ne perçoit pas de risque pour les droits du patient notamment si le certificat médical initial est circonstancié et s'il est confirmé par les certificats des psychiatres suivants.

De manière générale, cette loi est appréciée par l'amélioration de l'information du patient : d'une part grâce à l'intervention du JLD avec l'information concernant les

droits de recours et la lecture d'extraits de certificats lors de l'audience, d'autre part du fait de la rencontre avec des médecins différents lors de la période d'observation et enfin grâce à l'élaboration du programme de soins.

Cependant, on retrouve un plus grand nombre de perceptions négatives avec notamment la dénonciation du manque de clarté du texte. Il se dessine par ailleurs un sentiment de défiance vis-à-vis des psychiatres. Certains psychiatres s'interrogent sur leur positionnement par rapport aux autres intervenants, ayant le sentiment de jouer un second rôle, et de simplement donner un avis technique.

Certains craignent que cette loi soit détournée par manque de moyens mis à disposition pour l'appliquer. Ils déplorent le risque de levées de mesures pour non-respect de la réglementation et dénoncent le manque de formation, tant chez les juges que chez les psychiatres ou chez les médecins généralistes.

D'autres soulignent que l'état du patient n'est pas toujours compatible avec la réalisation des audiences et que celles-ci risquent d'augmenter le sentiment de persécution chez les patients délirants.

Enfin, ils dénoncent l'augmentation du nombre de certificats qui représente une surcharge de travail importante, le temps de réalisation pour ces certificats étant perdu pour la prise en charge des patients.

II. Etude

II.1. Introduction générale

La loi du 5 juillet 2011, ainsi que sa réforme partielle du 27 septembre 2013, a placé l'autorité judiciaire au centre des soins sans consentement.

Au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, tout comme dans l'ensemble des établissements dispensant des soins psychiatriques, une organisation spécifique articulant justice et médecine a dû être mise en place rapidement afin d'appliquer cette nouvelle loi. Cette articulation entre justice et médecine s'avère encore difficile à ce jour du fait de la différence entre ces deux milieux.

Comme évoqué précédemment, le JLD, qui est compétent dans son rôle de contrôle du respect des procédures de soins sans consentement ne peut ordonner une mainlevée que si l'irrégularité qui entache la décision administrative est à l'origine d'une « atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet ». Aussi, il s'en remet aux appréciations fournies par les psychiatres dans leurs certificats médicaux obligatoires.

En conclusion, si les procédures administratives sont correctement respectées, et les certificats médicaux correctement rédigés et circonstanciés, le JLD n'a aucun élément pour ordonner une mainlevée.

Pour autant, le JLD ordonne des mainlevées de mesures de soins sans consentement encore à ce jour au Centre Hospitalier Esquirol.

Pour répondre à ces difficultés, nous avons analysé les différents motifs de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement ordonnées par l'autorité judiciaire. Plusieurs études ont déjà été réalisées à ce sujet depuis 2011 au niveau national [124]. La plus récente, l'étude de Godet et al. a été publiée à la fin de l'année 2016 [125].

L'objectif principal de ce travail de thèse est d'améliorer les pratiques et de renforcer la communication entre le monde médical et le monde judiciaire.

Il nous a paru important dans un second temps de se focaliser sur les conséquences immédiates ainsi que sur le devenir à court terme et à plus long terme des patients dont la mesure de soins sans consentement a été levée, toujours dans un souci d'amélioration des pratiques.

Cette seconde partie présentera la méthode de travail utilisée, puis les résultats de notre étude. Nous discuterons ensuite des pistes concernant l'amélioration des pratiques, ainsi que de l'ouverture à d'autres travaux de recherche, avant de conclure.



II.2. Matériel et méthodes

II.2.1. Objectifs

A travers notre étude descriptive rétrospective, nous avons :

- pour objectif principal, de regrouper et d'analyser le (ou les) motif(s) de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement ordonnées par l'autorité judiciaire (JLD ou Juge d'Appel) sur le CH Esquirol depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011.

- pour objectif secondaire, de décrire les conséquences de la mainlevée de la mesure de soins sans consentement sur la prise en charge du patient. Il nous a paru nécessaire de distinguer :
 - les conséquences immédiates : ce qui est décidé par l'équipe médicale pour le patient dans les 24 heures suivant la mainlevée.
 - le devenir à court terme : le devenir du patient dans les trois mois suivant la mainlevée.
 - le devenir à long terme : le devenir du patient à plus de trois mois.

II.2.2. Population de l'étude

Il s'agit d'une population de patients hospitalisés en soins sans consentement (SPDT, SPPI, SPDTU, SPDRE) au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges depuis le 1^{er} Août 2011, pour lesquels une mainlevée de la mesure de soins sans consentement a été ordonnée par l'autorité judiciaire (soit JLD, soit JA).

Ces patients ont été hospitalisés au sein des différents services sécurisés du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges :

- dans les services de la filière « Troubles Psychotiques » du département aigu du Pôle de Territoire : unités Avicenne, Deniker, Delay 1 et 2.
- dans le service de la filière addictions avec produits du Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin : unité Henri Ey Bas.
- au Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Agée : centre Jean-Marie Léger.

Ils présentent des motifs d'hospitalisation et des diagnostics variés.

La durée de recueil des données s'étend d'Avril 2017 à Juin 2017, soit sur une période de 3 mois.

II.2.3. Critères d'éligibilité

II.2.3.1 Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sont les suivants :

- être majeur.
- avoir été hospitalisé en soins sans consentement, quel que soit le mode d'hospitalisation au Centre Hospitalier Esquirol sur une période s'étalant du 1 août 2011 au 30 avril 2017.
- une mainlevée de la mesure de soins sans consentement a été ordonnée par l'autorité judiciaire (JLD ou JA).

II.2.3.2 Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion sont les suivants :

- être mineur.
- avoir été hospitalisé en Ordonnance de Placement Provisoire (OPP) dans l'unité sécurisée Bellevue du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent.

II.2.4. Grille d'analyse

Afin de faciliter la recherche des données dans le dossier médical des patients, et afin de préserver le secret médical, une grille d'analyse précise a été conçue (**Annexe 3**).

Cette grille d'analyse comprend plusieurs items :

- les initiales du patient.
- les données démographiques du patient :
 - le sexe
 - l'âge au moment de la mainlevée de la mesure de soins sans consentement

- les informations administratives du patient :
 - le mode d'hospitalisation : SPDT, SPPI, SPDTU, SPDRE
 - l'année de la mainlevée de la mesure de soins sans consentement
 - le mode de levée : par le JLD ou par le JA

- les informations médicales du patient :
 - les antécédents d'hospitalisation psychiatrique : soins libres ou soins sans consentement
 - **le motif d'hospitalisation en soins sans consentement**

Les motifs d'hospitalisation en soins sans consentement sont très variés.

Nous avons pris en compte le motif principal d'hospitalisation, celui qui motivait l'admission en soins psychiatriques sans consentement.

Afin de rendre notre travail plus clair, nous avons décidé de classer les motifs d'hospitalisation en différents groupes :

- idées délirantes : il regroupe les patients présentant ou non des troubles du comportement liés à la manifestation d'idées délirantes. On retrouve les patients présentant un épisode délirant aigu transitoire, une décompensation délirante aiguë d'une pathologie chronique (schizophrénie, manie, dépression), des manifestations délirantes du trouble schizotypique, des manifestations délirantes du trouble schizo-affectif et des manifestations délirantes liées à des troubles cognitifs.

- crise suicidaire : il regroupe les patients ayant fait une tentative de suicide et les patients verbalisant des idées suicidaires, en refus de soins.

- syndrome maniaque : il regroupe des patients présentant des symptômes d'un épisode maniaque d'après le DSM-5 [126], sans symptômes délirants.

- trouble des conduites / syndrome de dépendance : il regroupe les patients présentant des troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives.

- trouble du comportement : on retrouve en majorité les patients ayant troublé l'ordre public. Ces patients ne présentent ni troubles du comportement liés à la manifestation d'idées délirantes, ni troubles liés à l'utilisation de substances psycho-actives.

- **le diagnostic médical (CIM-10) au moment de l'audience**

Les diagnostics médicaux (CIM-10) au moment de l'audience des patients hospitalisés sont très variés.

Nous avons utilisé la dixième version de la Classification Internationale des Maladies, ou CIM-10, qui a été publiée en 1992 par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS).

Ils se classent dans les différents chapitres :

- F10-F19 intitulé « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives ».

- F20-F29 intitulé « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants ».

- F30-F39 intitulé « Trouble de l'humeur (affectif) ».

- F40-F48 intitulé « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes ».
 - F60-F69 intitulé « Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte ».
 - F70-F79 intitulé « Retard mental ».
 - G30-G32 intitulé « Autres affections dégénératives du système nerveux ».
- le (ou les) motif(s) de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement ordonnées par l'autorité judiciaire (JLD ou Juge d'Appel) sur le CH Esquirol depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011.

Afin de classer **les différents motifs de mainlevée**, nous avons décidé de nous appuyer sur les éléments développés dans la première partie de notre travail, dans le chapitre intitulé « Analyse de la jurisprudence ».

Les motifs de mainlevée étant très hétérogènes, nous avons décidé de retenir dans l'ordonnance le motif principal qui a entraîné la mainlevée de la mesure de soins sans consentement.

Nous les avons regroupés en 5 groupes :

- mainlevée car présence d'un défaut de légalité externe : on y distingue l'incompétence de l'auteur des décisions administratives, l'absence de motivation des décisions administratives, le non-respect des délais, le défaut de qualité du tiers et le défaut de recherche de tiers devant un péril imminent.

- mainlevée car présence d'un défaut du contradictoire : on y distingue le défaut et le retard de notifications au patient des décisions qui le concernent et le défaut de prise en compte des observations du patient.

- mainlevée car présence d'un défaut de motivation des certificats médicaux : on y distingue le défaut de justification de la nécessité médicale, et le défaut des critères d'admission. Dans ce cas, le JLD mentionne dans l'ordonnance avoir pris connaissance des éléments médicaux notifiés dans les certificats.

- mainlevée car présence d'un certificat médical de levée d'hospitalisation réalisé par un psychiatre : on distingue deux situations :
 - désaccord entre deux psychiatres suite au refus de levée par le Préfet de la mesure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat. Le JLD ordonne alors la mainlevée de l'hospitalisation en s'appuyant sur le certificat de levée du premier psychiatre.
 - le JLD ordonne la mainlevée de l'hospitalisation en s'appuyant sur un certificat de levée réalisé et rédigé par un psychiatre tardivement.

- mainlevée par l'intime conviction du JLD. Comme évoqué dans la première partie, parfois, parce que sûr de lui et de ses capacités de jugement clinique, le JLD décide d'ignorer volontairement les conclusions médicales qui auront été portées à sa connaissance par les certificats. Il peut prononcer sa décision en son âme et conscience selon sa propre opinion, sa seule intime conviction.

➤ les conséquences de la mainlevée de la mesure de soins sans consentement sur la prise en charge du patient. On distingue :

- **les conséquences immédiates** : ce qui est décidé par l'équipe médicale pour le patient dans les 24 heures suivant la mainlevée.

Selon notre expérience clinique, nous avons défini cinq cas de figure :

- sortie d'hospitalisation immédiate avec suivi ambulatoire organisé (rendez-vous précis) (**Cas n°1**).
 - poursuite de l'hospitalisation en soins libres (**Cas n°2**).
 - sortie d'hospitalisation immédiate avec orientation vers un suivi ambulatoire (pas de rendez-vous précis) (**Cas n°3**).
 - nouvelle hospitalisation en soins sans consentement (**Cas n°4**).
 - sortie d'hospitalisation immédiate sans suivi ambulatoire organisé (**Cas n°5**).
- **le devenir à court terme et à long terme** : il s'agit du devenir du patient dans les trois mois suivant la mainlevée ainsi que de son devenir à plus de trois mois.

Selon notre expérience clinique, nous distinguons selon les cas :

- **Cas n°1** :
 - **court terme**
 - rendez-vous donné à la sortie d'hospitalisation honoré
 - rupture de soins
 - **long terme**
 - suivi ambulatoire
 - rupture de soins

- **Cas n°2, 3, 4 et 5 :**
 - **court terme**
 - suivi ambulatoire
 - rupture de soins
 - **long terme**
 - suivi ambulatoire
 - rupture de soins

II.2.5. Déroulement de l'étude

Nous avons fait les démarches nécessaires auprès du Département d'Information Médicale (DIM) afin d'obtenir l'autorisation d'accès aux dossiers médicaux papiers et informatisés des patients.

Nous avons également demandé, par courrier à la directrice adjointe de la division des services économiques et des admissions, les autorisations nécessaires pour accéder aux dossiers médicaux papiers et notamment aux ordonnances de mainlevée. Un travail conséquent a été effectué par le service des admissions afin de retrouver dans chaque dossier papier ces ordonnances de mainlevée.

Dans un second temps, à la demande du Département de la Recherche et du Développement (DRD), nous avons réalisé un protocole de recherche (**Annexe 3**) dans un souci de protection des données médicales.

Nous avons également complété une attestation d'engagement à respecter des méthodes de référence.

Du mois d'avril 2017 au mois de juin 2017, soit sur une période de 3 mois, en s'appuyant sur notre grille d'analyse, nous avons pu recueillir les données nécessaires à notre étude :

- dans l'ordonnance de mainlevée de la mesure de soins sans consentement : pièce obtenue dans le dossier médical papier du patient.
- dans le dossier médical informatisé du patient, dans le logiciel Cariatides ©.

Le recueil des données a été réalisé au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges, à l'Unité de Consultation, d'Enseignement et de Recherche (UCER) Paul Mondain.

II.2.6. Analyses statistiques

Le recueil des données a été réalisé manuellement d'avril à juin 2017. Nous avons saisi l'ensemble des données au moyen du logiciel Microsoft Excel 2016 ©.

Une analyse descriptive de la population étudiée a été réalisée. Elle a permis de calculer, en fonction de chaque variable étudiée, la fréquence, la moyenne et l'écart-type.

II.3. Résultats

II.3.1. Description de la population étudiée

II.3.1.1 *Caractéristiques démographiques*

Depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, 42 patients ont vu leur mesure de soins sans consentement être levée par l'autorité judiciaire (JLD et JA).

Parmi ces patients, un s'est vu levé par deux fois la mesure de soins sans consentement, lors de deux hospitalisations différentes, pour des motifs différents.

Nous avons donc comptabilisé 43 mainlevées de mesures de soins sans consentement depuis l'application de la loi, pour 42 patients différents.

Les 43 décisions judiciaires ont été émises entre le 1 août 2011 et le 30 avril 2017, soit sur une période de 5 ans et 8 mois.

Le diagramme de flux ci-dessous (**Figure 1**) montre la méthode de sélection des dossiers retenus.

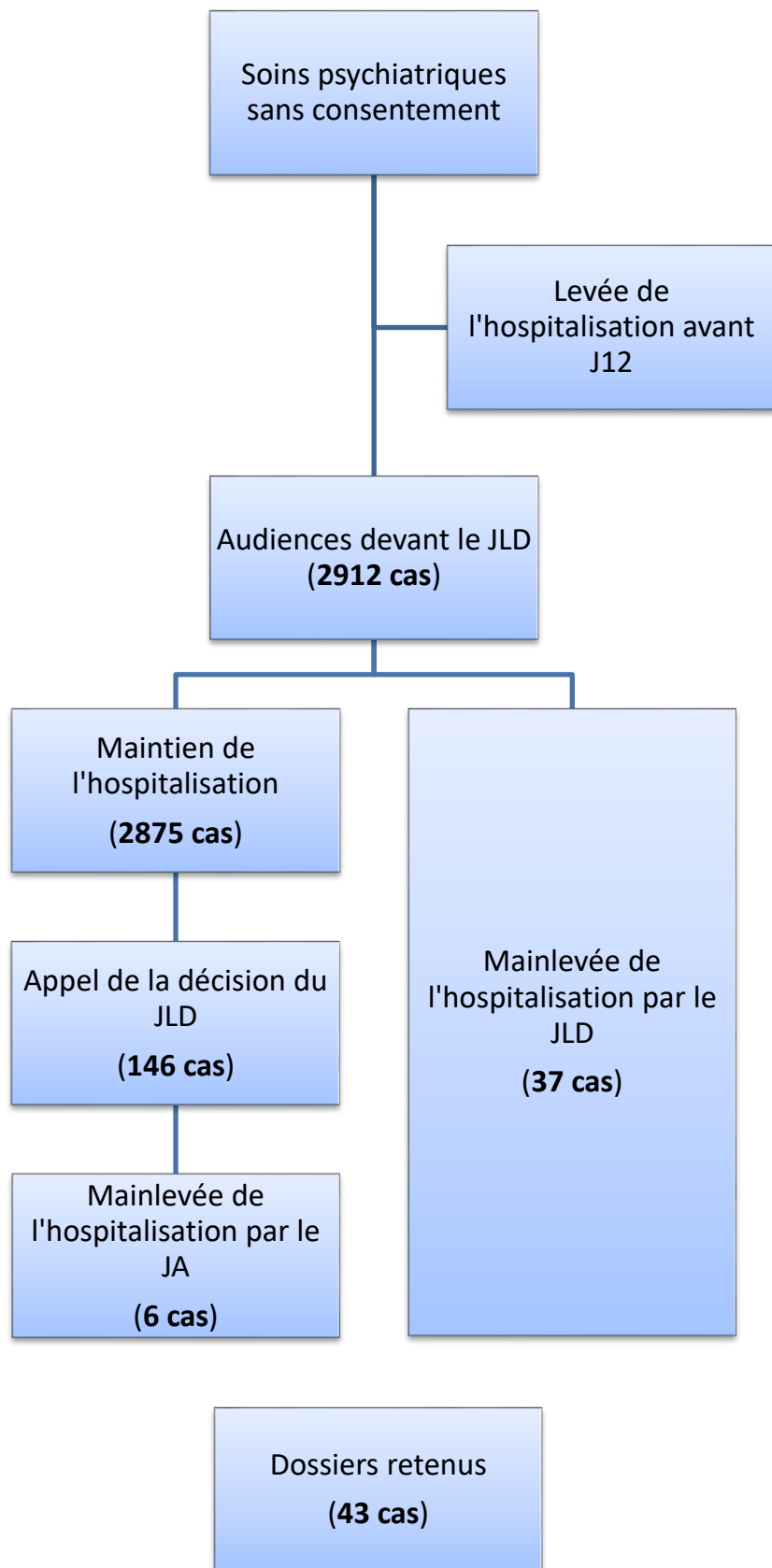


Figure 1 : Sélection des dossiers de l'étude

La population étudiée était majoritairement masculine avec 61,9 % (26/42) d'hommes et 38,1 % (16/42) de femmes.

L'âge moyen était de 47,5 ans, avec un minimum à 18 ans et un maximum à 93 ans. L'écart type est de 18,7 ans.

Le graphique ci-dessous (**Figure 2**) montre la répartition de la population étudiée par tranche d'âge.

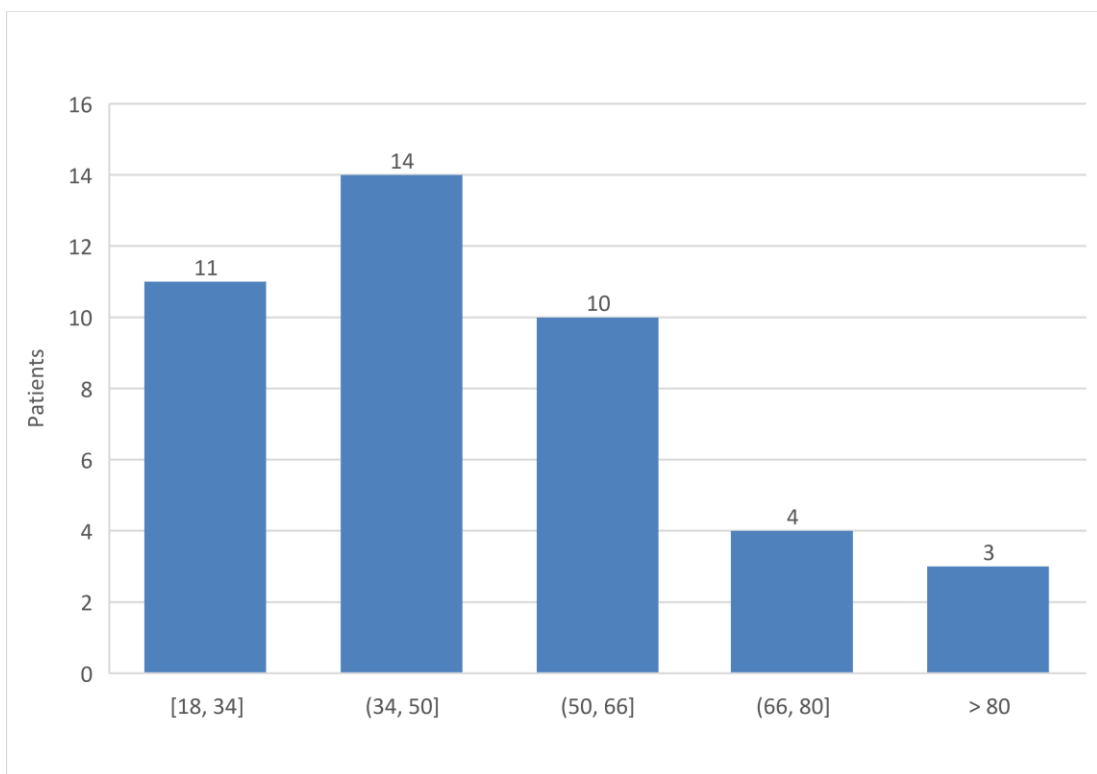


Figure 2 : Répartition de la population étudiée par tranche d'âge

II.3.1.2 Données administratives

II.3.1.2.1. Mode de levée

Parmi les 43 décisions judiciaires depuis 2011, 37 sont des ordonnances provenant du TGI (JLD) (86 %), 6 sont des arrêts de Cours d'appel (JA) (14 %) (**Figure 3**).

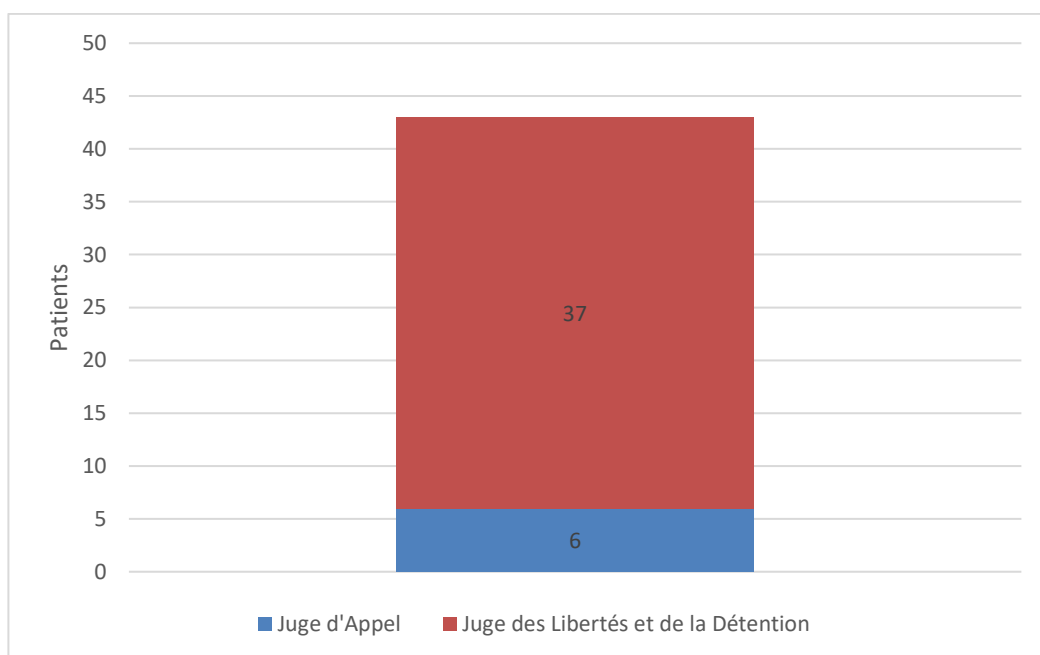


Figure 3 : Mode de levée de la population étudiée

II.3.1.2.2. Année de levée de la mesure

Sur les 43 décisions judiciaires, 9 ont été ordonnées en 2012, 5 en 2013, 2014 et 2015, 17 en 2016 et 2 en 2017 (**Figure 4**).

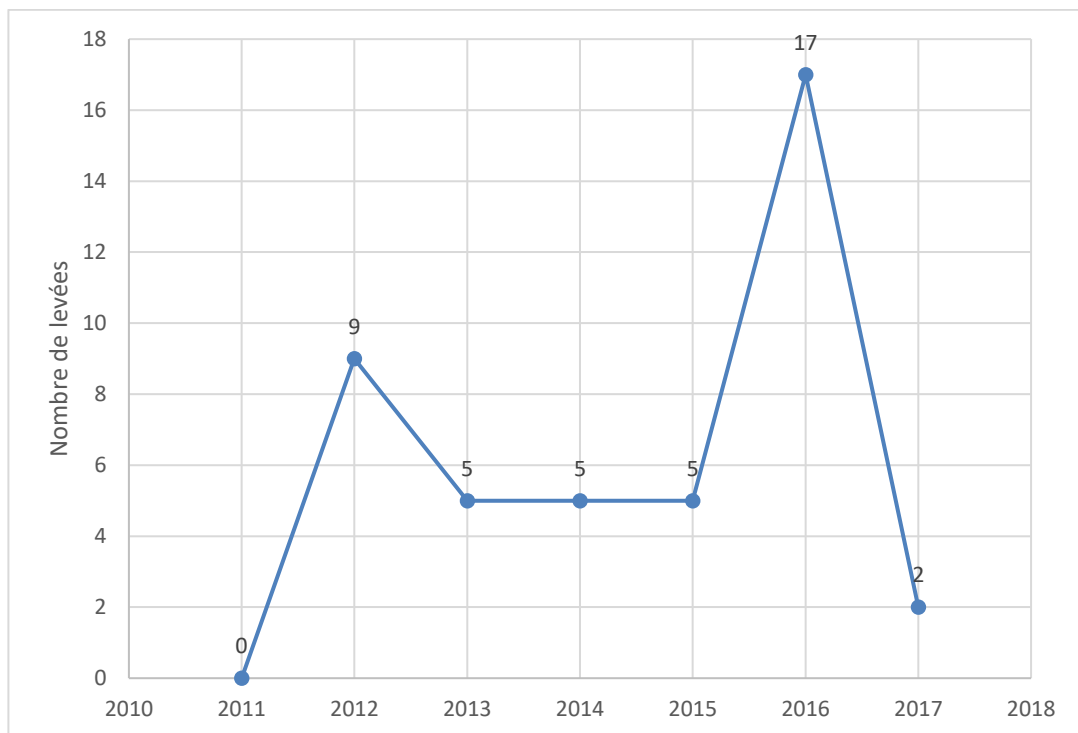


Figure 4 : Répartition des décisions judiciaires par année

II.3.1.2.3. Le mode d'hospitalisation

Sur les 43 soins psychiatriques sans consentement, 22 sont des Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) (51,2 %), 16 sont des Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE) (37,2 %), 4 sont des Soins Psychiatriques Péril Imminent (SPPI) (9,3 %) et 1 est un Soins Psychiatriques Tiers d'Urgence (SPDTU) (2,3 %) (**Figure 5**).

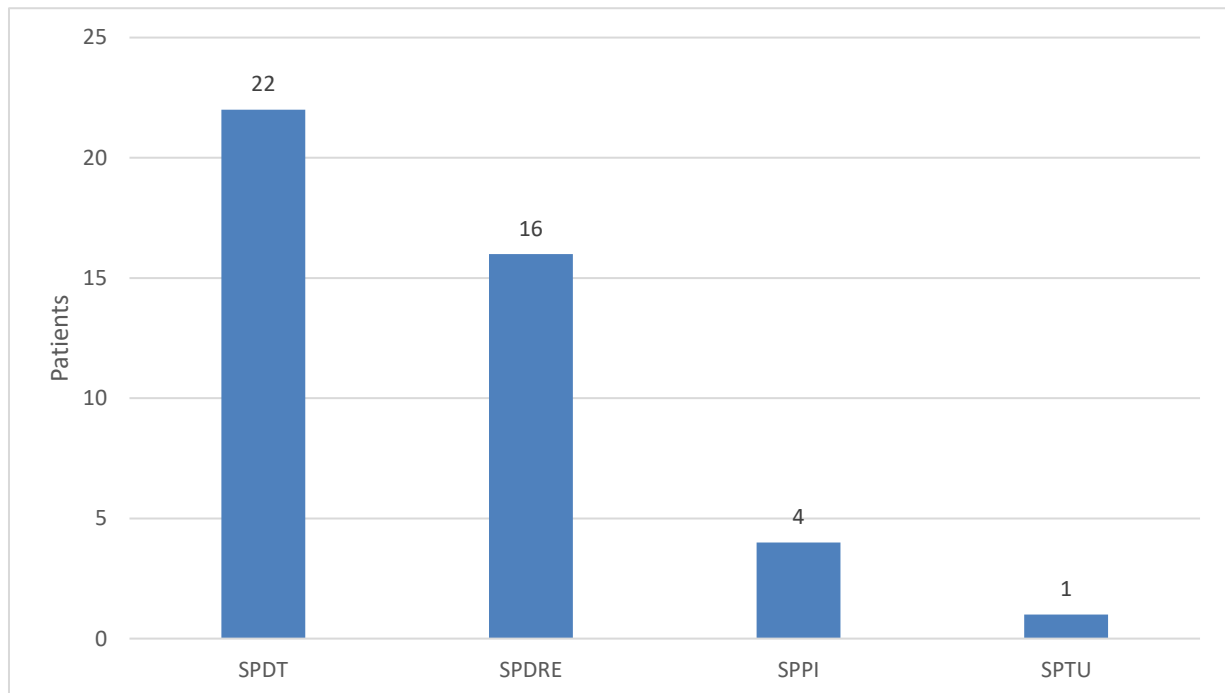


Figure 5 : Mode d'hospitalisation de la population étudiée

II.3.1.3 Données médicales

II.3.1.3.1. Les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie

Parmi les 42 patients dont la mesure de soins sans consentement a été levée, 24 avaient des antécédents d'hospitalisation en psychiatrie (57,1 %), 18 n'en avaient pas (42,9 %) (**Figure 6**).

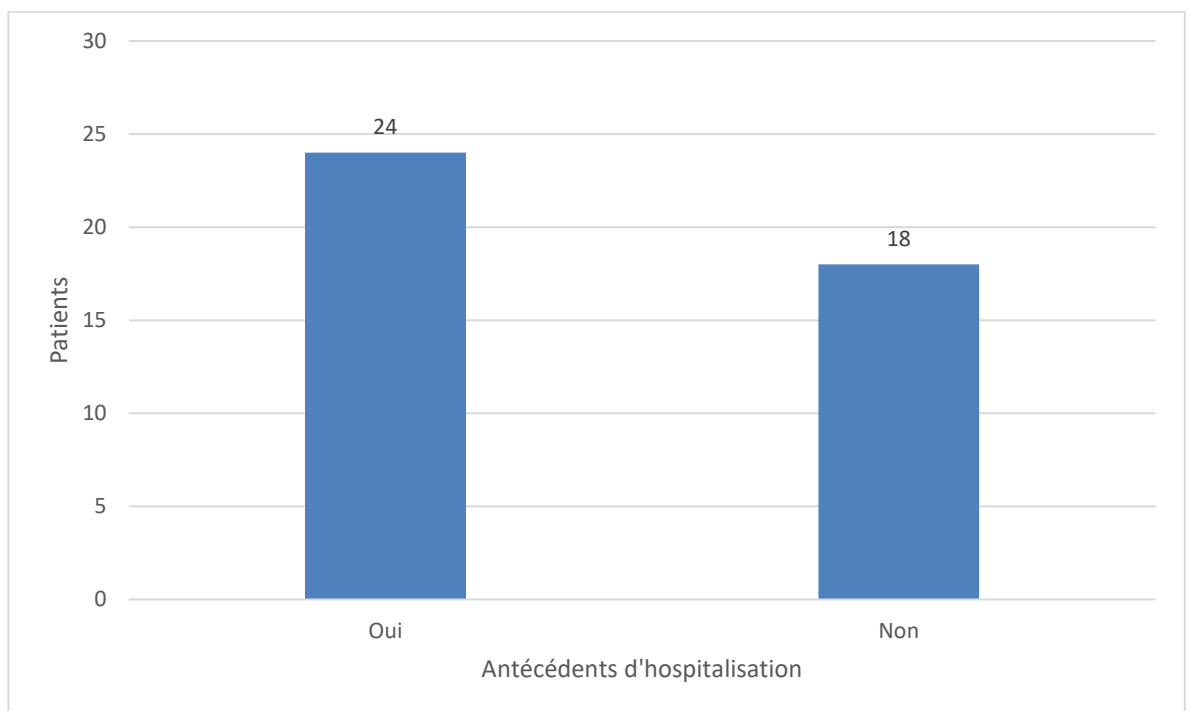


Figure 6 : Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie

II.3.1.3.2. Le motif d'hospitalisation en soins sans consentement (Figure 7)

La manifestation d'idées délirantes était le motif d'hospitalisation le plus souvent retrouvé avec 15 patients, soit 34,9 %.

12 patients ont été hospitalisés dans un contexte de crise suicidaire, soit 27,9 %.

8 patients ont été hospitalisés dans un contexte de troubles du comportement, soit 18,6 %.

6 patients ont été hospitalisés dans un contexte de troubles des conduites liés à l'utilisation de substances psycho-actives, soit 14 %.

2 patients ont été hospitalisés dans un contexte de syndrome maniaque, soit 4,6 %.

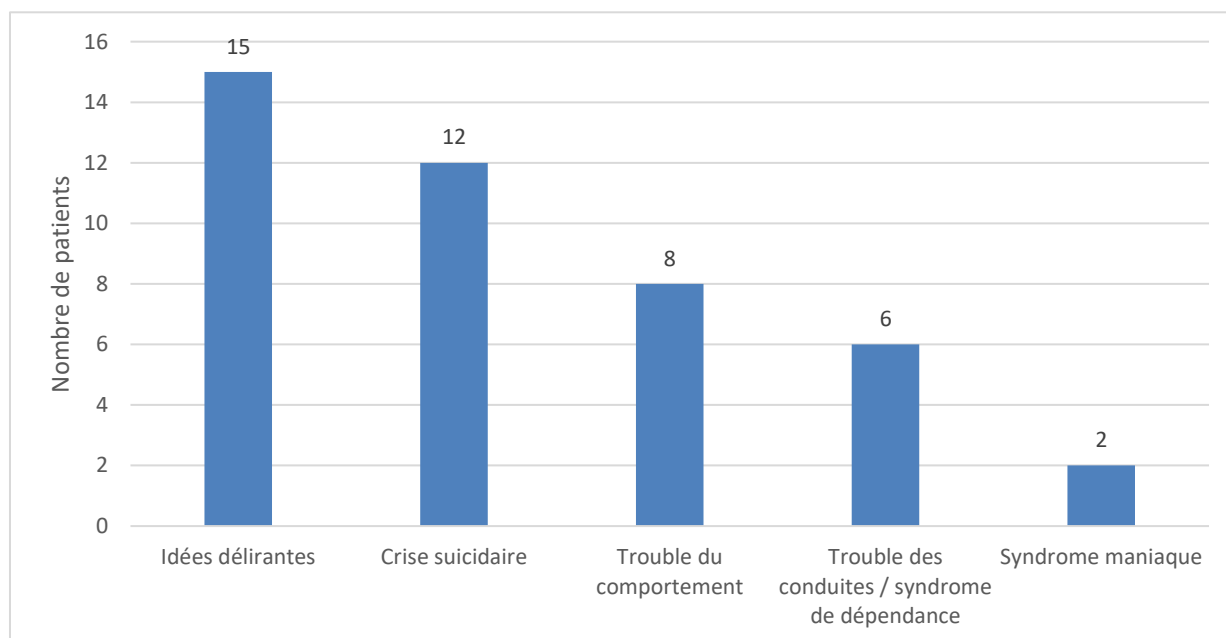


Figure 7 : Motifs d'hospitalisation de la population étudiée

II.3.1.3.3. Le diagnostic médical (CIM-10) au moment de l'audience (Figure 8)

Les diagnostics médicaux les plus retrouvés, avec 12 patients, sont regroupés dans le chapitre F20-F29 intitulé « Schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » (27,9 %).

11 patients ont un diagnostic médical au moment de l'audience classé dans le chapitre F30-F39 intitulé « Trouble de l'humeur (affectif) », soit 25,6 %.

7 patients ont un diagnostic médical au moment de l'audience classé dans le chapitre F10-F19 intitulé « Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives », soit 16,3 %.

7 patients ont un diagnostic médical au moment de l'audience classé dans le chapitre F60-F69 intitulé « Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte », soit 16,3 %.

4 patients ont un diagnostic médical au moment de l'audience classé dans le chapitre F40-F48 intitulé « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » soit 9,3 %.

1 patient a un diagnostic médical au moment de l'audience classé dans le chapitre F70-F79 intitulé « Retard mental » soit 2,3%

1 patient a un diagnostic médical au moment de l'audience classé dans le chapitre G30-G32 intitulé « Autres affections dégénératives du système nerveux », soit 2,3 %.

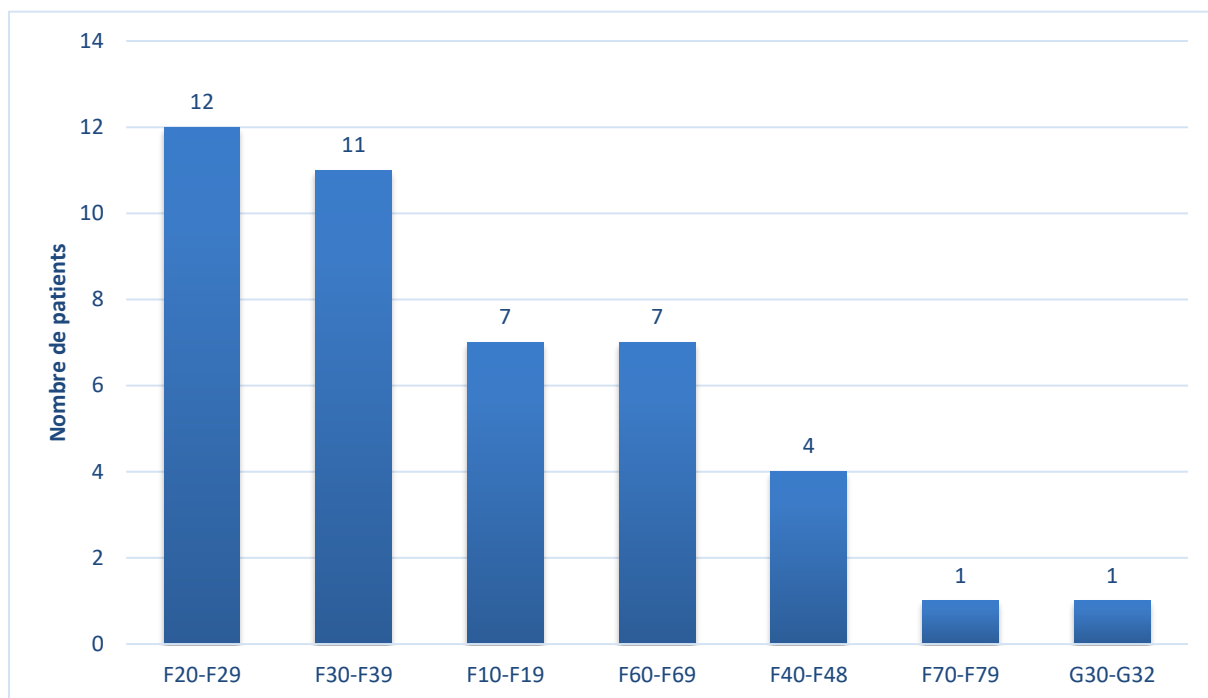


Figure 8 : Diagnostics CIM-10 au moment de l'audience

Les diagnostics CIM-10 classés en sous chapitres sont présentés dans le **tableau 1**.

Chapitres	Sous-chapitres	Nombre de patient
F20-F29 12 patients 27,9 %	F20 - Schizophrénie	6 patients (13,9 %)
	F21 - Trouble schizotypique	1 patient (2,3 %)
	F23 - Troubles psychotiques aigus et transitoires	3 patients (7 %)
	F25 - Troubles schizo-affectifs	2 patients (4,7 %)
F30-F39 11 patients 25,6 %	F30 - Episode maniaque	1 patient (2,3 %)
	F31 - Trouble affectif bipolaire	3 patients (7 %)
	F32 - Episode dépressif	3 patients (7 %)
	F33 - Trouble dépressif récurrent	3 patients (7 %)
	F38 - Autres troubles de l'humeur (affectifs)	1 patients (2,3 %)
F10-F19 7 patients 16,3 %	F10 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'alcool	2 patients (4,7 %)
	F11 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation d'opiacés	2 patients (4,7 %)
	F12 - Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis	3 patients (6,9 %)
F60-F69 7 patients 16,3 %	F60 - Troubles spécifiques de la personnalité	6 patients (14 %)
	F69 - Trouble de la personnalité et du comportement chez l'adulte, sans précision	1 patient (2,3 %)
F40-F48 4 patients 9,3 %	F41 - Autres troubles anxieux	1 patient (2,3 %)
	F43 - Réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation	3 patients (7 %)
F70-F79 1 patient 2,3 %	F71 - Retard mental moyen	1 patient (2,3 %)
G30-G32 1patient 2,3 %	G30 - Maladie d'Alzheimer	1 patient (2,3 %)

Tableau 1 : Description en sous-chapitres des diagnostics CIM-10

II.3.2. Description des motifs de mainlevée (Figure 9)

- ***Défaut de motivation des certificats médicaux***

14 mainlevées de mesure de soins sans consentement ont été ordonnées en raison d'un défaut de motivation des certificats médicaux, soit 32,5 %.

Le motif principal de levée concerne le défaut de justification de la nécessité médicale (13 mainlevées soit 30,2 %). 1 mainlevée fait état d'un défaut des critères d'admission, soit 2,3 %.

- ***L'intime conviction du JLD***

11 mainlevées ont été ordonnées par l'intime conviction du JLD, soit 25,6 %.

- ***Présence d'un certificat médical de levée d'hospitalisation***

7 mainlevées ont été ordonnées car présence d'un certificat médical de levée d'hospitalisation réalisé par un psychiatre, soit 16,3 %.

Pour 4 mainlevées, soit 9,3 %, le JLD ordonne la mainlevée de l'hospitalisation en s'appuyant sur un certificat de levée réalisé et rédigé tardivement par un psychiatre.

La situation où il existe un désaccord entre deux psychiatres suite au refus de levée par le Préfet de la mesure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat et où le JLD ordonne la mainlevée de l'hospitalisation en s'appuyant sur le certificat de levée du premier psychiatre, concerne 3 mainlevées, soit 7 %.

- **Défaut de la légalité externe**

6 mainlevées ont été ordonnées en raison d'un défaut de légalité externe, soit 14 %.

On retrouve les motifs suivants :

- 2 levées devant l'absence de motivation des décisions administratives
- 1 levée devant l'incompétence de l'auteur des décisions administratives
- 1 levée devant le non-respect des délais
- 1 levée devant le défaut de qualité du tiers
- 1 levée devant le défaut d'information du tiers devant un péril imminent

- **Défaut du contradictoire**

5 mainlevées ont été ordonnées en raison d'un défaut de procédure contradictoire, soit 11,6 %.

Le motif principal de levée concerne le défaut et le retard de notifications au patient des décisions qui le concernent (4 mainlevées, soit 9,3 %). 1 mainlevée fait état d'un défaut de prise en compte des observations du patient, soit 2,3 %.

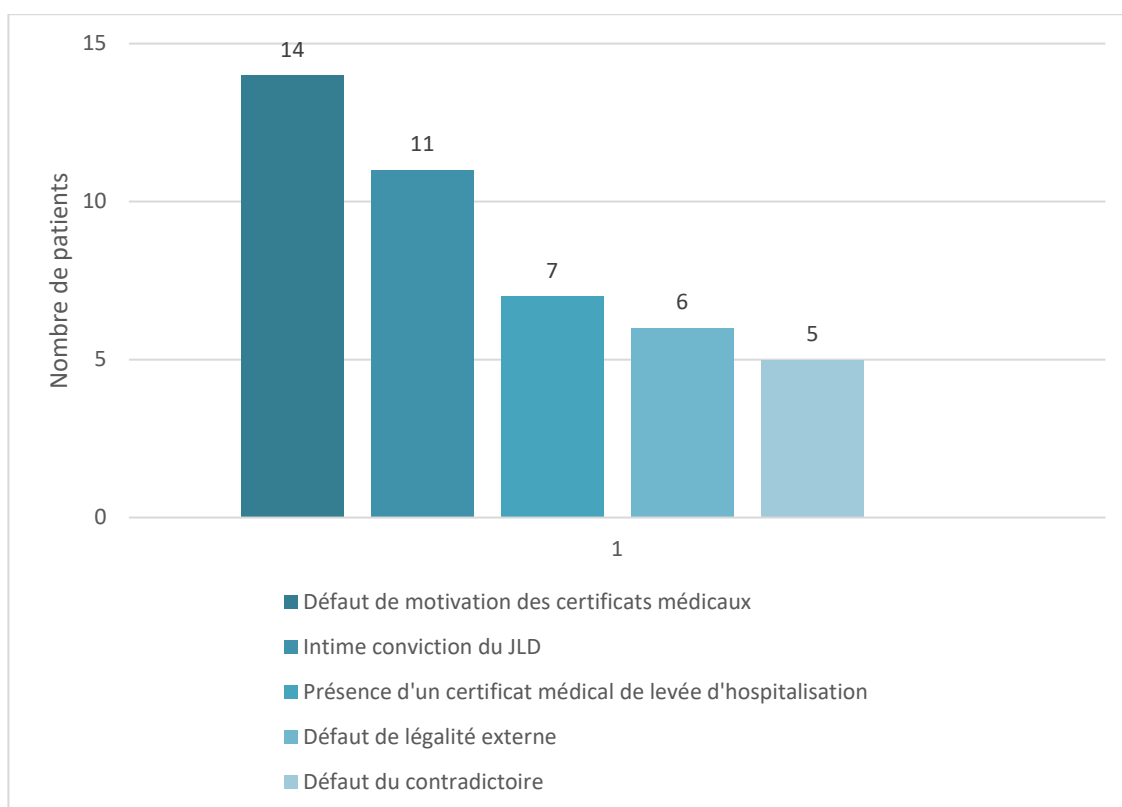


Figure 9 : Répartition des motifs de mainlevée

Ci-dessous, le **tableau 2** montre la répartition des motifs en sous-catégories.

<i>Défaut de motivation des certificats médicaux</i>	Défaut de justification de la nécessité médicale	13	30,2 %
	Défaut des critères d'admission	1	2,3 %
<i>Intime conviction du JLD</i>		11	25,6 %
<i>Présence d'un certificat médical de levée</i>	Certificat de levée réalisé par un psychiatre tardivement	4	9,3 %
	Préfet refuse la levée, désaccord entre 2 psychiatres	3	7 %
<i>Défaut de légalité externe</i>	Absence de motivation des décisions administratives	2	4,8 %
	Incompétence de l'auteur des décisions administratives	1	2,3 %
	Non-respect des délais	1	2,3 %
	Défaut de qualité du tiers	1	2,3 %
	Défaut d'information du tiers devant péril imminent	1	2,3 %
<i>Défaut du contradictoire</i>	Défaut et retard de notifications au patient des décisions qui le concernent	4	9,3 %
	Défaut de prise en compte des observations du patient	1	2,3 %
<i>Total</i>		43	100 %

Tableau 2 : Résultats de l'étude portant sur 43 décisions judiciaires de mainlevées de mesures de soins sans consentement

II.3.3. Conséquences de la mainlevée de la mesure

II.3.3.1 Conséquences immédiates

Les cinq cas de figure définis précédemment se répartissent ainsi (**Figure 10**) :

- 16 patients sont sortis d'hospitalisation immédiatement après la levée, un rendez-vous de consultation a été donné (37,2 %) (**Cas n°1**).
- 13 patients ont poursuivi l'hospitalisation en soins libres (30,2 %) (**Cas n°2**).
- 9 patients sont sortis d'hospitalisation immédiatement après la levée, un suivi ambulatoire leur a été conseillé mais aucun rendez-vous de consultation n'a été donné (20,9 %) (**Cas n°3**).
- 3 patients ont été réhospitalisés en soins sans consentement (7 %) (**Cas n°4**).
- 2 patients sont sortis d'hospitalisation immédiatement après la levée sans organisation d'un suivi ambulatoire adapté (4,7 %) (**Cas n°5**).

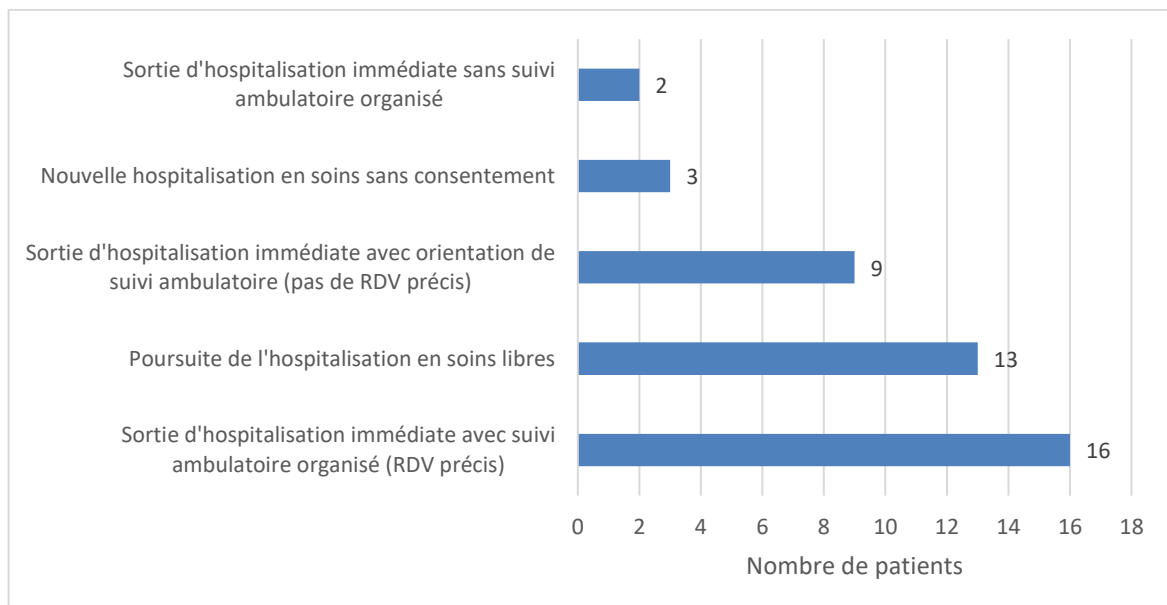


Figure 10 : Conséquences immédiates de la levée d'hospitalisation

II.3.3.2 Devenir à court terme et à long terme

Concernant le devenir à court terme, parmi les 43 patients, **26 patients** ont poursuivi un suivi ambulatoire (60,5 %), **17 patients** étaient en rupture de soins (39,5 %).

Concernant le devenir à long terme, **22 patients** poursuivent actuellement un suivi ambulatoire (51,2 %), **21 patients** sont actuellement en rupture de soins (48,8 %) (**Figure 11**).

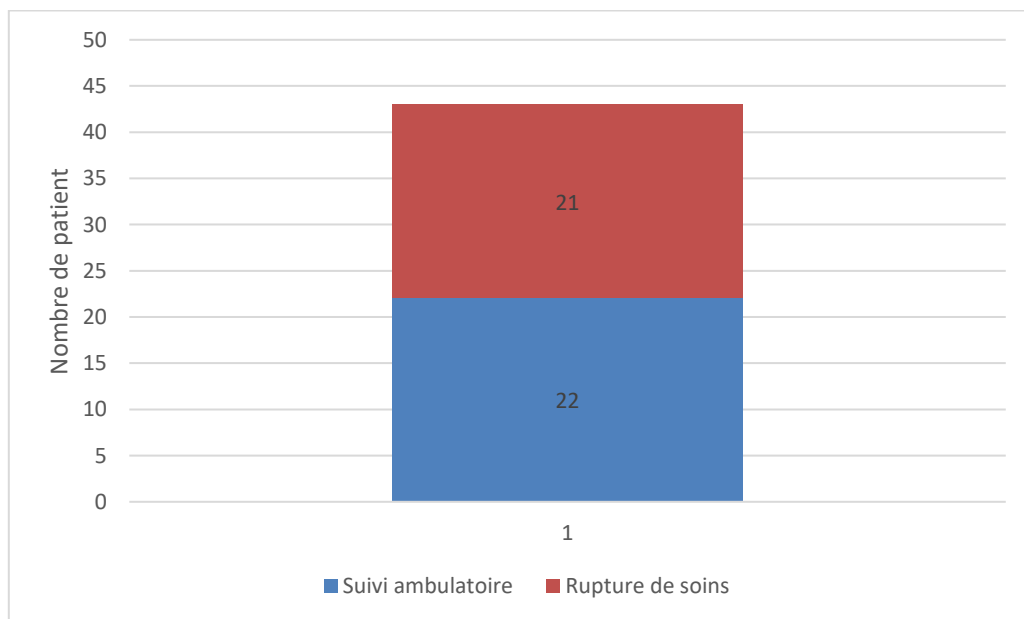


Figure 11 : Devenir à long terme (plus de trois mois) des patients suivant la mainlevée

- **Cas n°1 (Figure 12)**

Ce cas de figure concerne les patients qui sont sortis d'hospitalisation immédiatement après la levée et un rendez-vous de consultation a été donné.

Concernant le devenir à court terme, parmi les 16 patients, 10 ont honoré le rendez-vous de consultation, 6 étaient en rupture de soins.

Concernant le devenir à long terme, parmi les 10 patients qui ont honoré le rendez-vous de consultation, 6 poursuivent actuellement un suivi en ambulatoire, 4 sont actuellement en rupture de soins.

L'ensemble des patients qui était en rupture de soins (6 patients) est toujours en rupture de soins.

Au total, ce sont **6 patients** qui poursuivent actuellement un suivi en ambulatoire (37,5 %), et **10 patients** qui sont en rupture de soins (62,5 %).

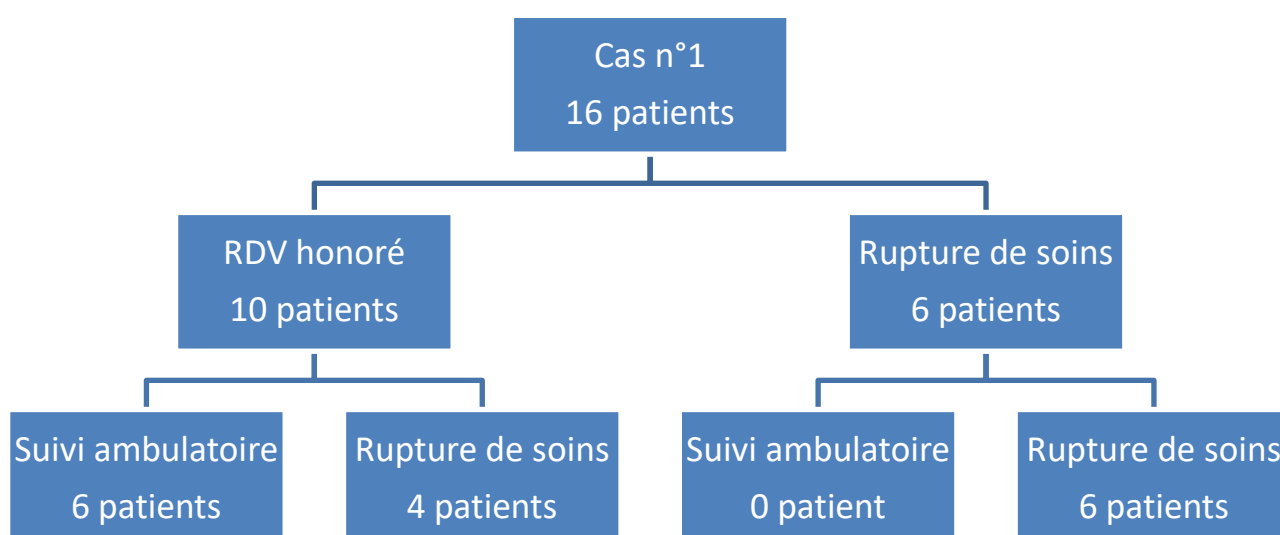


Figure 12 : Devenir à court et à long terme des patients concernés par le cas n°1

- **Cas n°2 (Figure 13)**

Ce cas de figure concerne les patients qui ont poursuivi l'hospitalisation en soins libres.

Concernant le devenir à court terme, parmi les 13 patients, 10 ont poursuivi un suivi ambulatoire alors que 3 étaient en rupture de soins.

Concernant le devenir à long terme, parmi les 10 patients qui ont poursuivi un suivi ambulatoire, 7 poursuivent actuellement un suivi en ambulatoire, 3 sont en rupture de soins.

Parmi les 3 patients qui étaient en rupture de soins, 1 a actuellement repris un suivi en ambulatoire, 2 sont toujours en rupture de soins.

Au total, ce sont **8 patients** qui poursuivent actuellement un suivi en ambulatoire (61,5 %), et **5 patients** qui sont en rupture de soins (38,5 %).

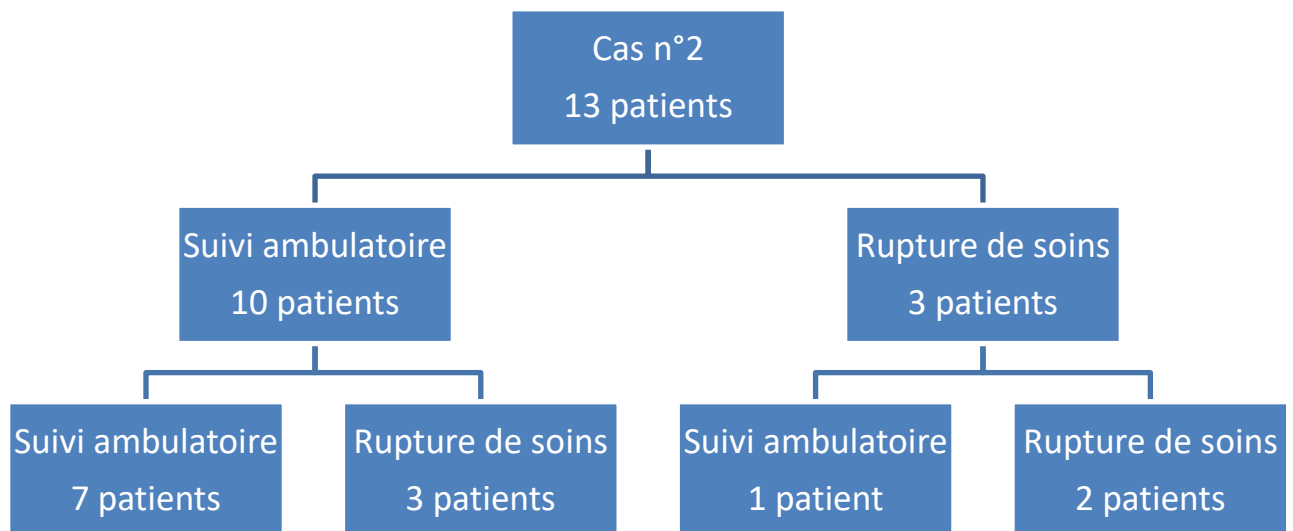


Figure 13 : Devenir à court et à long terme des patients concernés par le cas n°2

- **Cas n°3 (Figure 14)**

Ce cas de figure concerne les patients qui sont sortis d'hospitalisation immédiatement après la levée, un suivi ambulatoire leur a été conseillé mais aucun rendez-vous de consultation n'a été donné.

Concernant le devenir à court terme, parmi les 9 patients, 3 ont poursuivi un suivi ambulatoire alors que 6 étaient en rupture de soins.

Concernant le devenir à long terme, les 3 patients qui ont poursuivi un suivi ambulatoire continuent à ce jour.

Parmi les 6 patients qui étaient en rupture de soins, 1 a actuellement repris un suivi en ambulatoire, 5 sont toujours en rupture de soins.

Au total, ce sont **4 patients** qui poursuivent actuellement un suivi en ambulatoire (44,4 %), et **5 patients** qui sont en rupture de soins (55,6 %).

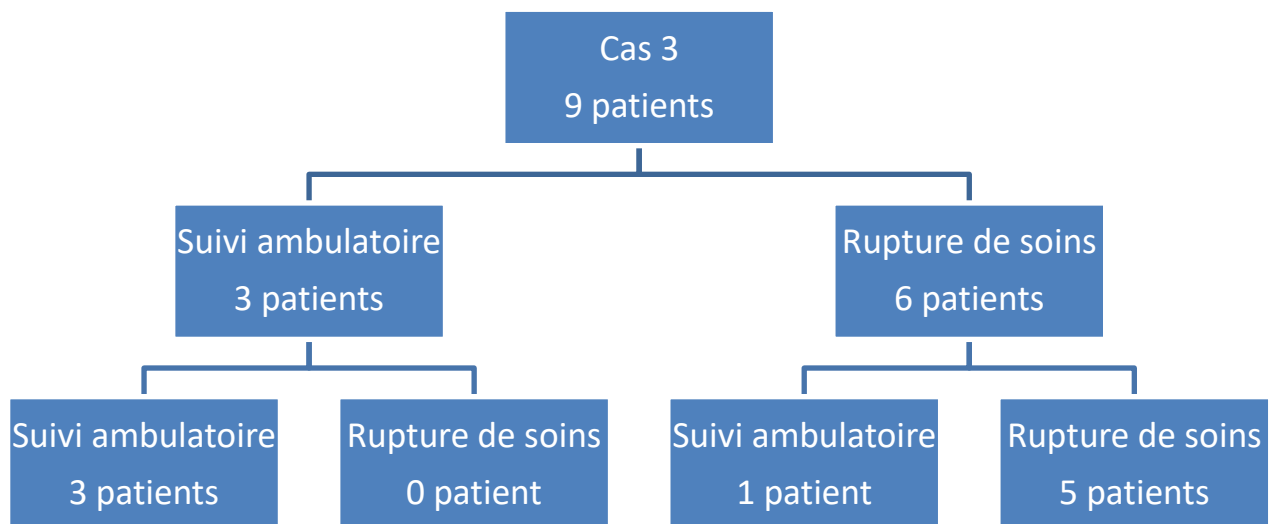


Figure 14 : Devenir à court et à long terme des patients concernés par le cas n°3

- **Cas n°4 (Figure 15)**

Ce cas de figure concerne les patients qui ont été remis en soins sans consentement.

Concernant le devenir à court terme et à long terme, l'ensemble des patients (3 patients) a poursuivi et poursuit actuellement un suivi ambulatoire.

Au total, **l'ensemble des patients** poursuit à ce jour un suivi en ambulatoire (100 %).

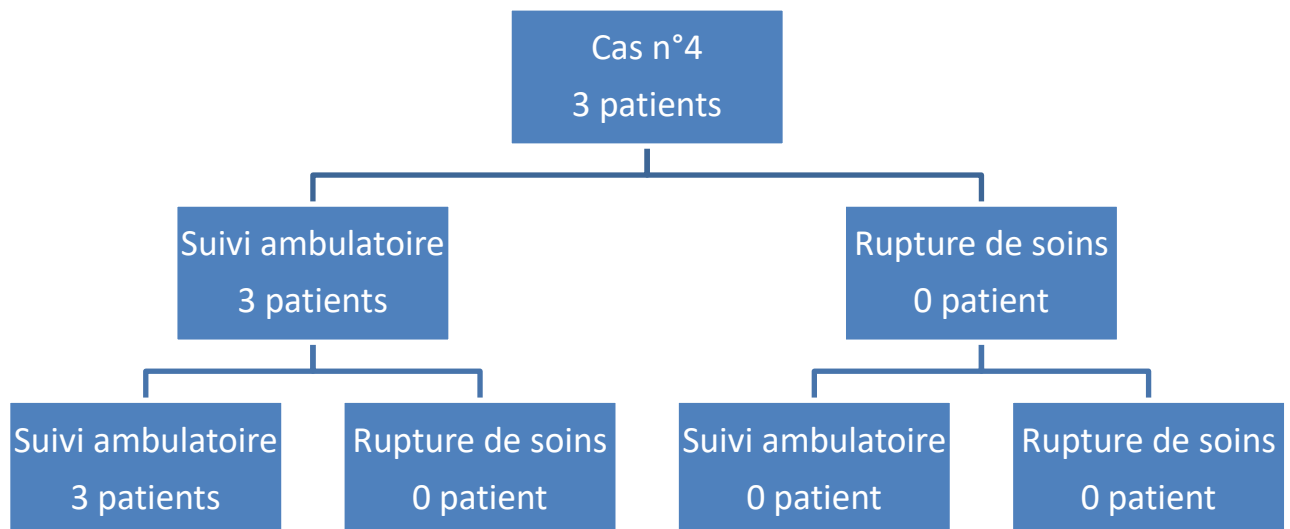


Figure 15 : Devenir à court et à long terme des patients concernés par le cas n°4

- **Cas n°5 (Figure 16)**

Ce cas de figure concerne les patients qui sortis d'hospitalisation immédiatement après la levée sans organisation d'un suivi ambulatoire adapté.

Concernant le devenir à court terme, l'ensemble des patients (2 patients) était en rupture de soins.

Concernant le devenir à long terme, parmi les 2 patients, 1 poursuit actuellement un suivi en ambulatoire et 1 est toujours en rupture de soins.

Au total, **1 patient** poursuit actuellement un suivi en ambulatoire (50 %), et **1 patient** est en rupture de soins (50 %).

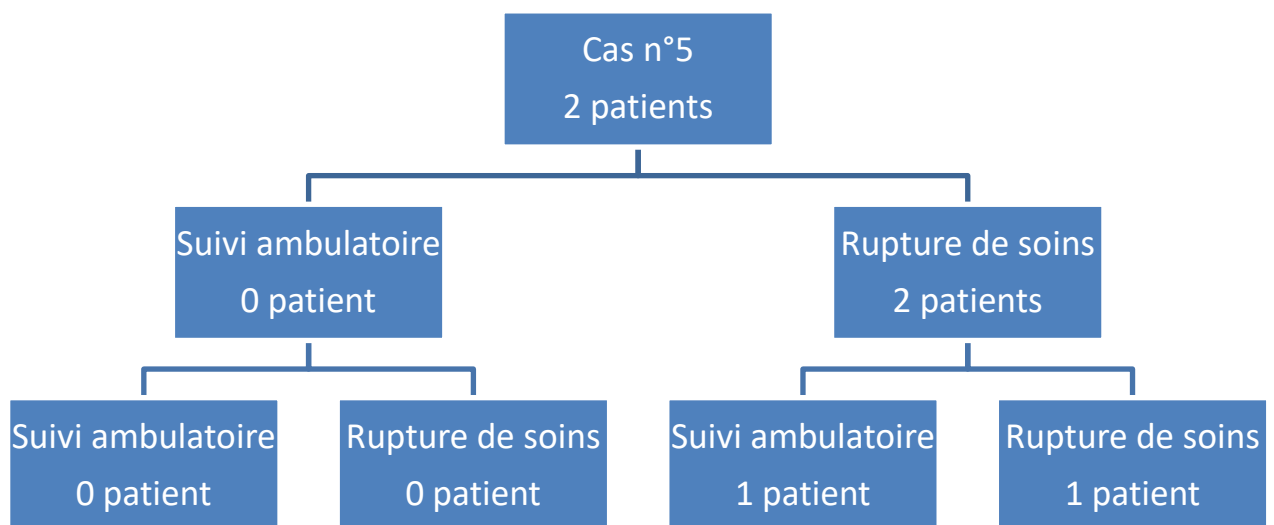


Figure 16 : Devenir à court et à long terme des patients concernés par le cas n°5

II.4. Discussion

La loi du 5 juillet 2011 a donné à l'autorité judiciaire une place très importante dans les soins sans consentement. En effet, elle renforce le rôle du JLD qui peut ordonner une mainlevée de la mesure de soins sans consentement s'il existe une « atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet ».

Pour rappel, le JLD reste compétent dans son rôle de contrôle du respect des procédures d'hospitalisation en soins sans consentement. Il a également le devoir, du fait de ses faibles connaissances en matière psychiatrique, de s'en remettre aux appréciations fournies par les psychiatres dans leurs certificats médicaux obligatoires et circonstanciés.

Nous pouvons alors partir du postulat que si les procédures administratives d'hospitalisation en soins sans consentement sont correctement respectées, et les certificats médicaux des médecins suffisamment étayés et circonstanciés, le JLD n'a aucun argument pour ordonner une mainlevée de mesure de soins sans consentement.

Notre étude a permis de montrer que la rédaction des certificats médicaux obligatoires et circonstanciés par les médecins doit être rigoureuse, l'amélioration des pratiques étant indispensable.

Elle a mis en évidence l'importance pour le JLD de ne pas se risquer à une appréciation subjective de l'état psychiatrique du patient lors de son audition.

Par ailleurs, elle fait ressortir le manque de communication entre le milieu judiciaire et le milieu médical.

Elle permet également de montrer que la prise en charge des patients à la suite de la mainlevée influe sur leur devenir.

II.4.1. Caractéristiques de la population

Nous n'avons pas retrouvé dans la littérature d'étude visant à déterminer un profil type de patient dont la mesure de soins sans consentement est levée par l'autorité judiciaire. Il aurait été intéressant de pouvoir comparer les caractéristiques sociodémographiques et les données médicales de la population étudiée avec celles de l'ensemble de la population hospitalisée en soins sans consentement, afin de rechercher d'éventuelles différences significatives.

Notre population étudiée est un échantillon de patients hospitalisés en soins sans consentement.

Nous avons décidé de comparer notre population à la littérature concernant les soins sans consentement, et nous constatons un grand nombre de similitudes.

- ***Caractéristiques démographiques***

Le sexe : on retrouve dans notre étude une population majoritairement masculine, soit 61,9 %. Les résultats obtenus ne diffèrent pas de ceux de nombreuses études internationales sur les soins sans consentement qui retrouvent une prédominance masculine avec 60 % des patients hospitalisés en soins sans consentement ([127], [128]).

L'âge : la tranche d'âge 34-50 ans est majoritairement représentée. L'âge moyen qui est de 47,5 ans est légèrement plus élevé que l'âge moyen des patients hospitalisés en soins sans consentement qui est de 43 ans [129]. Cette différence s'explique par la présence dans notre population de deux patients de plus de 80 ans et d'un patient de plus de 90 ans, ce qui tend à élever la moyenne d'âge.

- **Données administratives**

Il y a eu au CH Esquirol, depuis l'application de la loi du 5 juillet 2011, 2912 audiences devant le JLD et 146 audiences devant le JA, soit 3058 audiences.

Parmi les 2912 audiences devant le JLD, 37 ont débouché sur une mainlevée de la mesure de soins sans consentement. Les 2875 autres ont débouché sur un maintien de l'hospitalisation en soins sans consentement.

Depuis l'année 2011, 146 patients ont fait appel de la décision de maintien d'hospitalisation en soins sans consentement par le JLD, soit 5 % des patients.

Parmi les 146 patients ayant fait appel de cette décision, 6 ont vu leur mesure de soins sans consentement levée par le Juge d'Appel, soit 4,1 % des patients ayant fait appel de la décision, et 0,2 % des patients au total.

Au final, parmi les 3058 audiences, 43 ont débouché sur une mainlevée de la mesure de soins sans consentement, soit 1,41 % des audiences (**Tableau 3**).

Année de levée	Audiences	Nombre de levées	Pourcentage
2011	163	0	0
2012	476	9	1,89
2013	495	5	1,01
2014	603	5	0,83
2015	668	5	0,75
2016	601	17	2,83
2017	52	2	3,85
Total général	3058	43	1,41

Tableau 3 : Rapport nombre de levées/audiences par année

En comparaison, en 2013, au niveau national, les mainlevées concernaient 8 % du nombre total de mesures de soins psychiatriques sans consentement, soit 5699 mainlevées sur les 70807 mesures. Autrement dit, environ une mesure sur douze a été à l'origine d'une mainlevée ordonnée par le juge en 2013 [125].

On note que le nombre de mainlevées sur le CH Esquirol est relativement faible. On constate, sur l'année 2013 par exemple, que le nombre de mainlevées est nettement moins élevé sur le CH Esquirol (1,01 %), que la moyenne nationale.

Ces résultats peuvent s'expliquer par la réactivité et les dispositions prises par l'institution suite à l'application de cette nouvelle loi. En effet, un travail d'information auprès du personnel administratif, ainsi que du personnel médical et paramédical a été réalisé.

On remarque que le nombre de mainlevées depuis l'application de la loi du 5 juillet 2011 est faible par rapport au nombre d'audiences. Cependant, comme expliqué précédemment, si les procédures administratives d'hospitalisation en soins sans consentement étaient correctement respectées, et les certificats médicaux suffisamment étayés et circonstanciés, le nombre de mainlevées serait proche de zéro.

Concernant le mode de levée, comme attendu, les mesures de soins sans consentement sont levées majoritairement par le JLD.

En effet, ce résultat s'explique par deux raisons :

- le nombre de patients faisant appel de la décision du JLD est faible
- le JA doit infirmer l'ordonnance du JLD qui a précédemment statué sur le maintien de la mesure de soins sans consentement, ce qui est un exercice délicat.

Concernant la répartition du nombre de mainlevées par l'autorité judiciaire par année, on constate une augmentation notamment sur l'année 2016. Il est à noter que les résultats sur l'année 2017 ne sont pas définitifs puisque l'étude s'est arrêtée en cours d'année.

Ce résultat peut s'expliquer par le développement de formations à destination des avocats et des juges dans ce domaine. Par ailleurs, la jurisprudence qui se construit depuis l'application de la loi est de plus en plus riche, elle permet d'éclairer les pratiques des différents protagonistes.

Concernant le mode d'hospitalisation, on retrouve en majorité des patients hospitalisés sous la forme de SPDT (51,2 %), ce qui ne diffère pas de la tendance nationale. En effet, en 2015, les soins à la demande d'un tiers restent majoritaires avec 64 % [130].

On note cependant une évolution depuis l'application de la loi du 5 juillet 2011 : les soins pour péril imminent ont plus que doublé et représentent en 2015, 21 % des hospitalisations en soins sans consentement, devant les soins à la demande du représentant de l'Etat (18 %).

Sans pouvoir en tirer de conclusions, dans notre étude, les patients hospitalisés sous la forme de SPDRE restent plus nombreux que ceux hospitalisés sous la forme de SPPI.

- ***Données médicales***

Concernant les antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, on constate que la majorité des patients (57,1 %) de notre étude ont déjà été hospitalisés en psychiatrie.

On aurait pu s'attendre, au contraire, à ce qu'il y ait davantage de mainlevées de mesures de soins sans consentement chez des patients vierges d'hospitalisation en psychiatrie, d'autant plus que le juge se réfère le jour de l'audience à l'absence d'antécédents psychiatriques.

Concernant le diagnostic médical (CIM-10) au moment de l'audience, on en constate une grande diversité. Avec 6 patients, les diagnostics de schizophrénie (F20) et de troubles spécifiques de la personnalité (F60) sont les plus retrouvés dans notre étude. On retrouve ensuite, avec 3 patients, les diagnostics de troubles psychotiques aigus et transitoires, de trouble affectif bipolaire, de troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis, etc...

Nos résultats correspondent aux données de la littérature. En effet, les personnes ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques ou psychotiques représentent la majorité des personnes prises en charge sans consentement (plus de la moitié des diagnostics principaux observés chez les patients en soins sans consentement). Les troubles bipolaires (11 %) et troubles de la personnalité (8 %) sont également plus fréquents chez les personnes prises en charge sans leur consentement [129]. Les troubles dépressifs, eux, sont sous représentés par rapport à la population hospitalisée librement.

Ces résultats s'expliquent car ce sont les personnes souffrant des troubles psychiatriques les plus sévères et avec un faible insight qui nécessitent plus fréquemment que les autres, à un moment de leur parcours de soins, une prise en charge non consentie.

Concernant le motif d'admission en soins sans consentement, on retrouve des résultats cohérents par rapport aux diagnostics médicaux. Le motif d'admission retrouvé en majorité est la manifestation d'idées délirantes avec 15 patients, soit 34,9 %. Le motif d'admission retrouvé en deuxième position est la crise suicidaire avec 27,9 %.

II.4.2. Les motifs de mainlevée

L'étude de Godet et al. [125], publiée à la fin de l'année 2016, présente un mode de recueil des données différent.

En effet, les décisions judiciaires ont été récupérées de différentes façons :

- sur internet : mises en ligne sur le site de « legifrance », sur le site de la Cour de cassation, sur le site du « Cercle de Réflexion et de Proposition d'Action sur la psychiatrie » (CRPA), rubrique « jurisprudence toutes juridictions ».
- à la direction de la psychiatrie du centre hospitalo-universitaire régional de Tours et du centre hospitalier de Châteauroux-Gireugne.

Cette étude présente un biais de sélection à plusieurs niveaux ce qui a pu entacher la représentativité des résultats. Le premier niveau réside dans le choix du mode de recueil des décisions, qui n'a pas été réalisé de façon uniforme, rétrospective et/ou prospective sur un territoire donné. Le second niveau réside dans le choix de sites Internet pour obtenir certaines décisions. Car le choix de certains sites au détriment d'autres induit nécessairement un biais, auquel se rajoute celui concernant la mise en ligne des décisions judiciaires (possible sélection dans la mise en ligne).

Dans notre étude, le recueil des données a été réalisé de façon uniforme et rétrospective sur un territoire donné, à savoir le département de la Haute-Vienne. Chaque décision judiciaire a été recueillie dans le dossier papier du patient, qui est archivé au CH Esquirol.

Bien que la méthodologie de l'étude soit différente, les résultats obtenus présentent quelques similitudes avec les nôtres. En effet, les principaux motifs de mainlevées concernent la rédaction des certificats et l'information au patient sur la mesure de soins.

En ce qui concerne nos résultats, la fréquence de certains motifs mérite quelques remarques.

II.4.2.1 Le défaut de motivation des certificats médicaux

- *Interprétation et discussion des résultats*

Il s'agit du motif de mainlevée ayant la plus importante fréquence dans notre étude (14 cas soit 32,5 %).

La sous-catégorie « défaut de justification de la nécessité médicale » est principalement retrouvée (13 cas soit 30,2 %). Dans ce cas précis, le JLD fait mention dans l'ordonnance de ne pas avoir retrouvé, en consultant les certificats médicaux, l'indication psychiatrique justifiant la poursuite des soins sans consentement et ordonne la mainlevée de la mesure. On retrouve des cas où les certificats médicaux, n'étant pas assez étayés ou circonstanciés, ne fournissent pas les éléments nécessaires au JLD pour étayer ses décisions.

La catégorie « défaut des critères d'admission » n'est retrouvée que pour un cas. Il s'agit, en revanche, du motif ayant la fréquence la plus importante dans l'étude de Godet et al., notamment sur les mesures d'urgence et de péril imminent.

Il ne concerne dans notre étude, qu'une mainlevée pour une mesure de péril imminent où les critères d'admission ne sont pas remplis.

Il est nécessaire de rappeler l'importance du recours exceptionnel aux mesures d'urgence et de péril imminent. En effet, ces mesures exceptionnelles ne doivent être utilisées qu'en cas d'indication clinique de mise en jeu du pronostic vital, et non pas en cas de contraintes pragmatiques (pas de tiers joignable notamment).

La mesure exceptionnelle du péril imminent impose, en plus des conditions requises pour la mise en place de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, l'existence à la date d'admission d'un péril imminent pour la santé de la personne.

Rappelons que le JLD possède de faibles connaissances en matière psychiatrique qui le conduisent à s'en remettre généralement aux appréciations fournies par les psychiatres dans leurs certificats médicaux obligatoires. Il doit en effet pouvoir fonder sa décision sur des certificats médicaux circonstanciés.

Il est nécessaire de rester vigilant dans la rédaction de ces certificats, qu'il s'agisse des certificats d'admission qui concernent tous les médecins (notamment les médecins généralistes qui sont en première ligne), ou des certificats au cours de l'hospitalisation.

Par conséquent, l'amélioration des pratiques passe par la rédaction de certificats médicaux étayés, bien circonstanciés, clairs et précis, afin de permettre au JLD de statuer sans équivoque. Il paraît évident que ce n'est pas au juge de trouver, dans les termes médicaux employés, ce qui a permis de mettre en place une mesure de soins sans consentement ou ce qui motive la poursuite de cette mesure, mais bien au médecin psychiatre (ou autre) de justifier avec précision l'inévitable recours à une telle mesure.

Pour les psychiatres, les enjeux sont multiples : ne pas attenter à la confidentialité et au secret médical, ne pas stigmatiser la personne. Dans un contexte où temps et ressources peuvent faire défaut, la multiplication de certificats et avis médicaux peut être perçue comme une contrainte administrative supplémentaire.

Ainsi dans une enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 [131], réalisée en Isère et en Savoie auprès de vingt-quatre acteurs de proximité concernés par la loi, l'ensemble des psychiatres de la cohorte s'accorde pour dénoncer l'augmentation du nombre de certificats qui représente une surcharge de travail importante, le temps de réalisation de ces certificats étant perdu pour la prise en charge des patients. D'autre part, plusieurs d'entre eux se sont interrogés sur les termes à utiliser dans les certificats (favoriser la rédaction en termes médicaux ou la compréhension par les juges), la loi entraînant selon eux une confrontation des cultures médicale et judiciaire avec des préoccupations différentes : le soin pour le psychiatre et le respect des lois pour le juge.

Un rapport [35] évoque les propos de l'Union syndicale des magistrats qui a indiqué à la mission, par la voix de sa présidente, qu' « à force de répéter des certificats médicaux très nombreux dans un délai très restreint, les médecins, [...] commencent à être atteints par un phénomène d'usure : on utilise de plus en plus le copier-coller, ce qui peut entraîner des erreurs de dates purement formelles dans les certificats

médicaux. Il y a une perte de substance dans les certificats médicaux, car quand vous devez rédiger une multitude de certificats, au bout d'un moment, vous entrez peut-être un peu moins dans le détail des symptômes, des difficultés et des conséquences que pourrait avoir une levée de l'hospitalisation, ce qui empêche en fin de compte le juge de disposer d'une réelle vision de l'ensemble de la problématique ».

- *Recommandations aux certificateurs*

- **Certificats d'admission :**

Des modèles types de certificats concernant les situations d'admission en soins sans consentement sont proposés et publiés sur Internet, notamment par le Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM) [132].

Concernant les soins psychiatriques à la demande d'un tiers, deux conditions doivent être remplies pour permettre son initiation : d'une part que **les troubles mentaux dont souffre l'intéressé(e) rendent impossible son consentement** et d'autre part qu'ils **nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation complète**.

Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade. Le deuxième certificat peut être établi par un médecin extérieur ou exerçant dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne doivent pas être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

Concernant les soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence, les deux conditions précédemment citées se voient complétées d'une troisième qui est la

présence d'un **risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade**. Il s'agit d'une mesure exceptionnelle qui ne doit être utilisée que dans ce cas précis.

Le directeur de l'établissement peut, en cas d'urgence, prononcer, à la demande d'un tiers, l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical qui peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement.

Concernant les soins psychiatriques en cas de péril imminent : il s'agit également d'une mesure exceptionnelle qui nécessite là encore, une troisième condition qui est **l'existence à la date d'admission, d'un péril imminent pour la santé de la personne**.

Elle est utilisée lorsqu'il est impossible d'obtenir la demande d'un tiers et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne.

Concernant les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat : il y a deux conditions pour satisfaire une mesure de SPDRE : il existe **des troubles de nature à compromettre la sûreté des personnes et/ou à porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public**.

A noter que l'abolition du consentement n'y figure pas.

Les certificats médicaux des soins sur décision du représentant de l'Etat doivent être dactylographiés (sauf incapacité matérielle qui doit être notifiée dans le certificat).

Il est également important pour le psychiatre, quel que soit le certificat d'admission, de décrire avec des termes médicaux précis, les éléments cliniques démontrant la nécessité des soins sans consentement.

- **Certificats de maintien des soins sans consentement**

Un travail relatif aux certificats médicaux dans le cadre de soins sans consentement a été réalisé par l'HAS en 2015. Ce travail n'abordait pas les certificats médicaux en vue d'une admission. Le projet était de mettre à la disposition des professionnels, des protocoles concernant le contenu des certificats, voire des modèles de documents, qui tiennent compte du stade de la procédure, de leurs destinataires et de leurs finalités. Il s'agissait de définir les contenus et motivations des certificats ou avis médicaux à produire en fonction des situations.

Il s'agit dans ces certificats de maintien de rendre compte de l'évolution de l'état de santé du patient de manière la plus précise possible, en les rédigeant de façon à ce qu'ils soient bien circonstanciés et bien étayés, et en justifiant le caractère inévitable de la poursuite de la mesure de soins.

Le psychiatre doit être en mesure de décrire l'état mental du malade et son comportement (agitation, violence, délire, idées suicidaires...) en insistant sur les éléments cliniques démontrant la nécessité des soins et la dangerosité pour autrui, notamment ses proches, en rappelant l'absence de consentement et l'urgence des soins appropriés.

En ce qui concerne les SPDRE, il paraît nécessaire de rendre compte si le patient présente toujours des troubles de nature à compromettre la sûreté des personnes et/ou à porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

II.4.2.2 L'intime conviction du JLD

Ce motif de mainlevée est retrouvé de façon assez significative dans notre étude avec 11 cas soit 25,6 %.

L'étude de Godet et al. ne fait pas mention de cette catégorie. Il nous a pourtant paru important de souligner le nombre assez significatif de mainlevées par le JLD selon sa seule « intime conviction ».

Dans ce cas précis, parce que sûr de lui et de ses capacités de jugement clinique, le JLD, à tort ou à raison, a décidé d'ignorer volontairement les conclusions médicales qui ont été portées à sa connaissance et a ordonné la mainlevée de la mesure de soins sans consentement en son âme et conscience selon sa propre opinion, sa seule intime conviction.

Il s'agit là d'une appréciation subjective qu'opère le JLD de l'état psychiatrique du patient lors de son audition.

Rappelons que le JLD est présent pour juger du respect des libertés fondamentales du patient en vérifiant le respect des procédures administratives, et en se référant aux certificats médicaux.

Nous nous permettons dans notre travail de discuter, dans ces cas précis, de la compétence du JLD concernant le contenu des certificats médicaux et de sa compétence dans la prise en charge médicale du patient.

Il est important de rappeler que ce n'est pas le rôle du JLD en théorie, mais qu'il semble exister un glissement chez certains magistrats comme le montre notre étude.

Dans notre étude, et pour ces cas précis, on retrouve les mêmes résultats que dans une étude au centre hospitalier de Cadillac de Bordeaux [133]. On constate que le juge se réfère principalement, le jour de l'audience, aux éléments suivants : le consentement aux soins et la conscience du patient à leur nécessité, l'amélioration de son état psychiatrique depuis son admission dans l'établissement, la qualité de son environnement familial, social et professionnel, la lucidité de la personne qui s'exprime de manière claire et cohérente ou l'absence d'antécédents psychiatriques avant son admission.

Les mainlevées d'hospitalisation peuvent mettre les patients en difficulté. Sur ce motif de mainlevée précis, c'est l'alliance thérapeutique même entre le patient et l'équipe soignante qui peut être remise en cause.

II.4.2.3 Les autres motifs

- *Présence d'un certificat médical de levée d'hospitalisation*

Nous avons été étonnés de la fréquence assez importante (7 cas soit 7,3 %) de mainlevées avec la présence d'un certificat médical de levée d'hospitalisation.

L'étude de Godet et al. ne fait pas mention non plus de cette catégorie.

Le nombre de mainlevées par le JLD en s'appuyant sur un certificat de levée réalisé et rédigé tardivement par un psychiatre est le troisième motif le plus fréquent de notre étude (4 cas, soit 9,3 %).

Le psychiatre, devant l'amélioration clinique du patient, décide de lever les soins sans consentement à quelques heures de l'audience, mais trop tardivement pour l'annuler. De ce fait, le certificat de levée parvient au JLD au cours de l'audience, qui s'appuie sur les éléments notifiés pour ordonner la mainlevée de la mesure.

Ce motif de levée pose une question : quelles peuvent être les raisons d'une levée aussi tardive de la mesure par le psychiatre ? Ces raisons s'expliquent probablement, mais l'audience n'étant pas annulée, le patient n'échappe pas au stress généré par la procédure ainsi qu'à son coût non négligeable.

Par conséquent, une levée plus précoce de la mesure de soins sans consentement par le psychiatre ou encore, l'annulation rapide de l'audience permettrait de rendre ce type de motif de mainlevée évitable.

En quatrième position, interviennent les mainlevées par le JLD dans le cadre d'un désaccord entre deux psychiatres, suite au refus de levée par le Préfet de la mesure de soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat (3 cas soit 7 %).

Le refus de levée de la mesure par le Préfet malgré la rédaction d'un certificat de levée par le psychiatre est pratique courante, bien que discutable.

En effet, comme prévu dans la loi, suite au refus de levée de la mesure, le Préfet sollicite l'expertise d'un deuxième psychiatre, qui ne connaît absolument pas le patient et n'a eu aucun regard sur l'évolution positive de son état de santé. Il peut alors arriver

que ce deuxième psychiatre, pour se dégager de la responsabilité de la levée de la mesure, ne confirme pas les éléments notifiés dans le premier certificat.

C'est alors au JLD de statuer sur le cas précis. Il finit par ordonner la mainlevée de la mesure en se fiant au premier certificat médical, rédigé par le psychiatre connaissant bien le patient, ainsi qu'à son intime conviction.

Il conviendra alors d'affirmer que ce motif de mainlevée est également évitable.

- *Défaut du contradictoire*

Concernant le motif de mainlevée en raison d'un défaut du contradictoire, sa fréquence dans notre étude n'est pas très importante.

Le nombre de mainlevées concernant le « défaut et le retard de notifications au patient des décisions qui le concernent » est également le troisième motif le plus fréquent de notre étude (4 cas, soit 9,3 %). Le « défaut de prise en compte des observations du patient », représente 1 cas.

L'étude de Godet et al. retrouve des résultats similaires avec le défaut d'information au patient qui est le second motif le plus fréquent de l'étude et le non-recueil des observations du patient qui intervient en quatrième position.

Rappelons néanmoins que ces mainlevées ont été obtenues car l'établissement n'a pu apporter la preuve que l'information a été délivrée et que les observations du patient ont été recueillies, ce qui ne veut pas dire que l'information n'a pas été donnée ni que les observations n'ont pas été recueillies. On peut supposer qu'il s'agit plutôt d'un défaut de traçabilité.

Ce défaut de traçabilité peut s'expliquer par le manque fréquent de moyens humains dans ces unités accueillant des patients ayant des pathologies aiguës et demandant une extrême rigueur dans le soin et la surveillance. Ce qui peut occasionnellement entraîner un manquement à la procédure administrative.

La diminution des mainlevées pour ces motifs semble indispensable dans l'intérêt de nos patients. Ceci doit passer notamment par une bonne connaissance de

la loi par les différents protagonistes intervenant dans le processus de soins psychiatriques sans consentement.

- *Défaut de la légalité externe*

En ce qui concerne le motif de mainlevée en raison d'un défaut de la légalité externe, sa fréquence dans notre étude n'est pas très importante.

La sous-catégorie « absence de motivation des décisions administratives » est principalement retrouvée (2 cas soit 4,8 %).

Le « non-respect des délais » est retrouvé 1 fois et peut s'expliquer par la multitude de délais médicaux, administratifs et judiciaires dont fait état la loi du 5 juillet 2011.

L'existence d'une mainlevée par « défaut de qualité de tiers » et d'une mainlevée par « défaut d'information du tiers devant un péril imminent » est regrettable car une fois encore, la loi est claire en ce qui concerne les caractéristiques auxquelles doit répondre le proche pour être tiers, en particulier la « qualité pour agir dans l'intérêt » du patient. Le choix de ces proches en tant que tiers a probablement été motivé par des contraintes pragmatiques d'impossibilité de joindre quelqu'un d'autre, avec, en parallèle, l'absence d'indication clinique à une mesure de péril imminent.

On retrouve également une mainlevée qui fait état de « l'incompétence de l'auteur des décisions administratives ».

L'appel au bon sens permet facilement de comprendre le formalisme imposé par la loi.

Dans l'étude de Godet et al., la fréquence de ces motifs n'est pas très importante non plus. Il est retrouvé des résultats différents : on retrouve en majorité des problèmes de délégation non-conforme, d'identification impossible et des problèmes de motivation des décisions administratives.

II.4.3. Conséquences de la levée d'hospitalisation

Il nous a paru important de décrire les conséquences de la mainlevée de la mesure de soins sans consentement sur la prise en charge du patient.

En effet ces mainlevées entraînent, pour la plupart, une sortie des patients de façon prématurée, et insuffisamment préparée.

Rappelons que le rôle du JLD est de garantir la liberté du patient et non sa santé. Il est alors indispensable pour les soignants, dans les suites d'une mainlevée, de définir rapidement les modalités de prise en charge adaptées au patient.

En ce qui concerne nos résultats, certains méritent quelques remarques.

II.4.3.1 Conséquences immédiates

Concernant ce qui est décidé par l'équipe médicale pour le patient dans les 24 heures suivant la mainlevée, les résultats attendus sont ceux obtenus. Il paraît intéressant de suivre le devenir à court terme et à long terme selon les situations, ce qui sera abordé ultérieurement.

Dans la plupart des cas dans notre étude (16 patients soit 37,2 %), le patient ne souhaite pas poursuivre l'hospitalisation et il n'existe pas d'éléments cliniques motivant une nouvelle procédure de soins sans consentement. Il lui est alors proposé un rendez-vous de consultation rapide avec un psychiatre ou l'équipe soignante (infirmier de l'unité, infirmier ambulatoire de proximité, infirmier spécialisé en addictologie) avant sa sortie d'hospitalisation.

Dans 30,2 % des cas (13 patients), une poursuite des soins en hospitalisation libre a été acceptée par le patient et pour 3 patients (7 %), une hospitalisation en soins sans consentement était de nouveau indiquée.

20,9 % des cas (9 patients) ne souhaitent pas poursuivre l'hospitalisation et il n'existe pas d'éléments cliniques motivant une nouvelle procédure de soins sans

consentement. Il n'est pas proposé de consultation rapide, il leur est simplement conseillé de poursuivre un suivi ambulatoire, leur laissant l'initiative de la prise de rendez-vous. Pour 2 patients (4,7 %), aucune prise en charge ambulatoire n'a été proposée.

II.4.3.2 Devenir à court terme et à long terme

Concernant le devenir à court terme : on remarque que la majorité des patients (26 patients soit 60,5 %) poursuivent un suivi ambulatoire dans les trois mois qui suivent la mainlevée des soins sans consentement.

On constate que la majorité de ces patients ont poursuivi les soins en hospitalisation libre ou en soins sans consentement suite à la mainlevée. Cela peut s'expliquer par l'alliance thérapeutique qui a pu se créer entre le patient et l'équipe médicale. On peut également supposer que si la poursuite d'hospitalisation a été indiquée (libre ou en soins sans consentement), c'est que le patient présente une pathologie plus lourde et qu'il nécessite une prise en charge contenant et étayante avec un suivi ambulatoire régulier.

On remarque également que la majorité de ces patients sont sortis d'hospitalisation avec un rendez-vous de consultation rapide. La plupart de ces patients ont honoré leur rendez-vous. En effet, la consultation rapide permet de maintenir un lien avec le patient et lui envoie des signaux positifs : le patient sait qu'il peut compter sur l'équipe médicale.

On constate que la majorité des patients qui sont en rupture de soins proviennent du groupe qui est sorti d'hospitalisation immédiatement après la mainlevée sans organisation d'un suivi ambulatoire adapté, ainsi que du groupe qui est sorti d'hospitalisation immédiatement après la levée. Un suivi ambulatoire leur a été conseillé mais aucun rendez-vous de consultation n'a été donné.

Concernant le devenir à long terme : on remarque à plus de trois mois, que le nombre de patients poursuivant un suivi ambulatoire est très sensiblement plus élevé que le nombre de patients en rupture de soins.

Globalement, on fait les mêmes constatations que précédemment. La majorité des patients qui sont en rupture de soins actuellement sont sortis d'hospitalisation soit avec une orientation de suivi ambulatoire peu précise, soit sans prise en charge ambulatoire.

On constate que certains patients qui poursuivaient un suivi ambulatoire sont en rupture de soins actuellement. La perte la plus importante se trouve chez les patients qui sont sortis d'hospitalisation avec un rendez-vous de consultation rapide et qui ont honoré leur rendez-vous et chez les patients ayant poursuivi les soins en hospitalisation libre. On peut émettre l'hypothèse que certains de ces patients, hospitalisés initialement pour des troubles à l'ordre public, ne nécessitaient plus de suivi psychiatrique, ou que la pathologie étant stable, le suivi pouvait se faire par le médecin traitant.

Au final, il est essentiel de comprendre que le rôle du JLD est de garantir la liberté du patient en contrôlant le respect des procédures et non de garantir sa santé.

En levant la mesure de soins sans consentement, le JLD ne remet pas en cause, dans la grande majorité des cas, ni la compétence du médecin, ni l'indication médicale à une mesure de soins sans consentement.

Il est primordial de rappeler que s'il arrive quelque chose au patient suite à la mainlevée, l'entière responsabilité incombe au psychiatre.

Il semble alors indispensable que suite à la mainlevée par le JLD, une consultation systématique soit réalisée par le psychiatre référent afin d'évaluer cliniquement le patient, à la recherche d'éléments pouvant justifier une nouvelle mesure de soins sans consentement.

Dans le cas où le patient présente des éléments cliniques rassurant, selon les constatations de notre étude, afin d'éviter une rupture de soins rapide à la suite de la sortie d'hospitalisation, il est important de proposer une poursuite de l'hospitalisation

en soins libres (parfois 2 ou 3 jours) afin de consolider l'alliance thérapeutique et préparer au mieux le retour au domicile.

En cas de refus du patient de poursuite d'hospitalisation en soins libres, toujours selon les constatations de notre étude et toujours afin d'éviter une rupture de soins prématurée, il est important de fixer un rendez-vous de consultation rapide afin de maintenir le lien et de surveiller au mieux l'évolution de l'état du patient.

II.4.4. Optimisation de la communication entre le monde médical et le monde judiciaire

Pour de nombreux intervenants, cette nouvelle loi entraîne une confrontation des cultures médicale et judiciaire. On peut relever différentes intensités dans la perception de cette confrontation.

Il s'agit de la rencontre entre la médecine et la justice, dont les principales préoccupations divergent : le soin aux personnes d'une part, la liberté de l'autre.

Un exemple, celui des mainlevées du JLD pour vice de forme : sous l'angle de vue du psychiatre, s'il arrive quelque chose au patient, il porte la responsabilité médicale de ne pas l'avoir protégé alors que pour le juge, la mainlevée est prononcée quelque-soit le danger pour le patient puisque son rôle est de garantir la liberté du citoyen et non sa santé. Certains dénoncent la cohabitation de deux mondes qui se méconnaissent : d'une part des médecins mis à mal car ils ne maîtrisent pas les rouages de la justice, et d'autre part des juges en difficulté car ils ne possèdent pas les connaissances nécessaires face aux problématiques psychiatriques.

Il paraît indispensable que ces deux mondes communiquent et travaillent ensemble dans l'intérêt du patient.

II.4.5. Biais et limites

Certains points de méthodologie de notre étude sont à discuter car ils pourraient être à l'origine de biais.

L'étude des décisions judiciaires de mainlevées au CH Esquirol a mis en évidence de nombreuses disparités. La première porte sur le nombre de motifs soulevés par le juge pour obtenir la mainlevée de la mesure d'hospitalisation. Nous avons étudié des décisions où, alors que l'avocat soulevait quatre éléments par exemple, le juge ne va en étudier qu'un seul qui suffit, selon lui, à permettre l'obtention de la mainlevée et ainsi, ne pas du tout étudier les autres motifs, qui auraient peut-être eux aussi permis d'obtenir cette mainlevée. On parle d'économie des moyens. On comprend que d'un point de vue pratique, si le premier moyen soulevé suffit à obtenir la mainlevée, l'étude des autres, quel qu'en soit le résultat, ne changera pas la nature de la décision finale, mais d'un point de vue épidémiologique, cela entraîne une importante perte d'informations, et ainsi un biais notable non évaluable.

La seconde porte sur l'argumentaire pour décider de la mainlevée de la mesure. Parfois, alors qu'un même motif va être retenu par le juge comme portant atteinte aux libertés et aux droits du patient, le fondement légal va différer. Ainsi, pour un même motif, il y a plusieurs combinaisons d'articles de loi possibles. Ceci a fortement contribué à ce que nous décidions de ne pas classer les différents motifs par articles de lois, mais plutôt par catégories de motifs.

Dans un souci de clarté, nous avons catégorisé les 43 motifs en 5 groupes en nous appuyant sur les éléments développés dans la première partie de notre travail, dans le chapitre intitulé « Analyse de la jurisprudence ». Cette catégorisation induit nécessairement un biais pour au moins deux raisons.

Premièrement, du fait de la difficulté à bien comprendre l'argumentaire utilisé par le juge pour décider de la mainlevée, il n'a pas été toujours aisé d'identifier un ou des motifs précis, ce qui a nécessité parfois une certaine démarche déductive.

Deuxièmement, bien que nous ayons tenté d'utiliser des catégories variées mais précises, il n'a pas été toujours évident de choisir dans quelle catégorie mettre un motif. Par exemple, il n'a parfois pas été facile de faire la part des choses entre

« l'intime conviction du JLD » et « le défaut de motivation des certificats médicaux ». Dans ce cas précis, nous avons pris le parti de faire figurer la décision judiciaire dans la catégorie « l'intime conviction du JLD » lorsque le JLD ne faisait aucunement mention des certificats dans sa prise de décision.

II.4.6. Perspective d'avenir

Comme évoqué précédemment, il serait intéressant de pouvoir comparer les caractéristiques sociodémographiques et les données médicales de la population étudiée avec celles de l'ensemble de la population hospitalisée en soins sans consentement, afin de rechercher d'éventuelles différences significatives. Un travail sur ce sujet pourrait être intéressant.

Malgré ses limites méthodologiques, notre étude a permis de mettre en évidence, au niveau local, les motifs de mainlevée de mesures de soins sans consentement les plus fréquents. Il faut souligner le nombre important de certificats médicaux défectueux. Leur bonne rédaction semble être une condition indispensable à l'amélioration des pratiques.

A ce sujet, il semble utile d'élaborer des protocoles conciliant les opinions et besoins des différents intervenants (Santé, Justice, Intérieur, etc.) permettant aux psychiatres de répondre à l'exigence de produire des certificats ou avis médicaux suffisamment circonstanciés pour fonder la légalité des décisions administratives ou judiciaires.

Elle a montré, de manière plus surprenante, la présence importante de mainlevées par la simple intime conviction du JLD. L'amélioration des pratiques passe par l'optimisation de la communication entre le monde médical et le monde judiciaire et l'importance d'un travail commun dans l'intérêt du patient.

A ce propos, il pourrait être bénéfique d'organiser des journées de rencontre qui réuniraient les intervenants du monde médical (médecins, infirmiers, etc) et les intervenants du monde judiciaire (juges, avocats, etc) afin d'échanger sur les pratiques.

Poursuivre l'étude à l'échelle régionale et nationale serait très intéressant. De plus, la réalisation d'autres études portant sur un sous-type de motif permettrait une analyse plus fine de ce dernier, grâce à une meilleure caractérisation (étude sur la délivrance et la traçabilité de l'information par exemple) et favoriserait l'élaboration de recommandations pour pallier aux mainlevées.

Notre étude a également permis de mettre en évidence l'importance de la mise en place d'une consultation systématique réalisée par le psychiatre référent à la suite de la mainlevée de la mesure afin d'évaluer cliniquement le patient. Par ailleurs, elle a montré l'importance de proposer au patient, à la suite de la mainlevée de la mesure, une poursuite d'hospitalisation en soins libres, et dans les cas où elle est refusée, l'importance de fixer un rendez-vous de consultation rapide afin d'éviter une rupture de soins.

Il pourrait être intéressant de comparer les résultats de notre étude avec la prise en charge des patients dont la mesure de soins sans consentement est levée par le psychiatre et dont la sortie a pu être préparée.

Conclusion

Avec la loi du 5 juillet 2011, les droits des patients atteints de pathologies psychiatriques et faisant l'objet de soins sans consentement sont au cœur du dispositif législatif et c'est dans cette optique que se fonde ce travail.

Il a été identifié un grand nombre de motifs de mainlevée de mesures de soins sans consentement ordonnées par le juge. Ces motifs sont hétérogènes puisqu'ils concernent différents temps des mesures de soins sans consentement et touchent la totalité des protagonistes de cette loi : les médecins avec la délicate tâche de la rédaction des certificats, les juges avec leur intime conviction, le personnel administratif avec la motivation des actes administratifs.

L'amélioration des pratiques passe par la réalisation de protocoles conciliant les opinions et besoins des différents intervenants (Santé, Justice, Intérieur, etc.) permettant aux psychiatres de répondre à l'exigence de produire des certificats ou avis médicaux suffisamment circonstanciés pour fonder la légalité des décisions administratives ou judiciaires.

Elle passe également par l'optimisation de la communication entre le monde médical et le monde judiciaire et l'importance d'un travail commun dans l'intérêt du patient.

Notre étude a également permis de mettre en évidence l'importance d'une prise en charge adaptée pour éviter une rupture de soins à la sortie de l'hospitalisation. En effet ces mainlevées entraînent, pour la plupart, une sortie des patients de façon prématurée, non suffisamment préparée.

D'autres travaux sont évidemment nécessaires afin d'affiner ces résultats, mais aussi dans le but d'élaborer des recommandations permettant de guider les différents intervenants.

Références bibliographiques

[1] **A. J. McLachlan et R. T. Mulder**

« Criteria for involuntary hospitalisation »

Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, vol. 33, n° 5, p. 729–733, nov. 1999.

[2] **J. L. Senon et C. Jonas**

« Droit des patients en psychiatrie »

EMC - Psychiatrie, vol. 1, n° 2, p. 107-127, avr. 2004.

[3] **J. Coelho**

« Soins psychiatriques et juge des libertés et de la détention (JLD) – Vademecum »

Les études hospitalières, Bordeaux, 2011.

[4] **Journal officiel de la République française**

Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002

"Relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé".

[5] **M. Coldefy, S. Fernandes, et D. Lapalus**

« Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 »

Questions d'économie de la santé, n° 222, février 2017.

[6] **Haute Autorité de Santé**

« Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux ». Avril 2005.

[https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux].

[7] **M. Caire**

« Des lettres de cachet à la loi du 5 juillet 2011 : trois siècles et demi d'internement psychiatrique »

Journal français de psychiatrie, n° 38, p. 6-11, 2010.

[8] **Journal officiel de la République française**

Loi du 30 juin 1838 *sur les aliénés*.

[9] **G. Landron**

« Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés »

Deviance Societe, vol. 19, n° 1, p. 3-21, 1995.

[10] **J. L. Gautier**

« Hospitalisation psychiatrique sous contrainte et droits fondamentaux, la réforme des soins psychiatriques, une menace pour la liberté individuelle ? »

Les éditions du menhir, Carnac, 2012.

[11] **I. De Bures**

« À propos de la loi sur les aliénés du 30 juin 1838 »

Histoire des Sciences Médicales, vol. 40, n° 3, 2006.

[12] **K. Rossini, J. L. Senon, et H. Verdoux**

« La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement »

L'Évolution Psychiatrique, vol. 80, n° 1, p. 209-220, janv. 2015.

[13] **C. Hazif-Thomas, D. Jousset, et M. Walter**

« La "personne faisant l'objet de soins psychiatriques", dans les récentes lois réformant l'encadrement du soin psychiatrique »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 172, n° 7, p. 563-572, sept. 2014.

[14] **A. Mercuel, F. Caroli, P. O. Smagghe, et C. Baldacci-Epinette**

« Loi du 27 juin 1990 »

EMC Psychiatrie, 37-901-A-10 1993.

[15] **Journal officiel de la République française**

Loi n° 90-527 du 27 juin 1990

"Relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation."

[16] **G. Massé et M. Zwingenberger**

"Les sorties d'essai : évolution et perspectives"

L'information psychiatrique, vol. 82, n° 6, p. 481-493, févr. 2014.

[17] **G. d'étude de la F. nationale des associations d'usagers en psychiatrie (FNAP-Psy)**

« Loi de juin 1990 sur l'hospitalisation d'office et défense des libertés individuelles »

Droit, Déontologie & Soins, vol. 8, n° 1, p. 33-47, mars 2008.

[18] **L. Dubouis**

« La loi du 27 juin 1990 et le droit européen »

L'information psychiatrique, vol. 68, n° 9, p. 902-907, 1992.

[19] **P. Rager, M. Bénézech, et J. Tignol**

« La loi du 27 juin 1990 : et pourquoi pas revenir au traitement moral et badigeonner les murs de l'asile à la peinture fluo ? »

Ann Med Psychol, vol. 149, n° 4, p. 353-356, 1991.

[20] **J. C. Pascal**

« Loi du 27 juin 1990, une loi de transition ? »

L'information psychiatrique, vol. 68, n° 9, p. 934-939, 1992.

[21] **H. Strohl et M. Clemente**

« Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Inspection Générale des Affaires Sociales », 1997.

[22] **M. F. Callu**

« Le juge des libertés et de la détention : un garant juridique et éthique en psychiatrie »

Éthique & Santé, vol. 13, n° 4, p. 215-218, déc. 2016.

[23] **Journal officiel de la République française**

Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000

"Renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes".

[24] **A. Lopez, I. Yeni, M. Valdes-Boulouque, et F. Castoldi**

« Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Rapport. Inspection générale des affaires sociales, Inspection générales des services judiciaires »

La documentation française, Paris (2005).

[25] **K. Rossini, P. Casanova, H. Verdoux, et J. L. Senon**

« Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 172, n° 9, p. 766-771, nov. 2014.

[26] **R. C. Mesu et al.**

« Étude observationnelle d'une cohorte de 103 patients admis en soins psychiatriques sans consentement en application de la loi du 5 juillet 2011 »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 173, n° 2, p. 136-142, mars 2015.

[27] **M. N. Vacheron**

« Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après ? »

Encephale, vol. 40, n° 2, p. 97-99, 2014.

[28] **N. Sarkozy**

« L'hospitalisation en milieu psychiatrique »

Discours d'Antony, décembre 2008.

[29] **J. L. Senon, C. Jonas, et M. Voyer**

« Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 "relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge" »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 170, n° 3, p. 211-215, avr. 2012.

[30] **J. L. Senon et M. Voyer**

« Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations »

Ann Med Psychol, vol. 170, p. 693-698, 2012.

[31] **Journal officiel de la République française**

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011

"Relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge".

[32] **A. Laguerre et F. Schürhoff**

« Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. Outils pratiques »

L'Encéphale, vol. 38, n° 2, p. 179-184, avr. 2012.

[33] **Journal Officiel de la République Française**

Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011

"Relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge".

[34] **J. B. Thierry**

« Consentement et soins psychiatriques »

F. Vialla (Ed.), Les grandes décisions du droit médical (2e éd.), 2014, p. 183.

[35] **D. Robiliard**

"Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : rapport d'étape", 18 décembre 2013.

[[Http://www.assemblee-nationale.fr/rap-info/i1662.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/rap-info/i1662.asp)]

[36] **B. Le Roux, D. Robiliard, et D. Lemorton**

"Proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie", juillet 2013.

[[Http://www.assemblee-nationale.fr/propositions/pion1223.asp](http://www.assemblee-nationale.fr/propositions/pion1223.asp)]

[37] **Journal officiel de la République française**

Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013

"Modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge".

[38] **J. M. Panfili**

« Soins psychiatriques sans consentement : la réduction du délai d'intervention du juge des libertés et de la détention constitue t'elle une bonne réponse ? »

Droit, Déontologie & Soins, vol. 13, n° 4, p. 436-442, déc. 2013.

[39] **J. M. Etcheverry**

« Procédures judiciaires de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques »

Cour d'appel de Lyon, 2011.

[40] **I. Rome**

« Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011 »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 170, n° 10, p. 703-705, déc. 2012.

[41] **J. Fauconnier, M. Bénézech, F. Hitier, et P. Le Bihan**

« L'intime conviction du juge des libertés et de la détention dans les soins psychiatriques sans consentement »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 173, n° 7, p. 627-628, sept. 2015.

[42] **C. Jonas**

« Le certificat circonstancié de la loi du 5 juillet 2011 : pourquoi ? Comment ? »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 170, n° 10, p. 699-702, déc. 2012.

[43] **M. Bénézech**

« Évaluation, jugement, vérité et intime conviction »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 170, n° 2, p. 139-140, mars 2012.

[44] **M. Bénézech, S. Sage, B. Degeilh, P. Le Bihan, et M. Ferré**

« À propos de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : réflexions psychologiques et médicolégales critiques »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 170, n° 3, p. 216-219, avr. 2012.

[45] **J. M. Panfili**

« L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : état des lieux après la loi du 5 juillet 2011 »

Droit, Déontologie & Soins, vol. 14, n° 3, p. 370-383, sept. 2014.

[46] **Journal officiel de la République française**

Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000

"Relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations".

[47] Code de la santé publique

Article D6143-33, vol. D6143-33.

[48] Code de la santé publique

Article L6143-7, vol. L6143-7.

[49] Tribunal de Grande Instance de Dijon

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 19 janvier 2012 », n° 2012/10.

[50] Cour d'Appel de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du 22 décembre 2014 », n° 14/08905.

[51] Code de la santé publique

Article L3211-2-2, vol. L3211-2-2.

[52] Cour d'Appel de Paris

« Ordonnance de mainlevée du 26 janvier 2015 », n° 15/00034.

[53] Journal officiel de la République française

Loi n° 79-587 du 11 juillet 1979

"Relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public".

[54] Journal officiel de la République française

« Conseil d'Etat du 09 novembre 2001 »

Publié au recueil Lebon, n° 235247.

[55] Code de la santé publique

Article L3213-1, vol. L3213-1.

[56] Journal officiel de la République française

« Conseil d'Etat du 13 novembre 2013 »

Publié au recueil Lebon, n° 352667.

[57] Cour d'Appel de Dijon

« Ordonnance de mainlevée du 22 mars 2013 », n° 13/00014.

[58] Cour d'Appel de Grenoble

« Ordonnance de mainlevée du 12 mai 2014 », n° 14/00014.

[59] Journal officiel de la République française

« Conseil d'Etat du 17 novembre 1997 »

Publié au recueil Lebon, n° 155196.

[60] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 01 Août 2014 », n° 14/00762.

[61] Code de la santé publique

Article L3211-12-1, vol. L3211-12-1.

[62] Code de la santé publique

Article R3211-27, vol. R3211-27.



[63] Tribunal de Grande Instance de Paris

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 06 décembre 2013 ».

[64] Code de la santé publique

Article L3211-2-1, vol. L3211-2-1.

[65] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance mainlevée du JLD le 12 avril 2016 », n° 16/00433.

[66] Cour d'Appel de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du 02 octobre 2015 », n° 15/06706.

[67] Code de la santé publique

Article L3212-1, vol. L3212-1.

[68] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 25 octobre 2013 », n° 13/01166.

[69] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 05 mai 2015 », n° 15/00452.

[70] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 19 août 2016 », n° 16/01023.

[71] Code de la santé publique

Article L3212-2, vol. L3212-2.

[72] Tribunal de Grande Instance de Bobigny

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 22 juillet 2013 », n° 13/4398.

[73] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 12 août 2014 », n° 14/06094.

[74] Cour d'Appel de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 11 août 2015 », n° 15/05823.

[75] Code de procédure civile - Article 15, vol. 15.

[76] Code de procédure civile - Article 16, vol. 16.

[77] Cour de Cassation

« Chambre civile 1, 18 juin 2014 », n° 13/16887.

[78] Code de la santé publique

Article L3211-3, vol. L3211-3.

[79] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 23 mai 2012 », n° 12/00516.

[80] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 13 février 2012 », n° 12/00140.

[81] Tribunal de Grande Instance de Meaux

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 01 juillet 2014 », n° 14/02104.

[82] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 19 septembre 2014 », n° 14/00947.

[83] Cour d'Appel d'Aix en Provence

« Ordonnance de mainlevée du 25 juillet 2014 », n° 2014/104.

[84] Journal officiel de la République française

« Cour Administrative d'Appel de Lyon », n° 13LY00455.

[85] Tribunal de Grande Instance de Brest

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 01 août 2014 », n° 274/2014.

[86] Tribunal de Grande Instance de Meaux

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 06 juin 2014 », n° 14/01798.

[87] Cour d'Appel de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du 20 mai 2014 », n° 14/03839.

[88] Tribunal Administratif de Nantes

03 octobre 2014, « Référé », n° 1408210.

[89] Tribunal de Grande Instance de Bordeaux

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 16 avril 2013 », n° 13/00440.

[90] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 13 février 2012 », n° 12/00140.

[91] Code de la santé publique

Article L3211-5, vol. L3211-5.

[92] Code de la santé publique

Article L3211-12-2, vol. L3211-12 -2.

[93] Code de la santé publique

Article R3211-12, vol. R3211-12.

[94] Code civil - Article 468, vol. 468.

[95] Tribunal de Grande Instance de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 05 octobre 2011 », n° 11/000617.

[96] Tribunal de Grande Instance de Créteil

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 10 septembre 2012 », n° 12/01732.

[97] Tribunal de Grande Instance de Dijon

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 23 novembre 2012 », n° 2012/294.

[98] Cour d'Appel de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du 20 mai 2015 », n° 15/03538.



[99] Code de la santé publique

Article R3211-24, vol. R3211-24.

[100] Journal Officiel de la République Française

« Décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement »

n° 189, p. 13667, août 2014.

[101] Tribunal de Grande Instance de Dijon

« Ordonnance de mainlevée du JLD du 19 janvier 2012 », *n° 2012/10.*

[102] Cour d'Appel de Douai

« Ordonnance de mainlevée du 05 juillet 2012 », *n° 12/00031.*

[103] Cour d'Appel de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du 24 octobre 2014 », *n° 14/07580.*

[104] Cour d'Appel de Versailles

« Ordonnance de mainlevée du 23 mai 2014 », *n° 14/03579.*

[105] Cour d'Appel de Douai

« Ordonnance de mainlevée du 15 décembre 2016 », *n° 16/00122.*

[106] Cour d'Appel d'Orléans

« Chambre correctionnelle du 11 septembre 2013 », *n° 2013/748.*

[107] **Code de la santé publique**

Article L3213-2, vol. L3213-2.

[108] **Cour d'Appel de Versailles**

« Ordonnance de mainlevée du 01 décembre 2014 », n° 14/08388.

[109] **Cour d'Appel de Versailles**

« Ordonnance de mainlevée du 24 octobre 2016 », n° 16/07393.

[110] **Cour d'Appel de Versailles**

« Ordonnance de mainlevée du 01 juillet 2015 », n° 15/04575.

[111] **G. Valmy, C. Levy, E. Barucq, S. Riffaud, G. Davignon, et J. L. Senon**

« Impact psychologique de l'audition devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) chez des patients hospitalisés suivant les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011 »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, vol. 170, n° 10, p. 731-737, déc. 2012.

[112] **K. Rossini et H. Verdoux**

« Étude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention »

L'Encéphale, vol. 41, n° 4, p. 332-338, sept. 2015.

[113] **B. O'Donoghue, J. Lyne, et M. Hill**

« Involuntary admission from the patients' perspective »

Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol, vol. 45, n° 6, p. 631-638, 2010.

[114] **Bulletin officiel du ministère de la justice**

« Circulaire du 18 août 2014 sur le contrôle judiciaire des soins psychiatriques sans consentement », août 2014.

[115] **K. Badiane**

« L'aide juridictionnelle »

Droit, Déontologie & Soins, vol. 7, n° 4, p. 461-463, déc. 2007.

[116] « **Conditions d'accès à l'aide juridictionnelle en 2017** »

[[Http://www.net-iris.fr/veille-juridique/actualite/29238/conditions-acces-a-aide-juridictionnelle-en-2017.php](http://www.net-iris.fr/veille-juridique/actualite/29238/conditions-acces-a-aide-juridictionnelle-en-2017.php).]

[117] **M. F. Perol-Dumont**

« Assistance juridique des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, question écrite n°15012 »

Publiée dans le Journal Officiel du Sénat, p. 26 février 2015.

[118] **Ministère de la justice**

« Assistance juridique des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, réponse à la question écrite n°15012 »

Publiée dans le Journal Officiel du Sénat, p. 06 octobre 2016.

[119] **G. Cambier**

« La loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement en psychiatrie : Regards croisés d'acteurs de proximité sur un nouveau dispositif », *travail de thèse, 2013.*

[120] **M. Destal**

« Réforme de la psychiatrie : l'angoisse nouvelle des magistrats »

Libération, juin-2011.

[121] **Code de la santé publique**

Article R3211-8, vol. R3211-8.

[122] **J. M. André**

« Regards sur le contentieux de l'hospitalisation sans consentement »

La lettre du Syndicat des avocats de France, Mai 2015.

[123] **Oxfoz, « Rapport d'activité 2013 »**

Site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté, 16-avr-2014.

[[Http://www.cglpl.fr/2014/rapport-dactivite-2013-2/](http://www.cglpl.fr/2014/rapport-dactivite-2013-2/)]

[124] **T. Godet**

« Motifs de levées de 102 mesures de soins psychiatriques sans consentement »

European Psychiatry, vol. 30, n° 8, Supplement, p. S140-S141, nov. 2015.

[125] **T. Godet, E. Péchillon, M. Biotteau-Lacoste, J. L. Senon, et P. Gaillard**

« Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures »

Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique, déc. 2016.

[126] **American Psychiatric Association**

DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 2015.

[127] **K. Hustoft, T. K. Larsen, B. Auestad, I. Joa, J. O. Johannessen, et T. Ruud**

« Predictors of Involuntary Hospitalizations to Acute Psychiatry »

Int J Law Psychiatry, vol. 36, n° 2, p. 136-143, 2013.

[128] **V. Lorant, C. Depuydt, B. Gillain, A. Guillet, et V. Dubois**

« Involuntary Commitment in Psychiatric Care : What Drives the Decision? »

Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, vol. 42, n° 5, p. 360-365, 2007.

[129] **M. Coldefy et C. Nestrigue**

« L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du Rim-P et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011 »

Questions d'économie de la santé, n° 193, décembre 2013.

[130] **Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH)**

« Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie (Rim-P) », 2015.

[131] **G. Cambier, T. Bougerol, et P. Micheletti**

« Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie »

Santé Publique, vol. 25, n° 6, p. 793-802, 2013.

[132] **Conseil National de l'Ordre des Médecins**

"Les modèles de certificats"

[<https://www.conseil-national.medecin.fr/groupe/53/tous>]

[133] **J. Fauconnier**

« Le rôle du juge des libertés et de la détention en soins psychiatriques sans consentement »

Université de Bordeaux, Mémoire pour le Master 2 Droit de la Santé, 2014.

Liste des sigles

ARS : Agence Régionale de Santé

ATIH : Agence Technique de l'Information sur l'Hospitalisation

CDHP : Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CDU : Commission Des Usagers

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CNOM : Conseil National de l'Ordre des Médecins

CRPA : Cercle de Réflexion et de Proposition d'Action sur la psychiatrie

CSP : Code de Santé Publique

DIM : Département d'Information Médicale

HAS : Haute Autorité de Santé

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HO : Hospitalisation d'Office

JA : Juge d'Appel

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité

SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPDRE : Soins Psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat

SPDTU : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers d'Urgence

SPPI : Soins Psychiatriques en cas de Péril Imminent

TGI : Tribunal de Grande Instance

UCER : Unité de Consultation, d'Enseignement et de Recherche

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

UMD : Unité pour Malades Difficiles

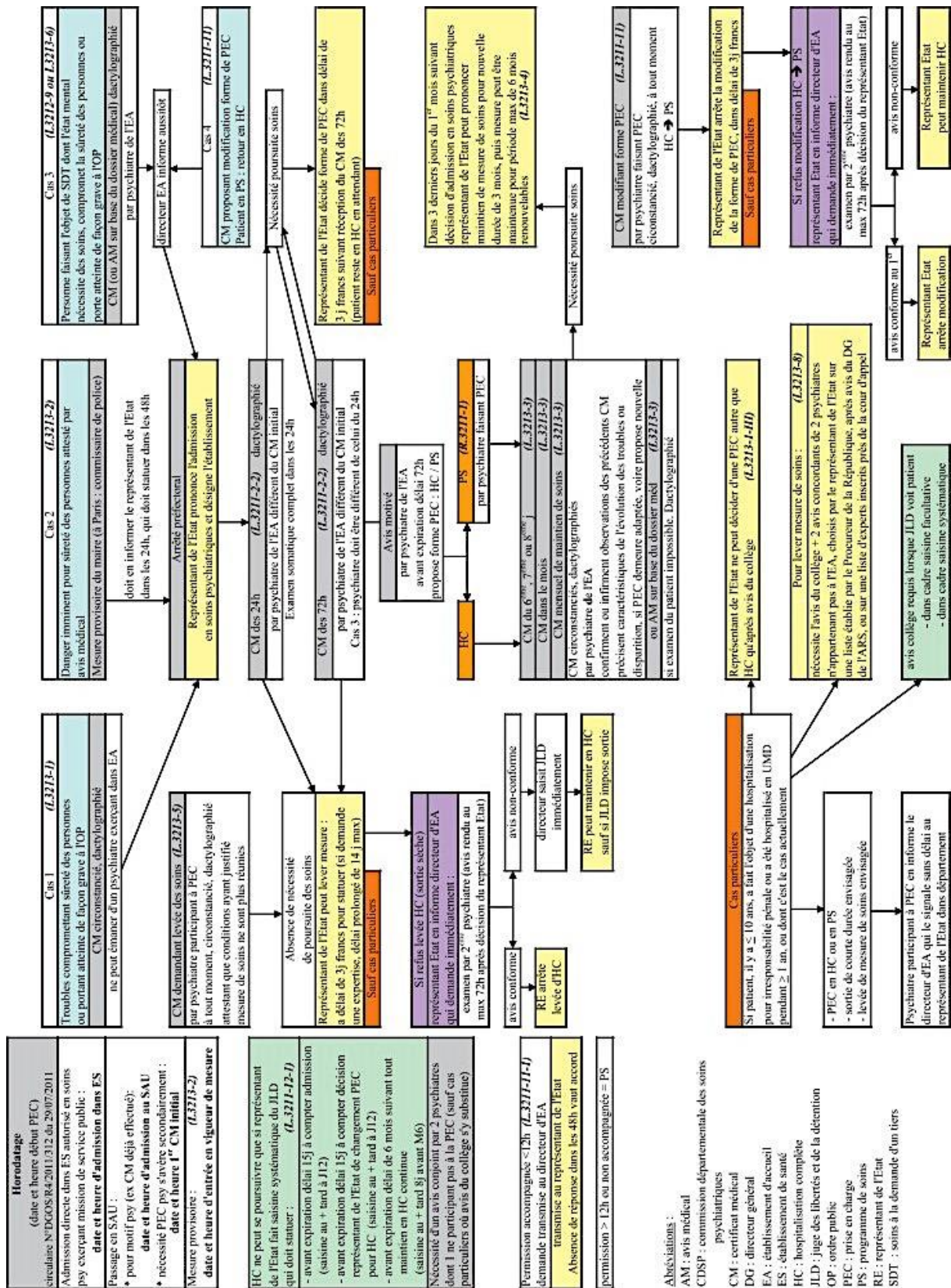


Annexes

Annexe 1. Admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers	169
Annexe 2. Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat	170
Annexe 3. Protocole de recherche	171
Annexe 4. Ordonnance de mainlevée de mesure de soins sans consentement ...	173



Annexe 2. Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat



Annexe 3. Protocole de recherche

Promoteur : Centre Hospitalier Esquirol de Limoges

Titre de la thèse : Place donnée à l'autorité judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement depuis la loi du 05 Juillet 2011.

Une étude descriptive rétrospective des motifs de mainlevée de mesures de soins psychiatriques sans consentement en Haute-Vienne.

Méthodes : Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective des motifs de mainlevée en Haute-Vienne d'Aout 2011 à Avril 2017.

- L'**objectif principal** consiste à regrouper et à analyser le (ou les) motif(s) de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement ordonnées par l'autorité judiciaire sur le CH Esquirol depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, donnée que l'on trouve dans l'ordonnance de mainlevée qui se trouve dans le dossier papier du patient.
- L'**objectif secondaire** consiste à décrire les conséquences de la mainlevée de la mesure de soins sans consentement sur la prise en charge du patient. Il nous a paru nécessaire de distinguer : les conséquences immédiates (ce qui est décidé par l'équipe médicale pour le patient dans les 24 heures suivant la mainlevée), le devenir à court terme (le devenir du patient dans les trois mois suivant la mainlevée), le devenir à long terme (le devenir du patient à plus de trois mois).

Population étudiée : il s'agit de patients hospitalisés en soins sans consentement (SPDT, SPPI, SPDTU SPDRE) au CH Esquirol depuis le 01 Aout 2011 pour lesquels une mainlevée de la mesure de soins sans consentement a été ordonnée par l'autorité judiciaire (Juge Des Libertés ou le Juge d'Appel).

Critères d'inclusion :

- Patient majeur
- Patient hospitalisé en soins sans consentement, quel que soit le mode d'hospitalisation sur le CH Esquirol sur une période allant du 01/08/11 au 30/04/17
- Une mainlevée de la mesure de soins sans consentement a été ordonnée par l'autorité judiciaire

Grille d'analyse : ce qui sera précisément recherché dans le dossier patient (papier et informatisé) :

- Initiales du patient
- Sexe
- Age au moment de la mainlevée de la mesure de soins sans consentement
- Mode d'hospitalisation
- Année de levée
- Mode de levée
- Antécédents d'hospitalisation psychiatrique
- Motif d'hospitalisation
- Diagnostic CIM-10 au moment de l'audience
- Motif de mainlevée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement
- Conséquences sur la prise en charge : immédiates, à court terme, à long terme.

Durée de l'étude : Août 2011 à Avril 2017.

Annexe 4. Ordonnance de mainlevée de mesure de soins sans consentement

Minute N° 17/00139

TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE LIMOGES

JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION

N° du dossier : 17/00134

ORDONNANCE

du 07 Avril 2017

Madame Isabelle PARMENTIER, juge des libertés et de la détention au tribunal de grande instance de LIMOGES, assistée de Madame Annie PICHON, Greffier, a rendu l'ordonnance suivante en audience publique.

A l'audience du 6 avril 2017, le Juge des libertés et de la détention, assistée de Madame Maryse MAYEN, Greffier, a mis en délibéré l'affaire au 7 avril 2017 à 13h30 par mise à disposition au greffe.

A la requête de :

M. LE DIRECTEUR DU CH ESQUIROL

en application des dispositions de l'article L 3211 - 12 - 1 du code de la santé publique ,

Aux fins de statuer sur la poursuite de la mesure d'hospitalisation complète décidée conformément aux dispositions des articles L 3212 - 1 à L 3212 - 12 du code de la santé publique de :

Monsieur [REDACTED], né le [REDACTED] à [REDACTED]
demeurant [REDACTED]

actuellement hospitalisé au Centre Hospitalier Esquirol à Limoges

Défendeur ; comparant en personne dans la salle d'audience spécialement aménagée au C.H. Esquirol

assisté par Me Arnaud TOULOUSE, avocat du Barreau de LIMOGES.

* * * * *

Vu la saisine obligatoire du Juge des libertés et de la détention par M. LE DIRECTEUR DU CH ESQUIROL en date du 03 Avril 2017.

Avis a été donné pour l'audience du 06 Avril 2017 à Monsieur [REDACTED] Monsieur le Directeur du C.H. ESQUIROL, Monsieur le Procureur de la République, Madame [REDACTED] et Me Arnaud TOULOUSE.

* * * * *

A notre audience publique du 06 Avril 2017, Monsieur [REDACTED] est comparant et a été entendu en ses déclarations ;

Me Arnaud TOULOUSE assiste Monsieur [REDACTED] et a été entendu en ses observations,

Par observations écrites, Monsieur le Procureur, au vu des éléments médicaux versés au dossier, conclut au maintien en hospitalisation sous contrainte ;

Monsieur [REDACTED] sollicite la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète. Il indique qu'il devrait normalement quitter l'hôpital la semaine prochaine mais que ce délai lui paraît trop long car il a maintenant bien compris la leçon. Il accepterait d'être hospitalisé dans une unité libre mais considère que son état ne justifie pas qu'il soit enfermé. Il dit n'avoir consommé de la cocaïne que quelquefois, accepter d'être suivi médicalement et ne plus vouloir consommer de produits stupéfiants.

Maître TOULOUSE fait observer que sur le fond la mesure n'est pas justifiée. En effet, depuis l'admission de Monsieur [REDACTED] dans une unité fermée, aucun certificat médical ne mentionne l'existence de troubles du comportement justifiant une mesure de contrainte sachant que l'intéressé est tout à fait d'accord pour les soins et la nécessité d'arrêter la consommation de stupéfiants.

L'affaire a été mise en délibéré au 07 Avril 2017 à 13 heures 30 par mise à disposition au greffe.

SUR QUOI,

Vu la Loi 2011 - 803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge,

Vu le décret N° 2011- 846 du 18 Juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques,

Vu les certificats médicaux versés au dossier, notamment l'avis de saisine du juge des libertés et de la détention en date du 3 avril 2017 ;

Attendu qu'il résulte des certificats médicaux régulièrement établis dans le cadre de la procédure d'hospitalisation complète et des éléments recueillis à l'audience, que monsieur [REDACTED] a dans un premier temps été hospitalisé dans une unité ouverte. A la suite d'une demande de sortie prématurée et de son refus de poursuivre les soins permettant une évaluation clinique plus poussée, il a été transféré dans un pavillon fermé de l'établissement hospitalier et placé sous le régime des soins psychiatriques sans consentement à la demande de sa mère le 28 mars 2017. A cette date, le certificat médical mentionnait : toxicomanie à la cocaïne, agressivité envers ses parents, aucune critique des événements récents, déni de sa pathologie, minimise les raisons de son hospitalisation.

Attendu que le dernier certificat médical établi le 3 avril 2017 mentionne que le patient est calme et qu'il décrit une thymie neutre sans idéation suicidaire associée, qu'il ne présente pas de troubles du comportement ; que néanmoins son adhésion aux soins reste fragile et fluctuante et qu'afin de permettre une évaluation clinique plus approfondie, il est nécessaire de poursuivre une surveillance clinique continue.

Attendu qu'il ne résulte pas des certificats médicaux et notamment de l'avis de saisine du juge des libertés et de la détention du 3 avril 2017 l'existence de trouble du comportement, d'une pathologie, ou de difficulté particulière en lien avec l'état de santé de Monsieur [REDACTED] justifiant la poursuite des soins sans consentement. Le seul fait de la fragilité et du caractère fluctuant du consentement aux soins est insuffisant dès lors qu'il n'est pas mentionné dans les pièces médicales, la pathologie ou le trouble dont est atteint le patient et qui impose une prise en charge psychiatrique dans le cadre d'une hospitalisation fermée.

Attendu qu'à l'audience, Monsieur [REDACTED] a tenu des propos cohérents et lucides sur sa consommation de toxiques, même s'il peut la minimiser, qui l'a conduit à accepter une hospitalisation libre. Qu'à ce jour, il paraît avoir évolué et compris la nécessité d'une prise en charge médicale suivie. Que l'imaturité dont il fait preuve est en lien avec son jeune âge puisqu'il n'a que 20 ans.

Attendu qu'en conséquence, la poursuite de l'hospitalisation sous contrainte n'apparaît plus nécessaire.

Que toutefois, afin de permettre la sortie de monsieur [REDACTED] dans les meilleures conditions possibles avant son retour à domicile et afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi par le psychiatre de l'établissement en application de l'article L 3211-2-1 du code de la santé publique, il conviendra de dire que la mainlevée prendra effet dans un délai maximal de 24 heures, soit au plus tard le samedi 8 avril 2017 à 13 h 30 ;

PAR CES MOTIFS

Statuant en audience publique et en premier ressort,

Ordonne la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète de Monsieur [REDACTED] au Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.

Dit qu'en application de l'article L 3211-12-1 III du code de la santé publique, la mainlevée prendra effet dans un délai maximal de 24 heures, soit au plus tard le samedi 8 avril 2017 à 13 h 30 ;


Laisse les dépens à la charge du Trésor Public.

Le Greffier,



Annie PICHON

Le Juge des Libertés et de la Détention,



Isabelle PARMENTIER

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

Place donnée à l'autorité judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement depuis la loi du 5 juillet 2011. Une étude descriptive rétrospective des motifs de mainlevée de mesures de soins psychiatriques sans consentement en Haute-Vienne.

Depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, en présence de soins psychiatriques sans consentement, les différentes atteintes aux droits des patients peuvent faire l'objet d'une mainlevée par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD).

L'objectif de cette étude était de regrouper et d'analyser le (ou les) motif(s) de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement ordonnées par l'autorité judiciaire sur le CH Esquirol depuis la mise en place de cette loi. Elle portait également sur la description des conséquences de la mainlevée sur la prise en charge des patients.

Parmi les 43 mainlevées comptabilisées, nous en retrouvons 14 ordonnées par défaut de motivation des certificats médicaux, soit 32,5 %, 11 ordonnées par l'intime conviction du JLD, soit 25,6 %, 7 ordonnées en raison de la présence d'un certificat médical de levée d'hospitalisation réalisé par un psychiatre, soit 16,3 %, 6 ordonnées par défaut de légalité externe, soit 14 % et 5 ordonnées par défaut de procédure contradictoire, soit 11,6 %. Dans la majorité des cas, suite à la mainlevée, il est proposé au patient un rendez-vous de consultation rapide avec un psychiatre ou l'équipe soignante avant sa sortie d'hospitalisation, ce qui permet d'éviter une rupture de soins prématurée.

Cette étude confirme que l'amélioration des pratiques passe par la réalisation de protocoles conciliant les opinions et besoins des différents intervenants (Santé, Justice), par l'optimisation de la communication entre le monde médical et le monde judiciaire et l'importance d'un travail commun dans l'intérêt du patient. Elle montre également l'importance de la mise en place d'une prise en charge adaptée pour éviter une rupture de soins à la sortie de l'hospitalisation.

Mots-clés : loi du 5 juillet 2011, soins sans consentement, mainlevée, JLD, certificats, conséquences

Place given to the judicial authority for psychiatric care without consent since the law of July 5, 2011. A descriptive and retrospective study on the motives of withdrawal in regard to psychiatric care without consent in Haute-Vienne.

Since the introduction of the law of July 5, 2011, in the presence of psychiatric care without consent, the patients' various rights violations can be lifted by the Judge of Liberties and Detention. The aim of this study was to gather and analyze the reason(s) for the legal withdrawal of psychiatric care without consent ordered by the judicial authority at the Esquirol Hospital since the implementation of this law. It also dealt with the consequences that the legal withdrawal had on patient care. Of the 43 withdrawals reported, 14 (32.5%) of them were ordered because no reasons were stated on the medical certificate, 11 (25.6%) were ordered on the judge's personal conviction, 7 (16.3%) were ordered due to the presence of a medical certificate issued by a psychiatrist prescribing a discharge from hospital, 6 (14%) were ordered because of a lack of external legality, and 5 (11.6%) were ordered for lack of adversarial procedure. In the majority of cases, following the legal withdrawal, the patient is offered a quick consultation with a psychiatrist or healthcare team before leaving the hospital in order to avoid a premature termination of care. This study confirms that the improvement of practices requires the implementation of protocols that reconcile the opinions and needs of the various stakeholders (Health, Justice), optimising the communication between the medical world and the judiciary world and the importance of joint work in the interest of the patient. It also shows the importance of setting up the appropriate care to avoid a termination of medical care after leaving the hospital.

Keywords : law of July 5, 2011, care without consent, withdrawal, JLD, certificate, consequences

