

FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

Année 2016

N°

Thèse

pour le

DOCTORAT EN MEDECINE

Diplôme d'État

Par

GODET Tony
Né le 02 novembre 1987 à Vendôme

Présentée et soutenue publiquement le 29 février 2016

TITRE

**SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT:
ÉTUDE DES MOTIFS DE MAINLEVÉE DE 117 MESURES ET RECOMMANDATIONS
PRATIQUES**

Jury

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

**Membres du jury : Monsieur le Professeur Nicolas BALLON
Monsieur le Professeur Jean Louis SENON
Madame le Docteur Florence DUBOIS CARMAGNAT
Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU LACOSTE
Monsieur Éric PECHILLON, Maître de Conférences**

UNIVERSITE FRANCOIS RABELAIS
FACULTE DE MEDECINE DE TOURS

DOYEN

Professeur Patrice DIOT

VICE-DOYEN

Professeur Henri MARRET

ASSESEURS

Professeur Denis ANGOULVANT, *Pédagogie*
Professeur Mathias BUCHLER, *Relations internationales*
Professeur Hubert LARDY, *Moyens – relations avec l'Université*
Professeur Anne-Marie LEHR-DRYLEWICZ, *Médecine générale*
Professeur François MAILLOT, *Formation Médicale Continue*
Professeur Philippe ROINGEARD, *Recherche*

SECRETAIRE GENERALE

Madame Fanny BOBLETER

DOYENS HONORAIRES

Professeur Emile ARON (†) – 1962-1966
Directeur de l'Ecole de Médecine - 1947-1962
Professeur Georges DESBUQUOIS (†)- 1966-1972
Professeur André GOUAZÉ - 1972-1994
Professeur Jean-Claude ROLLAND – 1994-2004
Professeur Dominique PERROTIN – 2004-2014

PROFESSEURS EMERITES

Professeur Alain AUTRET
Professeur Catherine BARTHELEMY
Professeur Jean-Claude BESNARD
Professeur Philippe BOUGNOUX
Professeur Patrick CHOUTET
Professeur Etienne DANQUECHIN-DORVAL
Professeur Guy GINIES
Professeur Olivier LE FLOCH
Professeur Etienne LEMARIE
Professeur Chantal MAURAGE
Professeur Léandre POURCELOT
Professeur Michel ROBERT
Professeur Jean-Claude ROLLAND

PROFESSEURS HONORAIRES

P. ANTHONIOZ – A. AUDURIER – P. BAGROS – G. BALLON – P. BARDOS – J.L. BAULIEU – C. BERGER –
P. BEUTTER – C. BINET – P. BONNET – M. BROCHIER – P. BURDIN – L. CASTELLANI – B.
CHARBONNIER – J.P. FAUCHIER – F. FETISSOF – B. GRENIER – A. GOUAZE – M. JAN – J.P.
LAMAGNERE – F. LAMISSE – J. LANSAC – Y. LANSON – J. LAUGIER – P. LECOMTE – G. LELORD – G.
LEROY – Y. LHUINTRE – M. MARCHAND – C. MERCIER – J. MOLINE – C. MORAINÉ – J.P. MUH – J.
MURAT – H. NIVET – P. RAYNAUD – A. ROBIER – A. SAINDELLE – J.J. SANTINI – D. SAUVAGE – J.
THOUVENOT – B. TOUMIEUX – J. WEILL

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

MM.	ALISON Daniel.....	Radiologie et imagerie médicale
	ANDRES Christian.....	Biochimie et biologie moléculaire
	ANGOULVANT Denis.....	Cardiologie
	ARBEILLE Philippe.....	Biophysique et médecine nucléaire
	AUPART Michel.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	BABUTY Dominique.....	Cardiologie
	BALLON Nicolas.....	Psychiatrie ; addictologie
Mme	BARILLOT Isabelle.....	Cancérologie ; radiothérapie
MM.	BARON Christophe.....	Immunologie
	BERNARD Louis.....	Maladies infectieuses et maladies tropicales
	BODY Gilles.....	Gynécologie et obstétrique
	BONNARD Christian.....	Chirurgie infantile
Mme	BONNET-BRILHAULT Frédérique.....	Physiologie
MM.	BRILHAULT Jean.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	BRUNEREAU Laurent.....	Radiologie et imagerie médicale
	BRUYERE Franck.....	Urologie
	BUCHLER Matthias.....	Néphrologie
	CALAIS Gilles.....	Cancérologie, radiothérapie
	CAMUS Vincent.....	Psychiatrie d'adultes
	CHANDENIER Jacques.....	Parasitologie, mycologie
	CHANTEPIE Alain.....	Pédiatrie
	COLOMBAT Philippe.....	Hématologie, transfusion
	CONSTANS Thierry.....	Médecine interne, gériatrie
	CORCIA Philippe.....	Neurologie
	COSNAY Pierre.....	Cardiologie
	COTTIER Jean-Philippe.....	Radiologie et imagerie médicale
	COUET Charles.....	Nutrition
	DE LA LANDE DE CALAN Loïc.....	Chirurgie digestive
	DE TOFFOL Bertrand.....	Neurologie
	DEQUIN Pierre-François.....	Thérapeutique
	DESTRIEUX Christophe.....	Anatomie
	DIOT Patrice.....	Pneumologie
	DU BOUJEXIC de PINIEUX Gonzague.....	Anatomie & cytologie pathologiques
	DUCLUZEAU Pierre-Henri.....	Médecine interne, nutrition
	DUMONT Pascal.....	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
	EL HAGE Wissam.....	Psychiatrie adultes
	EHRMANN Stephan.....	Réanimation d'urgence
	FAUCHIER Laurent.....	Cardiologie
	FAVARD Luc.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	FOUQUET Bernard.....	Médecine physique et de réadaptation
	FRANCOIS Patrick.....	Neurochirurgie
	FROMONT-HANKARD Gaëlle.....	Anatomie & cytologie pathologiques
	FUSCIARDI Jacques.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale ; médecine d'urgence
	GAILLARD Philippe.....	Psychiatrie d'adultes
	GOGA Dominique.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	GOUDEAU Alain.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUPILLE Philippe.....	Rhumatologie
	GRUEL Yves.....	Hématologie, transfusion
	GUERIF Fabrice.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	GUILMOT Jean-Louis.....	Chirurgie vasculaire, médecine vasculaire
	GUYETANT Serge.....	Anatomie et cytologie pathologiques
	GYAN Emmanuel.....	Hématologie, transfusion
	HAILLOT Olivier.....	Urologie
	HALIMI Jean-Michel.....	Thérapeutique
	HANKARD Régis.....	Pédiatrie
	HERAULT Olivier.....	Hématologie, transfusion
	HERBRETEAU Denis.....	Radiologie et imagerie médicale
Mme	HOMMET Caroline.....	Médecine interne, gériatrie
MM.	HUTEN Noël.....	Chirurgie générale
	LABARTHE François.....	Pédiatrie
	LAFFON Marc.....	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale, médecine d'urgence
	LARDY Hubert.....	Chirurgie infantile
	LAURE Boris.....	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
	LEBRANCHU Yvon.....	Immunologie
	LECOMTE Thierry.....	Gastroentérologie, hépatologie
	LESCANNE Emmanuel.....	Oto-rhino-laryngologie

	LINASSIER Claude.....	Cancérologie, radiothérapie
	LORETTE Gérard.....	Dermato-vénéréologie
	MACHET Laurent.....	Dermato-vénéréologie
	MAILLOT François.....	Médecine interne, gériatrie
	MARCHAND-ADAM Sylvain.....	Pneumologie
	MARRET Henri.....	Gynécologie-obstétrique
Mme	MARUANI Annabel.....	Dermatologie-vénéréologie
MM.	MEREGHETTI Laurent.....	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
	MORINIERE Sylvain.....	Oto-rhino-laryngologie
Mme	MOUSSATA Driffa.....	Gastro-entérologie
MM.	MULLEMAN Denis.....	Rhumatologie
	ODENT Thierry.....	Chirurgie infantile
	PAGES Jean-Christophe.....	Biochimie et biologie moléculaire
	PAINTAUD Gilles.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	PATAT Frédéric.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PERROTIN Dominique.....	Réanimation médical, médecine d'urgence
	PERROTIN Franck.....	Gynécologie-obstétrique
	PISELLA Pierre-Jean.....	Ophthalmologie
	QUENTIN Roland.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	REMERAND Francis.....	Anesthésiologie et réanimation, médecine d'urgence
	ROINGEARD Philippe.....	Biologie cellulaire
	ROSSET Philippe.....	Chirurgie orthopédique et traumatologique
	ROYERE Dominique.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
	RUSCH Emmanuel.....	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
	SALAME Ephrem.....	Chirurgie digestive
	SALIBA Elie.....	Biologie et médecine du développement et de la reproduction
Mme	SANTIAGO-RIBEIRO Maria.....	Biophysique et médecine nucléaire
MM.	SIRINELLI Dominique.....	Radiologie et imagerie médicale
	THOMAS-CASTELNAU Pierre.....	Pédiatrie
Mme	TOUTAIN Annick.....	Génétique
MM.	VAILLANT Loïc.....	Dermato-vénéréologie
	VELUT Stéphane.....	Anatomie
	VOURC'H Patrick.....	Biochimie et biologie moléculaire
	WATIER Hervé.....	Immunologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	LEBEAU Jean-Pierre
Mme	LEHR-DRYLEWICZ Anne-Marie

PROFESSEURS ASSOCIES

MM.	MALLET Donatien.....	Soins palliatifs
	POTIER Alain.....	Médecine Générale
	ROBERT Jean.....	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme	ANGOULVANT Théodora.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
M.	BAKHOS David.....	Physiologie
Mme	BERNARD-BRUNET Anne.....	Cardiologie
M.	BERTRAND Philippe.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
Mme	BLANCHARD Emmanuelle.....	Biologie cellulaire
	BLASCO Hélène.....	Biochimie et biologie moléculaire
M.	BOISSINOT Éric.....	Physiologie
Mme	CAILLE Agnès.....	Biostatistiques, informatique médical et technologies de communication
M.	DESOUBEAUX Guillaume.....	Parasitologie et mycologie
Mmes	DOMELIER Anne-Sophie.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	DUFOUR Diane.....	Biophysique et médecine nucléaire
	FOUQUET-BERGEMER Anne-Marie.....	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	GATAULT Philippe.....	Néphrologie
Mmes	GAUDY-GRAFFIN Catherine.....	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	GOUILLEUX Valérie.....	Immunologie
	GUILLON-GRAMMATICO Leslie.....	Biostatistiques, Informatique médical et Technologies de Communication
MM.	HOARAU Cyrille.....	Immunologie
	HOURIOUX Christophe.....	Biologie cellulaire

Mmes	LARTIGUE Marie-Frédérique	Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
	LE GUELLEC Chantal	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique
	MACHET Marie-Christine	Anatomie et cytologie pathologiques
MM.	PIVER Eric	Biochimie et biologie moléculaire
	ROUMY Jérôme.....	Biophysique et médecine nucléaire
	PLANTIER Laurent	Physiologie
Mme	SAINT-MARTIN Pauline	Médecine légale et droit de la santé
MM.	SAMIMI Mahtab	Dermatologie-vénérologie
	TERNANT David.....	Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique

MAITRES DE CONFERENCES

Mmes	AGUILLON-HERNANDEZ Nadia.....	Neurosciences
	ESNARD Annick	Biologie cellulaire
M.	LEMOINE Maël	Philosophie
Mme	MONJAUZE Cécile	Sciences du langage - orthophonie
M.	PATIENT Romuald	Biologie cellulaire
Mme	RENOUX-JACQUET Cécile	Médecine Générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE

M.	IVANES Fabrice.....	Cardiologie
----	---------------------	-------------

CHERCHEURS INSERM - CNRS - INRA

M.	BOUAKAZ Ayache	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
Mmes	BRUNEAU Nicole	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	CHALON Sylvie.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	CHARBONNEAU Michel.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	COURTY Yves.....	Chargé de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
	GAUDRAY Patrick	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	GILOT Philippe	Chargé de Recherche INRA – UMR INRA 1282
	GOUILLEUX Fabrice	Directeur de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
Mmes	GOMOT Marie	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
	GRANDIN Nathalie	Chargée de Recherche CNRS – UMR CNRS 7292
	HEUZE-VOURCH Nathalie.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
MM.	KORKMAZ Brice	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100
	LAUMONNIER Frédéric.....	Chargé de Recherche INSERM - UMR INSERM 930
	LE PAPE Alain.....	Directeur de Recherche CNRS – UMR INSERM 1100
Mme	MARTINEAU Joëlle	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 930
MM.	MAZURIER Frédéric.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
	MEUNIER Jean-Christophe.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR INSERM 966
	RAOUL William.....	Chargé de Recherche INSERM – UMR CNRS 7292
Mme	RIO Pascale.....	Chargée de Recherche INSERM – UMR INSERM 1069
M.	SI TAHAR Mustapha.....	Directeur de Recherche INSERM – UMR INSERM 1100

CHARGES D'ENSEIGNEMENT

Pour l'Ecole d'Orthophonie

Mme	DELORE Claire	Orthophoniste
MM.	GOUIN Jean-Marie	Praticien Hospitalier
	MONDON Karl	Praticien Hospitalier
Mme	PERRIER Danièle.....	Orthophoniste

Pour l'Ecole d'Orthoptie

Mme	LALA Emmanuelle	Praticien Hospitalier
M.	MAJZOUB Samuel.....	Praticien Hospitalier

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette Faculté,
de mes chers condisciples
et selon la tradition d'Hippocrate,
je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur
et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent,
et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admis dans 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 le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres,
je rendrai à leurs enfants
l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime
si je suis fidèle à mes promesses.
Que je sois couvert d'opprobre
et méprisé de mes confrères
si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tours.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le Président du Jury de cette thèse.

Je vous remercie également pour la qualité et la richesse de votre enseignement, dont j'ai pu bénéficier au cours de mon internat.

Veillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon plus profond respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Nicolas BALLON,

Professeur des Universités en Addictologie et Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Tours,
Chef du pôle du département de Psychiatrie et Addictologie du CHRU de Tours,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement, en particulier en addictologie, dont j'ai pu bénéficier tout au long de mon internat.

Veuillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

À Monsieur le Professeur Jean Louis SENON,

Professeur des Universités en Psychiatrie à la Faculté de Médecine de Poitiers,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Je vous remercie pour la qualité de votre enseignement en psychiatrie légale et criminologie, qui a grandement contribué à attiser mon intérêt pour cette discipline.

Veillez trouver ici, Monsieur le Professeur, le témoignage de mon profond respect et de ma gratitude.

À Madame le Docteur Florence DUBOIS-CARMAGNAT,

Praticien Hospitalier au Urgences Psychiatriques du CHRU de Tours,
Assistante Chef de pôle du département Psychiatrie et Addictologie du CHRU de Tours,

Je vous remercie d'avoir accepté de juger mon travail.

Je vous remercie de m'avoir accueilli, apporté votre confiance et supervisé avec
bienveillance lors de mon stage aux urgences psychiatriques.

Veillez trouver ici l'expression de ma respectueuse reconnaissance.

À ma directrice de thèse, Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU LACOSTE,

Praticien Hospitalier à la Clinique Psychiatrique Universitaire,

Je te remercie d'avoir accepté de diriger ce travail.

Je te remercie de m'avoir accompagné et soutenu dans la réalisation de ce travail, avec beaucoup de gentillesse et de rigueur.

Tes connaissances et la qualité de tes réflexions m'ont beaucoup apporté.

Reçois ici l'expression de ma profonde reconnaissance et mon plus grand respect.

À mon codirecteur de thèse, Monsieur Éric PECHILLON,

Maître de Conférences Universitaires – HDR à la faculté de Droit de Rennes

Je vous remercie d’avoir accepté de codiriger ce travail.

Je vous remercie de m’avoir conseillé et guidé tout au long de ce travail, avec rigueur et optimisme.

Je vous remercie de l’intérêt que vous avez porté, dès le début, à ce travail, et de la qualité de votre enseignement en droit.

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude et de mes respectueux remerciements.

Au Docteur JONAS,

Qui m'a guidé et fait confiance dès le début de ce projet, avec beaucoup de bienveillance, et de disponibilité.

Qui m'a permis de découvrir, plus précisément, le droit médical et la psychiatrie légale.

Je lui dédie ce travail.

MERCI

Aux personnes qui ont contribué à la réalisation de ce travail : la direction de la psychiatrie de Tours, la direction de la psychiatrie de Châteauroux.

Aux équipes de soins qui m'ont accueilli tout au long de mon internat : l'équipe du « Psycho » de Blois, l'équipe de « la Maison Jaune » de Vendôme, l'équipe du service de pédopsychiatrie du CH George Sand qui m'a initié aux rudiments de la psychanalyse, l'équipe du Pavillon D de Gireugne qui m'a fait découvrir l'addictologie, l'équipe de pédopsychiatrie de Clocheville et de Bretonneau, l'équipe des urgences psychiatriques de Trousseau, et l'équipe de la Chesnaie qui m'a initié à la psychothérapie institutionnelle.

À mes parents pour leur affection, et leur soutien inconditionnel,

À ma sœur pour sa gentillesse, son affection, sa présence, et son humour,

Aux « jumelles » avec qui, depuis ce fameux 0 en embryo, je partage une très grande amitié,

À Pauline L., Pauline M. et Thomas pour leur amitié, et les soirées « potins » organisées chez moi,

À Aude pour sa minutieuse relecture, heureusement que le karaté nous a fait nous rencontrer,

À Sarah B. pour sa fabuleuse, et très utile « théorie du camion »,

À Sébastien, pour son aide, son état d'esprit, et son « blue sky, think blue sky »,

À mes co-internes avec qui j'ai passé de supers stages : Jeanne, Catherine, Thomas (encore), Marion M., et Elsa,

À la coloc' familiale de Châteauroux,

À Agnès, Dimitri, Diane, Yannick, Laure, Adrien, Marion B., Manu, Marc Emmanuel pour les bons moments passés ensemble.

Résumé

Depuis la loi du 5 juillet 2011, le juge des libertés et de la détention examine la situation des patients en soins psychiatriques sans consentement dans le cadre de la saisine facultative et dans le cadre de la saisine obligatoire pour les patients hospitalisés au delà de 12 jours. Il peut alors ordonner la mainlevée des mesures lorsqu'il constate une illégalité fondée sur un vice de forme ou de fond. Cette thèse a donc pour objectifs d'identifier les motifs de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement en France, depuis la loi du 5 juillet 2011, modifiée le 23 septembre 2013, et de proposer des recommandations dans le but de limiter ces mainlevées et leurs conséquences.

La première partie dresse un historique des normes juridiques ayant encadré les hospitalisations en psychiatrie, depuis l'Ancien Régime jusqu'à aujourd'hui, où le respect des droits des patients est une préoccupation importante.

Dans la deuxième partie, nous avons réalisé une étude portant sur 117 décisions judiciaires ordonnant la mainlevée de mesures de soins psychiatriques sans consentement, recueillies du 01/01/12 au 31/07/15 sur toute la France, et nous avons répertorié chaque motif retenu par le juge, comme imposant d'ordonner une mainlevée de la mesure. Ainsi, 13 groupes ont été identifiés :

- les critères d'admission non remplis ;
- « l'incompétence » médicale ;
- l'absence d'examen somatique ;
- les programmes de soins non conformes ;
- les délégations de signatures irrégulières ;
- l'identification du signataire impossible ;
- l'absence de motivation des actes administratifs ;
- le défaut d'information du patient sur la mesure de soins sans consentement ;
- le défaut de recueil des observations du patient ;
- les délais écoulés ;
- l'absence de documents transmis au juge ;
- les défauts de procédure portant sur le tiers ;
- les irrégularités avec le mandataire judiciaire.

Enfin, pour éviter que de telles ordonnances prononçant la mainlevée ne soient rendues, nous proposons des recommandations pour chaque groupe, dont la principale est l'instauration de formations adaptées et répétées aux professionnels intervenant dans le processus de soins psychiatriques sans consentement.

Mots clés :

- Soins psychiatriques sans consentement
- Loi du 5 juillet 2011
- Mainlevées
- Droit psychiatrique

Abstract

Since the new law established on July 5th, 2011, the Judge exams all decision of involuntary admission, and can decide discontinue these decisions because of defects on form or background defects. So, the aims of this study is to identify which criteria led the Judge to discontinue an involuntary admission and subsequent treatment, since the new law established on July 5th, 2011 and modified on September 27th, 2013 and to make some recommendations in order to help limit these legal decisions and the clinical consequences.

In the first part of the article, we detailed the evolution of the laws regarding psychiatric hospitalization from the French Old Regime until now, leading to developing patients' rights.

In the second part, we highlighted our study based on 117 judicial decision of discontinuing involuntary admission and treatment, since January 1rd, 2012 at July 31st, 2015, in France. We listed the motives for the decisions taken by the judge. We identified 13 types of motives :

- unfilled admission criterias ;
- « incompetent » doctor ;
- absence of physical examination ;
- « treatment program » not in accordance ;
- unlawful delegation of signing authority ;
- difficulty in identifying the signing authority ;
- absence of reasons given for the administrative decision ;
- failure to inform the patient ;
- failure to gather patients' comments ;
- expiration of the delay ;
- absence of some documents ;
- failure to comply with the procedure implying the « third party » ;
- issues related to the substitute decision maker.

From these motives, we made several recommendations to improve the quality of the certificates and the administrative aspect of the involuntary admission and treatment. The main recommendation is the implementation of specific and repeated training for the health care providers and the administrative staff working in psychiatric facilities where involuntary patients are followed.

Keywords :

- Law established on July 5th, 2011
- Psychiatric involuntary admission
- Decision of discontinuing involuntary admission
- Psychiatric law

Sommaire

REMERCIEMENTS.....	7
RÉSUMÉ.....	15
ABSTRACT.....	17
SOMMAIRE.....	19
I. INTRODUCTION.....	23
II. HISTORIQUE DE L'HOSPITALISATION SOUS CONTRAINTE EN FRANCE : DE L'ANCIEN RÉGIME AUX MODIFICATIONS DE SEPTEMBRE 2013	25
A. AVANT 1838.....	25
1. Ancien Régime	25
a) Maison du Roi	25
b) Les hôpitaux généraux.....	26
c) Maison de force et dépôts de mendicité	26
2. La période postrévolutionnaire	26
3. La circulaire du 29 juin 1835	28
B. LA LOI DE 1838.....	28
1. Organisation hospitalière territoriale	29
2. Placements des aliénés	30
a) Placement « Volontaire ».....	30
b) Placement ordonné par l'autorité publique dit « d'office »	31
3. Voies de recours.....	32
C. LOI DU 27 JUIN 1990.....	33
1. Contexte historique et politique.....	33
2. Modes d'hospitalisations	34
a) Hospitalisation libre	34
b) Hospitalisation sans consentement.....	35
3. Droits conservés et protégés.....	37
a) Sorties d'essai	37
b) Droits inaliénables	38
c) La CDHP, une nouvelle instance.....	39
4. Voies de recours.....	39
D. EN ROUTE VERS UNE NOUVELLE LOI.....	40
1. Loi Kouchner du 4 mars 2002.....	40
a) Le nécessaire consentement aux soins	41

b)	Droit à l'information	41
c)	La personne de confiance	42
d)	Accès au dossier médical en psychiatrie.....	43
e)	Le secret professionnel	43
f)	Autres apports et modifications	44
2.	<i>Succession de rapports nationaux</i>	44
a)	Rapport Strohl, 1997.....	44
b)	Rapport Piel-Roelandt, 2001.....	46
c)	Rapport Cléry-Melin-Kovess-Pascal, 2003.....	46
d)	Rapport Briot, 2004	47
e)	Rapport Riera, 2004	47
f)	Rapport des Inspections Générales des Affaires Sociales et des Services Judiciaires, 2005	48
3.	<i>Conseil de l'Europe</i>	49
a)	Recommandation du 12 avril 1994 de l'Assemblée parlementaire	49
b)	Recommandation du 22 septembre 2004 du Comité des ministres.....	50
4.	<i>Cour européenne des droits de l'Homme :</i>	50
5.	<i>Décisions du Conseil constitutionnel</i>	53
a)	QPC 26 novembre 2010	53
b)	QPC 9 juin 2011.....	54
E.	LOI DU 5 JUILLET 2011	55
1.	<i>Modalités d'admission</i>	55
a)	Admission en soins psychiatriques libres.....	55
b)	Admission en soins psychiatriques sans consentement	55
2.	<i>Période d'observation unique</i>	57
3.	<i>Certificat de huitaine</i>	58
4.	<i>Saisines automatique et facultative du juge des libertés et de la détention</i>	58
5.	<i>Appel de la décision du juge</i>	60
6.	<i>Sorties de courte durée</i>	60
7.	<i>Programme de soins</i>	61
8.	<i>Procédure en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet</i>	61
9.	<i>Droits des patients en soins psychiatriques sans consentement</i>	62
F.	LOI DU 26 SEPTEMBRE 2013.....	63
1.	<i>Contexte</i>	63
2.	<i>Dispositions législatives d'application immédiate</i>	63
a)	Sorties non accompagnées	63
b)	Abolition du certificat de huitaine et de l'avis conjoint.....	64
c)	Patients en UMD et patients irresponsables pénaux.....	64
3.	<i>Dispositions législatives d'application différée</i>	64
a)	Saisines obligatoire et facultative du juge des libertés et de la détention	65
b)	Procédure d'appel.....	65
c)	Présence obligatoire de l'avocat	65

III. ÉTUDE DES MOTIFS DE MAINLEVÉE DE 117 MESURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT.....	67
A. OBJECTIFS DE L'ÉTUDE	67
B. MATÉRIEL ET MÉTHODES	67
1. <i>Matériel</i>	67
2. <i>Méthodes</i>	68
C. RÉSULTATS	68
1. <i>Données générales</i>	68
2. <i>Motifs de mainlevée identifiés</i>	69
a) Motifs d'origine médicale	69
(1) Critères d'admission non remplis	69
(2) Médecins « incompétents »	73
(3) Absence d'examen somatique.....	73
(4) Programme de soins non conforme	74
(5) Récapitulatif des motifs d'origine médicale	75
b) Motifs d'origine administrative	75
(1) Délégation de signature non conforme	75
(2) Identification du signataire impossible.....	77
(3) Absence de motivation des décisions.....	77
c) Motifs transversaux	78
(1) Information incomplète et inadaptée	78
(2) Absence de recueil des observations du patient	81
(3) Délais écoulés	81
(4) Absence de documents.....	83
(5) Procédure irrégulière avec le tiers.....	85
(6) Irrégularités avec le mandataire judiciaire	87
D. DISCUSSION.....	88
1. <i>Récapitulatif des résultats</i>	88
2. <i>Biais et limites</i>	89
a) Non représentativité des données.....	90
b) Disparité dans la qualité des décisions	91
c) Catégorisation	92
3. <i>Interprétation et comparaison des résultats</i>	93
a) Interprétation et discussion des résultats.....	93
b) Comparaison à d'autres travaux.....	96
4. <i>Apports et perspectives</i>	99
IV. RECOMMANDATIONS PRATIQUES POUR LIMITER LES MAINLEVÉES	102
A. CRITÈRES D'ADMISSION NON REMPLIS	102
1. <i>Recommandations générales</i>	102
2. <i>Recommandations spécifiques</i>	104
a) Soins psychiatriques à la demande d'un tiers	104
(1) Généralités	104

(2) SPDTU	106
(3) SPPI.....	107
b) Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État	108
c) Réintégration	108
d) Conclusion.....	110
B. MÉDECINS « INCOMPÉTENTS ».....	110
C. ABSENCE D'EXAMEN SOMATIQUE	111
D. PROGRAMME DE SOINS NON CONFORME	112
E. DÉLÉGATION DE SIGNATURE NON CONFORME.....	113
F. IDENTIFICATION DU SIGNATAIRE IMPOSSIBLE	114
G. ABSENCE DE MOTIVATION DES DÉCISIONS	114
H. INFORMATIONS INADAPTÉES ET ABSENCE DE RECUEIL DES OBSERVATIONS DES PATIENTS.....	115
I. DÉLAIS ÉCOULÉS	117
J. ABSENCE DE DOCUMENTS.....	118
K. PROCÉDURE AVEC LE TIERS IRRÉGULIÈRE.....	118
L. IRRÉGULARITÉS AVEC LE MANDATAIRE JUDICIAIRE	120
M. RÉCAPITULATIF DES RECOMMANDATIONS	121
V. CONCLUSION	123
VI. ANNEXES	124
VII. BIBLIOGRAPHIE.....	130

I. Introduction

La folie est indissociable de l'histoire de l'humanité. Affaire de l'historien, du sociologue, du philosophe, du médecin, mais aussi du religieux, du psychologue, la folie a suscité de nombreux questionnements et écrits à travers les âges [1]. Dans l'Antiquité, la maladie de l'âme était la conséquence d'une malédiction, d'un démon, d'un châtement divin, et était donc prise en charge par des hommes de foi qui exécutaient des rituels, préparaient des décoctions. Avec l'apparition du monothéisme, les pratiques magiques sont réprimées, les personnes atteintes de tels troubles sont alors stigmatisées, chassées de leur communauté, certaines se retrouvent à mener une vie de « sauvage » dans les bois, donnant ainsi naissance à de nombreuses légendes [1]. Au Moyen Age, les choses évoluent peu, puisque bridées par un évangélisme tout puissant et omniprésent. Les « fous » sont toujours stigmatisés, dans le meilleur des cas, isolés dans leur famille s'ils arrivent à réaliser quelques tâches, parfois, confiés à des communautés religieuses, et, dans le pire des cas, chassés hors des villes, errants, voire emprisonnés pour certains [2,3]. Ce n'est qu'au XVII^{ème} siècle, que des « lieux » sont créés pour « accueillir » cette population, et ce n'est qu'en 1838 qu'une loi régit les modalités de placement de ces « aliénés » [4]. C'est à partir de là que, du fait de la progression de la médecine en matière de santé mentale et des tentatives d'explications psychopathologiques de ces troubles, certains médecins, hommes politiques, reconnaissent un statut égal, en tant que sujet, à ces « fous » ou « aliénés ». Une réflexion s'initie en ce qui concerne leur place dans la société, au même titre que les « non malades », et de ce fait, des droits qui leurs sont dus. Comme on peut le constater sur ce trop bref historique, l'équilibre entre sécurité et santé a beaucoup évolué, laissant une part de plus en plus grande au sanitaire et social nonobstant une pression sécuritaire constante. De nos jours, la question de la place des malades mentaux et des modalités de leur prise en charge reste au cœur du débat public, et les réflexions et la position humaniste sont parfois remises en cause par des faits divers atroces dont se saisissent les médias et certains hommes politiques pour tenter de rendre plus sécuritaires certaines dispositions législatives sanitaires, au détriment des malades mentaux, avec de ce fait, la désagréable impression de revenir plusieurs siècles en arrière. C'est dans ce contexte politique et sociétal qu'une nouvelle loi, concernant les soins sans consentement est votée, tentant de satisfaire aux exigences européennes. Les droits des patients y sont clairement défendus, et la « toute puissance » du psychiatre remise en

cause par l'intervention, désormais systématique, du juge des libertés et de la détention pour les patients hospitalisés sans leur consentement au delà de 12 jours. Néanmoins, on constate en pratique quotidienne qu'un certain nombre de mesures, pourtant fondées sur des arguments cliniques convaincants, dans une volonté d'aide et de soins, peuvent se voir annulées pour une raison touchant à la forme, parfois même en remettant en cause le bien fondé de cette mesure. La complexité de cette loi, par le nombre d'intervenants, la quantité de documents, multiplie d'autant les vices possibles. De ce fait, le clinicien peut se voir confronter à la sortie d'un patient, ordonnée par le juge, alors que l'état clinique de ce dernier demeure toujours aussi instable, que le projet de soins est en cours d'élaboration.

L'objectif de ce travail de thèse est d'identifier les motifs de mainlevée de mesures de soins sans consentement à partir de 117 ordonnances et ensuite, d'élaborer des recommandations pour éviter ces mainlevées. Ainsi, dans un premier temps, nous ferons l'historique des soins sans consentement afin de comprendre ce qui a permis d'aboutir aux lois actuellement en vigueur en France. Dans un second temps, nous aborderons les résultats de l'étude portant sur les 117 ordonnances et nous les discuterons, puis nous proposerons des recommandations afin de tenter d'obvier à ces mainlevées.

II. Historique de l'hospitalisation sous contrainte en France : de l'Ancien Régime aux modifications de septembre 2013

A. Avant 1838

1. Ancien Régime

Pendant l'Ancien Régime, il n'existe ni législation spécifique sur le renfermement des insensés, ni même d'établissement qui leur soit réservé, et encore moins de personnel spécialisé. Cela ne signifie pas pour autant absence de règles, ni d'ailleurs, absence de soins médicaux spécifiques. En effet, sous l'Ancien Régime, plusieurs autorités ont le pouvoir de prononcer le renfermement d'un insensé, dans le cadre de procédures précises entourées par les règles et lois de l'époque.

De nombreux protagonistes peuvent intervenir et décider de l'enfermement d'une personne :

- le ministre de la Maison du roi [5] ;
- le Procureur général au Parlement ;
- le lieutenant général de police (ordonnance de police) et ses homologues en province [5] ;

L'enfermement pouvait ainsi avoir lieu dans différentes structures.

a) *Maison du Roi*

S'il est bien un moyen connu d'enfermement, c'est la lettre de cachet émanant du Roi en personne. Symbole, par excellence, de la monarchie et de la toute puissance royale de l'époque, il s'avère en réalité que la lettre de cachet politique avec embastillage soit finalement assez rare, puisque très souvent, elle faisait suite à une demande familiale [2,4,5]. Dans ce cas, « les lettres de cachet n'étaient pas prises sans quelques précautions, parfois même sans enquête préalable minutieuse » [2]. Et ce n'est qu'en 1780 que plusieurs personnes dont le juge interviennent afin de diminuer le caractère arbitraire d'une telle décision [6].

b) Les hôpitaux généraux

C'est en 1656 que débute une politique de « grand renfermement » avec l'ouverture d'hôpitaux généraux, dont la principale mission est d'éradiquer la mendicité et le vagabondage, en enfermant tous les vagabonds et les mendiants [4]. À l'époque, le vagabondage et la mendicité sont qualifiés de délits comme en dispose le Code pénal dans ses articles 269 à 281 : article 269 « le vagabondage est un délit », article 270 « Les vagabonds ou gens sans aveu sont ceux qui n'ont ni domicile certain, ni moyens de subsistance, et qui n'exercent habituellement ni métier, ni profession », article 274 « Toute personne qui aura été trouvée mendiant dans un lieu pour lequel il existera un établissement public organisé afin d'obvier à la mendicité, sera punie de trois à six mois d'emprisonnement ». La population dans ces hôpitaux est très hétérogène puisque les « déments » ou les « insensés » ne représentent que 5 à 10%, le reste étant composé par « les vieillards, les teigneux, les galeux, les épileptiques, les libertins, les prostituées et les vénériens » [2,5]. Néanmoins, l'afflux massif de cette population et les couts engendrés, entraînant d'importantes difficultés pécuniaires pour quasiment tous les hôpitaux généraux, mettent rapidement en évidence les limites de cette politique [2,7,8].

c) Maison de force et dépôts de mendicité

Rapidement les maisons de force – à l'origine destinées aux seuls prisonniers politiques – voient leurs populations se diversifier et accueillent les « insensés », parfois jusqu'à 20% [2]. Puis un arrêt du Conseil d'État de 1767 crée de nouvelles maisons de force, baptisées dépôts de mendicité. [5]. Ces dépôts accueillent les mendiants, les vagabonds et les « déments » qui représentent finalement 20% des individus qui y ont séjourné [2,9,10].

2. La période postrévolutionnaire

La révolution modifie considérablement les modes d'internement puisqu'elle abroge les lettres de cachet. Dans le même temps, l'administration se voit confier, grâce à une loi de police municipale de 1790, le pouvoir « d'obvier ou de remédier aux évènements fâcheux qui pourraient être occasionnés par les insensés et les furieux laissés en liberté » [11–13]. Cette loi dispose également de sanctions pénales contre les personnes qui laisseraient

déambuler « des insensés ou des furieux » [2]. La politique de l'époque est, encore une fois, uniquement sécuritaire et absolument pas sanitaire.

Par ailleurs, cette loi dispose que « l'interdiction des aliénés », qu'elle soit le fruit de la famille ou de l'autorité publique, doit, dans tous les cas, être confirmée par une autorité judiciaire, puisque c'est aux tribunaux « qu'il appartient de déclarer par jugement la démence des individus qui en sont atteints, après les avoir interrogés et après avoir entendu les témoins et fait vérifier leur état par les officiers de santé » [6,12,13]. On parle alors de jugement d'interdiction, qui était un préalable à toute admission dans un établissement d'aliénés. Ainsi, on voit se créer les prémices d'un dispositif innovant et en faveur des droits des « aliénés », que l'on appelle aujourd'hui le principe du contradictoire. Il s'agit d'un compromis entre le maintien de l'ordre public, et le respect des droits des citoyens aliénés par le cadre légal de ce dispositif assuré par le juge [14].

Le Code civil de 1804 précise les principes de l'interdiction avec l'article 489 qui dispose que « le majeur qui est dans un état d'imbécillité, de démence ou de fureur doit être interdit, même lorsque cet état présente des intervalles lucides » [1,2,4]. Cette interdiction est prononcée par le tribunal de première instance [2,6,15]. En pratique, les parents et le conjoint sont « recevable[s] à provoquer l'interdiction » ainsi que le « commissaire du Gouvernement » [15]. Les faits devront être transmis par écrit aux juges, et le ou les demandeurs de l'interdiction « présenteront les témoins et les pièces » [15]. Ensuite, le tribunal demande « au conseil de famille [...] son avis sur l'état de la personne dont l'interdiction est demandée ». Dans ce cas, le Code civil dispose que ceux qui sont à l'origine de la demande d'interdiction ne peuvent figurer dans le conseil de famille ou « sans avoir voix délibérative » dans le cas d'un époux et/ou des enfants [15]. Quel que soit le type de demande d'interdiction – parents ou commissaire du Gouvernement – le commissaire du Gouvernement est « présent à l'interrogatoire » [15]. Le jugement peut conduire à l'interdiction ou à une mesure d'assistance comme en dispose l'article 499 du Code civil « en rejetant la demande en interdiction, le tribunal pourra néanmoins, si les circonstances l'exigent, ordonner que le défendeur ne pourra désormais plaider, transiger, emprunter, recevoir un capital mobilier, ni en donner décharge, aliéner, ni grever ses biens d'hypothèques, sans l'assistance d'un conseil qui lui sera nommé par le même jugement » [15].

Ce n'est que plus tard que le concept d'irresponsabilité pénale apparaît, avec l'article 64 du Code pénal de 1810 : « il n'y a ni crime ni délit si le prévenu était en état de démence dans le temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister » [11]. Il semble que cet article soit la conséquence de l'absence de loi régissant l'internement, puisque les préoccupations sanitaires sont inexistantes, contrairement aux préoccupations de maintien de l'ordre public qui s'observent par le vocabulaire employé. Ainsi, « le fou est littéralement hors la loi », bien que sa responsabilité civile ne soit pas remise en cause [2].

Enfin, c'est ESQUIROL, qui, dès 1832, constatant ces dysfonctionnements, demande la création d'une « loi spéciale pour l'internement des aliénés », qui permettrait que « nul individu affecté de maladie mentale ne [puisse] être isolé, renfermé, que sur un certificat signé de deux médecins qui constateraient la nécessité de l'isolement » [6].

3. La circulaire du 29 juin 1835

La circulaire du 29 juin 1835 émise par Adolphe THIERS, alors ministre de l'Intérieur, et adressée aux préfets marque un tournant dans les considérations de l'époque vis à vis des « aliénés », puisqu'il estime que « la sûreté publique est souvent compromise par des insensés en état de liberté », tout en considérant que ces « insensés » n'ont pas leur place en prisons [16]. Il « découle pour l'autorité administrative le devoir, ou plutôt le droit, de demander à la loi et à la société les moyens d'ouvrir aux insensés indigents des asiles où ils puissent recevoir un traitement curatif, si leur maladie est susceptible de guérison, et, dans le cas contraire, les soins et les secours que les infirmes et les vieillards pauvres reçoivent dans nos hospices ». Cette circulaire servira de base à la future loi de 1838 [2,16].

B. La loi de 1838

Le projet de loi sur les « aliénés » est présenté à la Chambre des députés le 6 janvier 1837 par Adrien-Etienne de GASPARIN, ministre de l'intérieur de l'époque. Le texte sera finalement adopté le 14 juin 1838. La loi est promulguée le 30 juin 1838 et régira à la fois l'hospitalisation des « malades mentaux » et leur statut juridique [2,17]. C'est dans la lignée des travaux de PINEL, qui questionne la « folie » en la reliant au concept de « soins », que les

aliénistes sont intervenus dans l'élaboration de cette loi. L'« insensé » devient alors un malade, nécessitant des soins dans des établissements spécialisés. Une commission d'aliénistes fut d'ailleurs créée pour mener à bien ce projet de loi [2,18].

Cette loi représente une avancée considérable dans la prise en charge des « aliénés » puisqu'elle ne se contente pas de régir leur internement. En effet, elle va plus loin en traitant de l'organisation hospitalière nationale et des dispositions légales sur la capacité des aliénés internés [17,19].

1. Organisation hospitalière territoriale

Les articles 1 à 7 fixent les règles applicables aux établissements habilités à recevoir des « aliénés » [8,17,20].

L'article 1 dispose que « chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département », de sorte qu'il y ait un accès égal aux soins sur l'ensemble du territoire, ce qui constitue une volonté importante de politique de santé publique pour l'époque [17,21].

Les articles 2 et 3 disposent que la direction des établissements publics et la surveillance des établissements privés soient exercées par l'autorité publique [17].

L'article 4 dispose des conditions de visites des établissements publics ou privés [17].

Les établissements privés et publics sont soumis à autorisation, comme en disposent les articles 5 et 6 [17].

Enfin, l'article 7 dispose que les règlements intérieurs des établissements publics consacrés aux aliénés soient « soumis à l'approbation du ministre de l'intérieur » [17].

2. Placements des aliénés

Le placement des « aliénés » dans les établissements soumis aux dispositions sus-citées est soumis aux articles 8 à 24 qui distinguent deux modes de placement, l'un d'assistance et l'autre de police, ainsi qu'un « double contrôle médical et administratif » [17,20]. Le député CALEMARD-LAFAYETTE déclarera à propos de cette loi : « Quelle est l'innovation qui donne à elle seule un véritable cachet de grandeur, d'humanité à la loi nouvelle ? C'est qu'alors que le gouvernement use du droit que personne ne veut lui contester de séquestrer l'aliéné dangereux, il s'impose en même temps l'obligation de le faire traiter » [8]. Cela illustre l'équilibre trouvé à l'époque entre des préoccupations sécuritaires anciennes et sanitaires nouvelles [21].

La loi distingue deux modes de placement, l'un dit « volontaire », l'autre dit « d'office ».

a) Placement « Volontaire »

Les modalités du placement « volontaire » (PV) sont définies par les articles 8 à 17. Ainsi, pour recevoir une personne atteinte « d'aliénation mentale », les responsables des établissements publics et privés doivent remplir trois conditions [17] :

- « une demande d'admission contenant les noms, profession, âge et domicile, tant de la personne qui la formera que de celle dont le placement sera réclamé, et l'indication du degré de parenté ou, à défaut, de la nature des relations qui existent entre elles » ;
- « un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer, et indiquant les particularités de sa maladie et la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée », on remarque qu'en « cas d'urgence, les chefs d'établissements publics pourront se dispenser d'exiger le certificat du médecin » ;
- « le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer ».

C'est donc le directeur de l'établissement qui prononce l'admission au vu des trois documents, il s'agit d'un acte administratif unilatéral d'admission. Les documents nécessaires à l'admission devront être envoyés aux autorités publiques dans les 24h : « au préfet de police à Paris, au préfet ou au sous préfet dans les communes et chefs-lieux de département ou d'arrondissement, et aux maires dans les autres communes »[17].

Un nouveau certificat doit être adressé au préfet dans les quinze jours suivant l'admission, puis tous les mois, comme en disposent les articles 11 et 12, afin qu'il contrôle la légalité de la mesure [17]. Ces certificats confirmeront ou rectifieront « les observations contenues dans le premier certificat » [17]

Les articles 13 à 17 disposent des conditions de levée du placement volontaire. La levée est obtenue dès lors « que les médecins de l'établissement auront déclaré [...] que la guérison est obtenue », ou requise par le curateur ou des proches, mais dans ce dernier cas « si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes, il en sera donné préalablement connaissance au maire, qui pourra ordonner immédiatement un sursis provisoire à la sortie » [17,21]. Ce sursis provisoire, faute d'ordre émanant du préfet, cessera au bout de quinze jours [17,20].

On remarque que le placement volontaire n'est pas l'ancêtre de l'hospitalisation libre, puisque aller « librement » dans ces établissements n'est pas envisageable.

b) Placement ordonné par l'autorité publique dit « d'office »

Le placement « d'office » répond aux dispositions des articles 18 à 24. Il existe deux façons d'être placé « d'office » [17] :

- « Le préfet de police, et [...] les préfets ordonneront d'office le placement, dans un établissement d'aliénés, de toute personne interdite ou non interdite, dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes » ;
- « en cas de danger imminent, attesté par le certificat d'un médecin ou par la notoriété publique, les commissaires de police à Paris, et les maires [...] ordonneront, à l'égard des personnes atteintes d'aliénation mentale, toutes les

mesures provisoires nécessaires, à la charge d'en référer [...] au préfet qui statuera sans délai ».

On constate, que lors d'un placement « d'office », le prérequis médical n'est plus nécessaire, donnant ainsi les pleins pouvoirs à l'autorité de police administrative, et assouplissant dans le même temps les conditions d'admission, qui sont moins exigeantes que pour le placement volontaire. Cet assouplissement s'illustre par la notion de « notoriété publique » qui reste à l'appréciation du maire, et qui, en pratique, se fondait sur la production de témoignages écrits, d'attestations d'habitants [4,8,17,20]. Ce n'est que récemment qu'elle a été sujette à discussion, et a finalement été considérée anticonstitutionnelle à la suite de la question prioritaire de constitutionnalité (QPC) du 6 octobre 2011 [22]. Selon le Conseil constitutionnel, la mise en place d'une mesure d'HO fondée uniquement sur la notoriété publique, n'assure pas « qu'une telle mesure est réservée aux cas dans lesquels elle est adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du malade ainsi qu'à la sûreté des personnes ou la préservation de l'ordre public » [22]

Une fois « l'aliéné » admis, un certificat médical doit être réalisé et envoyé au préfet tous les six mois. Ce dernier maintiendra le placement ou le lèvera [17].

Enfin, l'article 24 dispose que « dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison » [17]. Il s'agit d'un élément important et qui montre bien l'esprit aliéniste avec lequel cette loi a été rédigée [4].

3. Voies de recours

La loi prévoit que « toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal », et c'est le tribunal qui, après examen de la situation, pourra ordonner la sortie immédiate [17,23].

En ce qui concerne le juge compétent pour examiner la situation de malade en placement ce n'est qu'en 1982 que le Conseil d'État tranche en matière de placement : « si

le juge administratif est compétent pour connaître de la régularité de la décision qui ordonne un internement dans un établissement psychiatrique, il n'appartient qu'à l'autorité judiciaire [...] d'apprécier la nécessité de cette mesure et les conséquences qui peuvent en résulter » [24]. Ainsi, le juge administratif étudiera la légalité externe, le juge judiciaire la légalité interne [17].

C. Loi du 27 juin 1990

Ce n'est que cent cinquante deux ans après la création de la loi Esquirol, qu'une réforme, concernant les placements, voit le jour. Après la Première Guerre mondiale, les médecins et les structures psychiatriques sont perçus, aux yeux de la société, comme dégradés. Les asiles perdurent, mais leur image devient obsolète. Dans les faits, de fortes critiques sont émises sur la prise en charge des aliénés par les asiles car elle n'a pas pour objectif premier de soigner ces malades atteints d'altérations mentales mais de les écarter d'une société qui en a peur [25].

1. Contexte historique et politique

De nombreuses avancées en terme de théories psychopathologiques, psychanalytiques, et l'apparition de nouvelles pratiques, sismothérapie, lobotomie, vont redonner un nouveau souffle aux prises en charge des « aliénés » et ainsi nourrir les envies de changements de nombreux psychiatres, qui vont s'organiser pour dénoncer les conditions de soins [26,27]. Entre 1838 et 1990, l'asile prend la forme d'un hôpital psychiatrique puisque les infirmiers vont peu à peu remplacer le « garde » d'aliénés. Des événements majeurs confortent les mouvements de contestation des psychiatres : la stérilisation des « aliénés » et leur extermination sous le régime des nazis, l'abandon de beaucoup « d'aliénés » sous le régime de Vichy [4].

En parallèle, plusieurs circulaires se succèdent afin d'humaniser les conditions de détention des aliénés. La mise en place des territoires psychiatriques va se faire progressivement, suite à une circulaire du 15 mars 1960 qui crée la sectorisation psychiatrique et qui sera réglementée par un arrêté du 14 mars 1972 [28–30]. La loi du 2 février 1981 dite « Sécurité et liberté » est une loi avant tout pénale, mais elle intensifie les

droits des malades hospitalisés sous contrainte en insérant au sein du Code de santé publique une troisième section intitulée « dispositions applicables à certains établissements accueillant des malades atteints de troubles mentaux » [31]. L'article L353-2 dispose des droits dont bénéficient les malades atteints de troubles mentaux « le droit d'être informé de ses droits et devoirs », « la liberté d'emmètre ou de recevoir des communications téléphoniques ou du courrier personnel » entre autres [31]. Puis, les lois du 25 juillet et du 31 décembre 1985 vont définir le secteur psychiatrique et lui attribuer une condition et une existence juridique, et inclure ces secteurs psychiatriques dans la carte sanitaire [32,33]. Ce concept de carte sanitaire est introduit par la loi du 31 décembre 1970 [32–34].

C'est donc suite à ces événements factuels et législatifs, que la loi Évin du 27 juin 1990 est adoptée dans un esprit plus protecteur des droits des malades mentaux.

2. Modes d'hospitalisations

L'avancée considérable de cette loi, en plus de l'évolution de la terminologie, est la modernisation des modes d'admission. L'hospitalisation libre est désormais une façon pour le malade mental de se faire soigner, il s'agit de la modalité de droit commun et elle aura des conséquences sur les droits du patient [35]. L'hospitalisation sans consentement est conservée, demeurant l'exception.

a) Hospitalisation libre

L'article L326-2 du Code de santé publique, dispose que « toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause » [35].

Ce nouveau mode d'hospitalisation a des conséquences sur les droits des patients atteints de troubles mentaux car elle consacre juridiquement cette admission comme « libre », c'est à dire que les malades peuvent décider eux mêmes de se faire hospitaliser en psychiatrie. Outre l'adhésion que peut ainsi avoir le patient dans ses soins, on assiste à une tentative de déstigmatisation du malade mental et des services de psychiatrie, puisque ces

malades bénéficient de droits analogues aux autres patients hospitalisés pour des motifs différents. Le malade a donc la capacité de s'opposer à des soins ou à une thérapeutique, au même titre que s'il était dans un service de soins somatiques.

Bien que ce mode d'hospitalisation se pratiquait déjà auparavant dans certains centres, cette loi a permis de mieux encadrer cette pratique.

b) Hospitalisation sans consentement

Avec la loi de 1990, on ne parle plus de « placement » mais bien d'hospitalisation, c'est dire le changement de paradigme qui a eu lieu [35]. L'hospitalisation sans consentement est envisagée comme une « mesure de protection justifiée par la nécessité de soins » et les restrictions faites aux libertés individuelles des patients doivent être « limitées uniquement à celles nécessaires par leur état de santé et par la mise en œuvre de leur traitement » [35]. Ces restrictions ne peuvent être réalisées que sous deux régimes d'admission sans consentement : l'ancien « placement volontaire » devient hospitalisation à la demande d'un tiers, et l'ancien « placement d'office » devient hospitalisation d'office [35].

Concernant l'hospitalisation sur demande d'un tiers, la présence de troubles mentaux n'est plus la condition exclusive nécessaire, puisque l'article L333 dispose deux conditions : « 1) Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ; 2) Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier » [35]. Ainsi, il y a une claire dissociation entre le fait d'être atteint d'une maladie mentale et la nécessité d'être hospitalisé sans consentement, à la fois par l'existence même de l'hospitalisation libre et aussi car on peut vivre avec une maladie mentale sans être nécessairement hospitalisé. Afin d'hospitaliser un patient à la demande d'un tiers, le directeur devra obtenir une demande d'un tiers, ainsi que deux certificats médicaux, l'un extérieur à l'établissement d'accueil, l'autre pouvant émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement [35].

Par ailleurs, l'article L333-2 dispose d'un nouveau type d'hospitalisation, puisqu'il autorise « à titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin » le directeur de l'établissement à « prononcer l'admission au vu

d'un seul certificat émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil » [35].

Un nouveau certificat doit être réalisé dans les vingt-quatre heures « par un psychiatre de l'établissement, qui va constater l'état mental de la personne et, confirmer ou infirmer la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers » [35].

Ensuite, « dans les trois jours précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation, [...] un psychiatre de l'établissement [...] établit un certificat médical circonstancié précisant notamment la nature et l'évolution des troubles et indiquant clairement si les conditions de l'hospitalisation sont ou non toujours réunies » [35]. En cas de nécessité de poursuivre l'hospitalisation sans consentement, l'hospitalisation est alors prolongée d'une durée d'un mois. « Au delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue pour des périodes maximales d'un mois, renouvelables selon les mêmes modalités » [35]. L'hospitalisation prend fin en cas d'absence de production d'un des certificats, ou lorsqu'un des certificats conclut à la non nécessité de la mesure, ou lorsque la levée de l'hospitalisation est requise par « 1) le curateur [...] ; 2) le conjoint ou la personne justifiant qu'elle vit en concubinage avec le malade ; 3) S'il n'y a pas de conjoint, les ascendants ; 4) Si il n'y a pas d'ascendants, les descendants majeurs ; 5) La personne qui a signé la demande d'admission » [35]. Néanmoins, « si le médecin de l'établissement est d'avis que l'état du malade pourrait compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes », il en réfère au préfet qui peut alors ordonner une mesure d'hospitalisation d'office [35].

Concernant l'hospitalisation d'office, elle est décidée sur arrêté préfectoral lorsque « les troubles compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes » au vu d'un certificat médical [35]. L'arrêté préfectoral doit être justifié par des motifs. Le certificat médical « ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement accueillant le malade », mais peut donc être réalisé par un médecin non psychiatre extérieur ou intérieur [35].

Une mesure d'urgence, plus fréquemment utilisée selon les données de 2005, existe lorsqu'il y a « un danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical

ou, à défaut par la notoriété publique » [35,36]. Ainsi, « le maire [...] arrête, à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, toutes les mesures provisoires nécessaires » [35]. Notons que, l'avis médical ne nécessite pas de rencontrer le patient, à la différence du certificat.

Ensuite, « dans les quinze jours, puis un mois après l'hospitalisation et ensuite au moins tous les mois, le malade est examiné par un psychiatre de l'établissement qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans le précédent certificat » [35]. Les certificats sont envoyés au préfet. Trois jours avant la fin du premier mois, « le préfet peut prononcer [...] le maintien de l'hospitalisation pour une nouvelle durée de trois mois. Au delà de cette durée, l'hospitalisation peut être maintenue par le préfet pour des périodes de six mois maximum renouvelables » [35]. L'hospitalisation d'office peut prendre fin, « faute de décision préfectorale à l'issue de chacun des délais » (on parle alors de caducité par sanction d'une négligence qui incombe au préfet) ou par le préfet lui-même « après avis d'un psychiatre » [35]. Ainsi, l'infirmité d'une mesure d'hospitalisation d'office dans un des certificats par un psychiatre ne suffit pas à lever ce type d'hospitalisation, puisque dans ce cas, « le préfet statue sans délai » mais n'est absolument pas obligé de suivre l'avis du psychiatre, il n'y a pas d'avis conforme, nous ne sommes donc pas dans une situation de compétence liée [35].

3. Droits conservés et protégés

L'hospitalisation sous contrainte est par définition une atteinte aux droits et libertés fondamentales, la première enfreinte étant la liberté d'aller et venir. On voit apparaître pour la première fois dans la législation psychiatrique, les termes de « droits des malades » [23,35]. Il s'agit d'une avancée majeure dans la prise en compte des droits des patients faisant l'objet de soins psychiatriques et de la protection de la personne et non plus seulement de l'ordre public.

a) Sorties d'essai

Les sorties d'essai ont été légiférées par la loi de 1990 et donnent une indication sur la volonté du législateur de favoriser les droits des malades. Elles existaient avant la loi Évin

dans une circulaire ministérielle du 4 juin 1957 mais n'avaient pas de fondement légal [37,38].

Les dispositions législatives concernant les sorties d'essai ne s'appliquent que lorsque le malade est hospitalisé pour des soins sous contrainte [35]. « Le régime des sorties d'essai ne s'applique pas au service libre ou ouvert » selon une jurisprudence du Conseil d'État du 30 juin 1978 [39]. Selon la loi Évin : « Afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale, les personnes qui ont fait l'objet d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office peuvent bénéficier de leurs conditions de traitement sous forme de sorties d'essai » [35]. La loi dispose ensuite que « la sortie d'essai comporte une surveillance médicale. Sa durée ne peut dépasser trois mois, elle est renouvelable. Le suivi de la sortie d'essai est assuré par le secteur psychiatrique compétent » [35]. Ces sorties ont un but thérapeutique et se font sur prescription d'un psychiatre. En cas d'accident ou d'incident du malade lors de ces sorties, la responsabilité de l'établissement peut être engagée.

b) Droits inaliénables

Le renforcement des droits des malades, passe, à travers cette loi, par la reconnaissance de droits inaliénables aux malades mentaux. La loi de 1990 dresse une liste de ces droits, dont le malade doit être informé [23,35].

Ainsi, le malade hospitalisé librement bénéficie des droits octroyés aux patients hospitalisés pour toute autre raison que celle de la maladie mentale [35].

Les droits inaliénables du malade en psychiatrie sont « le droit à l'information », l'information donnée étant liée à la capacité de compréhension du patient et à la perception qu'il a de sa situation physique et psychique, « le droit de communiquer avec les autorités », à savoir le préfet, le président du tribunal de grande instance, le maire et le procureur de la république [35]. Le malade a également la possibilité de saisir la commission départementale des hospitalisations psychiatriques, de « prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat », « d'émettre ou de recevoir des courriers », « de consulter le règlement intérieur de

l'établissement », « d'exercer son droit de vote » et « de se livrer aux activités religieuses et philosophiques de son choix » [35].

c) La CDHP, une nouvelle instance

La commission départementale des hospitalisations psychiatriques (CDHP) est un organisme départemental. Afin d'assurer l'effectivité des droits des patients et en complémentarité de la saisine des autorités nommées par les patients, cette commission est instituée afin d'analyser les circonstances d'hospitalisation des malades et leurs conditions d'admissions dans un établissement psychiatrique [35]. Elle est constituée de deux psychiatres, d'un bénévole représentant les familles de patients handicapés mentaux et d'un magistrat [35]. La commission est « informée de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation. Elle établit chaque année un bilan de l'utilisation des procédures d'urgence. Elle examine, en tant que de besoin, la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celles de toute personne dont l'hospitalisation à la demande d'un tiers se prolonge au delà de trois mois. Elle saisit, en tant que de besoin, le préfet ou le procureur de la République, au sujet de la situation des personnes hospitalisées. Cette commission visite les établissements, reçoit les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil, vérifie les informations transcrites sur le registre et s'assure que toutes les mentions prescrites par la loi y sont portées » [35]. La commission « adresse chaque année, le rapport de son activité au préfet et au procureur de la république et le présente au conseil départemental de santé mentale » [35]. La CDHP a, aussi, pour compétence de « proposer au président du TGI [...] d'ordonner la sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement » [35]. Faute de moyens, il faudra plus de deux ans pour qu'elles se mettent en place dans tous les départements [40].

4. Voies de recours

Avec la loi de 1990, c'est toujours le juge judiciaire qui est compétent pour apprécier la justification de mesures d'hospitalisation sans consentement, privative de libertés, mais son intervention n'est pas systématique et demeure un recours [23,35]. Néanmoins, la loi prévoit, et c'est une nouveauté, que le président du tribunal de grande instance puisse se

saisir d'office à tout moment, pour ordonner une mainlevée de l'hospitalisation sans consentement [35]. Ceci offre aux patients un moyen supplémentaire pour garantir et protéger leurs droits et leurs libertés [6,35]. Certains estiment que cette loi constitue un équilibre « entre des mesures administratives *a priori* et un contrôle judiciaire *a posteriori* » [41]. Ainsi, les voies de recours dont disposent les patients et dont ils doivent être informés lors de la notification de la décision d'hospitalisation, sont la possibilité de saisine de la CDHP, de pourvoi devant le président du TGI et de recours auprès du préfet ou du tribunal administratif [35,42].

Toutefois, une décision du Tribunal des conflits du 17 février 1997 répartit les compétences entre les juridictions judiciaire et administrative en cas de conflit et élargit celles du juge judiciaire [43]. Bien qu'elle maintienne le dualisme juridictionnel, cette décision précise que le juge de l'ordre judiciaire est « compétent pour statuer sur les conséquences dommageables de l'ensemble des irrégularités commises à l'occasion ou à la suite de la mesure de placement d'office » [43]. Cette décision sera validée par le Conseil d'État avec un arrêt du 28 juillet 2000 [44]. En ce qui concerne les hospitalisations à la demande d'un tiers, la décision du 27 décembre 2001 de la cour administrative d'appel de Marseille ira dans le même sens [20,45]. Ainsi, en pratique, une fois l'illégalité constatée par le juge administratif, qui ne peut ordonner la sortie immédiate de l'établissement, seul le juge judiciaire est en mesure de statuer sur les « conséquences dommageables » et de se prononcer sur « l'indemnisation du préjudice » [6].

D. En route vers une nouvelle loi...

1. Loi Kouchner du 4 mars 2002

La loi Kouchner du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé est une loi qui s'applique à l'ensemble des patients souffrant tant de pathologies somatiques que psychiatriques [46]. Les patients sont considérés comme étant des usagers du système de santé. Cette loi réaffirme la primauté du consentement ainsi que l'importance du droit à l'information et définit, à cet effet, le statut de « personne de confiance » [46]. Ces dispositions législatives sont d'application générale à tous les patients sans exception mais consacrent certaines spécificités liées à la psychiatrie et modifient le

Code de la santé publique en conséquence [46,47]. La loi Kouchner crée de nouveaux rapports dans les relations entre le malade et son médecin. Ses dispositions sont denses et touchent plusieurs domaines : la solidarité envers les personnes, la démocratie sanitaire, le fonctionnement et la qualité du système de santé, l'indemnisation des malades lors de préjudices sanitaires [48].

Nous expliciterons dans les paragraphes suivants, la nécessité du consentement du patient, l'information du patient, la notion de personne de confiance, les nouvelles modalités d'accès au dossier médical, les apports concernant le secret professionnel et d'autres modifications spécifiques à la psychiatrie.

a) *Le nécessaire consentement aux soins*

L'article L1111-4 du Code de santé publique dispose que « toute personne prend avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé » [46]. Ainsi, le professionnel de santé passe d'une position, désormais révolue, de décideur, à celle d'accompagnateur dans la prise de décisions par le patient, puisque qu'aucun « acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » [46,49,50]. La loi prévoit le cas où la personne ne serait pas en état d'exprimer sa volonté, « aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée sauf urgence ou impossibilité sans que la personne de confiance [...] ou la famille, ou à défaut un de ses proches ait été consulté » [46]. Ainsi, le professionnel de santé doit tout faire pour obtenir un consentement, soit directement du patient soit de l'un de ses proches.

b) *Droit à l'information*

Source de nombreux contentieux et jurisprudences, le droit à l'information pour le patient et celui de consentir aux soins le concernant, sont les piliers des droits consacrés par la loi du 4 mars 2002 [46,48,49]. Encore une fois, cela implique que le patient soit au cœur du système de santé et fait de lui l'acteur principal et le décideur de sa santé. Ces dispositions sont codifiées dans le Code de la santé publique et soumises à l'application de l'ensemble des professionnels de santé et équipes soignantes [46].

L'obligation d'information est non seulement un droit du patient mais également un devoir du médecin qui prend en charge le patient [50,51]. C'est, pour ce dernier, une obligation consignée dans la loi mais aussi dans le Code de déontologie et il est en charge d'apporter la preuve, par tout moyen, de la délivrance de l'information, comme l'avait déjà initié la Cour de cassation en 1997 [51–55]. Pour le patient, l'information peut être apportée par son médecin et, depuis la loi Kouchner, par son accès personnel direct au dossier médical [46]. Ainsi, l'article L1111-2 du Code de santé publique dispose que « toute personne a le droit d'être informée de son état de santé » et que « cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent, ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus » [46,56,57]. Cette information doit d'ailleurs être « claire, loyale et appropriée » [46]. Dès lors, on remarque l'absence de dispositions spéciales prévues par la loi qui concerneraient la psychiatrie et les patients atteints de maladies mentales [46].

c) La personne de confiance

Afin de pallier le flou et la confusion autour de la notion de « proche », la loi du 4 mars 2002 crée un nouveau statut, celui de la personne de confiance [46]. L'article L1111-6 dispose que « Toute personne majeure peut désigner une personne de confiance qui peut être un parent, un proche ou le médecin traitant et qui sera consultée au cas où elle-même serait hors d'état d'exprimer sa volonté et de recevoir l'information nécessaire à cette fin. Cette désignation est faite par écrit. Elle est révocable à tout moment. Si le malade le souhaite, la personne de confiance l'accompagne dans ses démarches et assiste aux entretiens médicaux afin de l'aider dans ses décisions » [46,58,59]. Lors de chaque hospitalisation, il est, normalement, obligatoirement proposé au patient de désigner une personne de confiance, qui peut varier d'une hospitalisation à l'autre, et qui, sauf mention contraire, sera la même pour la durée de l'hospitalisation [46,49,59,60].

Néanmoins, aucune disposition particulière concernant la personne de confiance ne figure dans cette loi [61] : un patient en HDT/HO peut-il avoir une personne de confiance ? Peut-il choisir un autre patient lui aussi en HDT/HO ? La personne de confiance peut-elle être

différente du tiers à l'origine de l'hospitalisation ? Le statut juridique d'un patient en HDT/HO ne l'empêche pas de choisir une personne de confiance, en revanche, le fait qu'il choisisse une personne également en HDT/HO est discutable, puisqu'à priori le voisin de chambre en HDT/HO n'est ni parent, ni proche ni médecin traitant. Enfin, il n'y a aucune obligation à ce que la personne de confiance soit le tiers demandeur et *vice versa*.

d) Accès au dossier médical en psychiatrie

La loi Kouchner prévoit, pour tout patient, un accès personnel et direct à son dossier médical [46]. Le patient peut consulter son dossier médical directement sur place, ou peut faire la demande de copies qui lui seront facturées [46]. Des délais ont été établis entre la demande du patient et la réponse de l'établissement [46].

La procédure d'accès au dossier médical est régie par les articles L1111-7, L1112-1 et R1111-1 et suivants du Code de santé publique et est acquise pour les malades somatiques et psychiatriques [46,62,63]. Cependant, la procédure est spécifique concernant certains malades mentaux en fonction de leur régime d'hospitalisation. Pour les patients hospitalisés en HDT et HO, des modalités d'accès spécifiques sont prévues en cas de risques particulièrement graves, puisque le médecin responsable de la prise en charge pourra imposer la présence d'un médecin lors de la consultation du dossier, qui sera choisi par le patient [46,64,65]. En cas de refus par le patient, la CDHP est saisie et doit trancher [46]. Le délai est alors élargi [46,49].

Un établissement de santé peut être condamné pour manquement à ses obligations et engager sa responsabilité pour faute dans l'organisation et le fonctionnement du service, lorsqu'il perd et ne communique pas le dossier médical d'un patient hospitalisé librement ou en soins sans consentement [46,66].

e) Le secret professionnel

Depuis la loi Kouchner, il est désormais admis que tout le personnel d'un établissement de santé est soumis au secret professionnel, donc non seulement le personnel médical et paramédical mais aussi le personnel non soignant, comme dispose l'article L1110-

4 du Code de santé publique [46,49]. Par ailleurs, la loi autorise également deux professionnels à échanger sur un patient si ce dernier ne s'y est pas opposé [46,67,68]. On parle de secret partagé [46].

f) Autres apports et modifications

D'autres dispositions se rapportent aux hospitalisations en psychiatrie. En ce qui concerne l'hospitalisation d'office, elle est à partir de cette loi, prononcée pour les malades qui portent atteinte « de façon grave » à l'ordre public, de plus, la CDHP voit sa composition modifiée puisque deux membres s'y ajoutent : un deuxième membre d'une association agréée et un médecin généraliste [46]. Enfin, il y a apparition des sorties de moins de douze heures accompagnées par un soignant [8,46].

2. Succession de rapports nationaux

L'article 4 de la loi de 1990 dispose qu'une « évaluation [...] devra être réalisée dans les cinq années qui suivent sa promulgation » [35]. Cette première évaluation tarde à venir, puisque le premier rapport ne sort qu'en 1997.

a) Rapport Strohl, 1997

Ce premier rapport, prévu par la loi de 1990, synthétise les rapports des commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique et réévalue la loi de 1990 [8,18,69]. Il s'organise en quatre parties :

- le constat des commissions départementales d'hospitalisation psychiatrique et des évaluations régionales ;
- les débats de principes, tels qu'ils sous-tendent l'application de la loi ;
- l'impératif d'efficacité des soins et les moyens de le respecter ;
- les droits des malades mentaux hospitalisés ou soignés sous une autre forme.

Premièrement, le rapport constate une augmentation progressive depuis 1992 du nombre d'hospitalisations sous contrainte (HDT et HO), tout en rappelant que les soins ambulatoires restent la modalité de soins la plus fréquente en ce qui concerne les patients

suivis sur le secteur psychiatrique [69]. Puis, ce rapport synthétise les remarques émanant des CDHP et des évaluations régionales, qui demandent « une harmonisation des pratiques administratives (notification, transport, fugues, soins somatiques, transfert) et médicales (clarification des indications de l'hospitalisation sans consentement, protocole pour les chambres d'isolement), une meilleure information des acteurs concernés, une amélioration des dispositifs », tout en rappelant que la violence ou le délit à l'ordre public sont d'abord un problème pénal, et qu'ils ne doivent pas entraîner une réponse psychiatrique immédiate [69]. Le rapport met en évidence « une inégalité de l'accès aux soins » reposant sur une grande disparité dans les pratiques entre les équipes de soins psychiatriques, quel que soit le territoire, sans élément qui puisse objectivement l'expliquer [69]. Ainsi, le rapport préconise l'instauration d'un « outil statistique de suivi des mesures » d'hospitalisation sans consentement (HSC) dont les DDASS (anciennes ARS) s'occuperaient, mais aussi que « les professionnels définissent par les moyens appropriés [...] les circonstances pathologiques et environnementales de recours à l'HSC » [8,69].

Deuxièmement, le rapport soutient, et c'est une nouveauté, qu'une « loi sur la contrainte en psychiatrie ne doit plus être une loi de sécurité ou d'assistance, mais une loi sanitaire » [69]. Il préconise la « suppression de l'ordre public comme motif d'HSC », au profit d'un mode d'hospitalisation sans consentement unique en cas de « troubles mentaux entraînant une incapacité à consentir aux soins et un danger grave pour soi ou autrui » [69]. Pour ce faire, il faudrait instaurer une période initial d'observation de 72h maximum avec la possibilité d'une poursuite des soins en milieu hospitalier qui réclamerait l'intervention du préfet [18,69]. Le rapport préconise la suppression de la demande de tiers ainsi que du deuxième certificat en cas d'HDT, puisque le premier doit être minutieusement circonstancié [69]. Il est ensuite envisagé des « soins ambulatoires obligatoires » qui correspondraient à « un contrat thérapeutique entre le malade et l'équipe soignante » [8,18,69].

Enfin, troisièmement, le rapport s'attaque à la défense des libertés individuelles des patients hospitalisés sans leur consentement. Le rôle du préfet n'est alors pas remis en question puisqu'il « est dépositaire de l'autorité de l'État dans le département et garant du respect des lois », mais le rapport suggère, qu'il est « sans doute plus efficace pour la garantie des personnes que deux autorités, indépendantes complètement l'une de l'autre, aient l'une compétence pour la décision, l'autre pour le recours contre cette décision »

[18,69]. Il est question en ce qui concerne cette deuxième autorité, d'un juge du siège qui statuerait « en toute indépendance », avec la possibilité d'ordonner une « sortie immédiate en cas d'hospitalisation abusive pour vice de fond » [69]. Par ailleurs, ce rapport suggère « d'aider au développement des associations d'usagers » afin d'assister le patient dans ses démarches, avec « la possibilité pour ces associations de se substituer aux personnes elles-mêmes » [69].

b) Rapport Piel-Roelandt, 2001

Ce rapport intitulé « De la psychiatrie vers la santé mentale » a été demandé par le ministère de la Santé. Les observations et conclusions sont assez proches de celles du rapport Strohl puisque ce rapport remet en cause « le double pouvoir, sanitaire et de police » des préfets, « désormais unique en Europe », propose la suppression des HDT et HO et la création d'une « période d'observation et de soins » à l'issue de laquelle soit le patient sort : sans traitement, reçoit des soins librement (en ambulatoire ou en hospitalisation) ou est soumis à une « obligation de soins si l'état de santé de la personne nécessite des soins ou si elle ne peut donner son consentement » [18,70]. De plus, « au cours de la procédure, toute personne ayant intérêt, peut faire recours auprès du juge, éventuellement assistée d'un avocat » [70]. Ce rapport recommande que « dans les 24h [après l'admission] la décision soit transmise au juge » [70]. Enfin, ce rapport pointe « l'absence de dispositif de secteur réellement intégré dans la communauté [...] au profit d'un hospitalocentrisme dominant » [70].

c) Rapport Cléry-Melin-Kovess-Pascal, 2003

Ce rapport, là encore, recommande l'instauration d'une période d'observation de 72h, la création « d'obligations de soins en ambulatoire », ainsi que « l'harmonisation de la périodicité des certificats » [71]. D'autres propositions inédites jusqu'à maintenant sont faites : création de « l'hospitalisation urgente » pour obvier l'absence de tiers, renforcement et élargissement des pouvoirs et compétences des CDHP [8,71].

d) *Rapport Briot, 2004*

C'est dans un contexte de progression du nombre d'hospitalisation sans consentement en France depuis quelques années qu'est demandé ce rapport. Ainsi, ce rapport, nuance finalement cette augmentation toute relative comparée à l'ensemble des hospitalisations en psychiatrie puisque « la proportion des mesures d'HSC reste limitée » [72]. Il pointe également un biais important dans les premiers chiffres de 1992 où les CDHP avaient peiné à se mettre en place [72]. Enfin, ce rapport relève, à juste titre, une exception européenne en ce qui concerne le caractère purement administratif d'une décision d'hospitalisation sans consentement sans qu'un juge intervienne de façon systématique, puisque le juge des libertés et de la détention intervient sous la forme de référés [35,72]. Ce rapport juge cela « assez préoccupant », mais tempère en estimant que « concluant la proposition de confier au juge, et non plus à l'autorité administrative, la compétence en matière d'HSC, il convient de se montrer prudent et d'étudier plus avant la question » [72].

e) *Rapport Riera, 2004*

Ce rapport demandé par le ministère de l'Intérieur, débute par la constatation de plusieurs problèmes pragmatiques récurrents : difficultés pour les services appelés sur les lieux (pompiers, police...) à trouver un médecin ou à contacter l'autorité municipale ; le transport jusqu'à l'établissement sanitaire est compliqué puisque « les services sanitaires compétents se refusent habituellement à prendre en charge, depuis les lieux mêmes de la manifestation publique de la crise, les personnes à hospitaliser » ; le recours préférentiel à une mesure d'HDT alors que les patients relèveraient d'une HO du fait de la complexité de la mesure et de sa stigmatisation ; dysfonctionnement concernant les sorties d'essai ; manque de place en UMD ; et enfin, la « pénurie de structures adaptées » pour la prise en charge des détenus [73]. Il s'en suit des préconisations [73]:

- mettre en place « une période d'observation » initiale ;
- interdire le recours à une mesure d'HDT pour les patients portant « atteinte à la sûreté de personnes ou, de façon grave, à l'ordre public », lui préférant une HO ;
- autoriser les maires à « prononcer une décision initiale d'HO » et pas seulement « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes » ;
- permettre aux psychiatres, sans crainte de représailles, de signaler un patient

- potentiellement « violent ou dangereux » aux autorités compétentes ;
- améliorer les sorties d'essai et « définir juridiquement l'état de fugue et les suites qu'il doit emporter » ;
 - créer un « fichier national automatisé » pour améliorer « la conservation des données individuelles relatives aux HO »

On remarque ici, du fait du ministère requérant, le caractère assez sécuritaire de ce rapport qui n'hésite pas à élargir les dérogations au secret professionnel, ce qui porterait alors atteinte aux libertés des patients.

f) Rapport des Inspections Générales des Affaires Sociales et des Services Judiciaires, 2005

Ce rapport fait suite à une demande des ministères de la Santé et de la Justice et s'intitule « 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 » [74]. Ce rapport conclut à cinq propositions :

- bien que le juge soit garant des libertés et que son intervention *a priori* « dissuaderait de recourir trop fréquemment à la contrainte », cela présenterait de nombreux inconvénients pratiques du fait de « la nature contradictoire de la procédure judiciaire », du « surcroît de moyens extrêmement importants à l'institution judiciaire » [74] ;
- l'importance de maintenir « la dualité des procédures » puisque ce maintien « est plus respectueux de la diversité des situations des malades » et « l'unification [...] ne pourrait se faire que sous l'égide du préfet » et « conduirait à l'ingérence de l'autorité publique dans un domaine ne relevant pas actuellement de sa compétence et pourrait être considérée comme de nature à constituer un risque au regard des libertés individuelles » [74] ;
- dans le souci de « faciliter l'accès aux soins et mieux orienter les malades », ce rapport préconise de « dissocier le soin obligatoire des modalités du soin » en passant « du régime de l'hospitalisation sous contrainte à celui du soin sous contrainte » [74]. Puis, ce rapport incite « les secteurs de psychiatrie à organiser une phase d'observation, de traitement et d'orientation capable de faciliter la

- recherche du consentement, de limiter les durées d'hospitalisation, et d'adapter au mieux la prise en charge nécessaire à l'état du malade » [74] ;
- « renforcer les droits et libertés » en instaurant un contrôle plus effectif de la part du juge des libertés et de la détention (JLD) en lui fixant un délai pour rendre sa décision « pour tenir compte des particularités de la situation et de la nécessité d'organiser un contradictoire », au même titre qu'en cas « de détention provisoire initiale ou de rétention des étrangers en situation irrégulières, le JLD doit statuer immédiatement » [74] ;
 - et enfin, « mieux prendre en compte les impératifs de sécurité » en cas de non respect d'une obligation de soins, ou lors du transport d'un patient non consentant aux soins [8,74].

En somme, tous ces rapports, rendus public, en un peu moins de dix ans, mettent en exergue des préoccupations communes autour de plusieurs propositions, aboutissant à une certaine forme de consensus.

3. Conseil de l'Europe

Le Conseil de l'Europe est une organisation intergouvernementale distincte de l'Union Européenne. Ce conseil a été créé le 5 mai 1949 par le Traité de Londres. Il siège à Strasbourg et est composé d'un Secrétaire général, d'un Comité des ministres, d'une Assemblée parlementaire et du Congrès des pouvoirs locaux et régionaux de l'Europe [75].

Deux recommandations concernent spécifiquement les hospitalisations sans consentement et leurs cadres légaux. Il s'agit d'actes juridiques non contraignants au sein de la hiérarchie des normes juridiques, c'est-à-dire sans obligation d'application.

a) Recommandation du 12 avril 1994 de l'Assemblée parlementaire

Cette première recommandation « relative à la psychiatrie et aux droits de l'Homme », invite les États membres à se munir « de mesures législatives assurant le respect des droits de l'Homme des malades psychiatriques », et estime que la décision d'une

hospitalisation sous contrainte « doit être prise par un juge et [que] la durée de l'hospitalisation doit être précisée », qu'une « révision périodique et automatique de la nécessité du placement » soit instaurée, et juge que la « décision doit pouvoir faire l'objet d'un recours prévu par la loi » [76].

b) Recommandation du 22 septembre 2004 du Comité des ministres

Cette deuxième recommandation vise « à améliorer la protection de la dignité, des droits de l'homme et des libertés fondamentales des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier celles qui font l'objet d'un placement ou d'un traitement involontaires » [77]. Le comité propose l'établissement systématique d'un « plan de traitement personnalisé approprié », et souligne à nouveau que « la décision de soumettre une personne à un placement involontaire devrait être prise par un tribunal ou une autre instance compétente » et que les patients concernés devraient pouvoir « exercer un recours contre une décision » et « obtenir d'un tribunal le réexamen, à intervalles raisonnables, de la légalité de la mesure ou de son maintien » [77]. Cette recommandation met l'accent sur le droit à l'information « régulière et appropriée », le droit à la communication et aux visites, et la prise en considération de l'avis et des remarques des patients concernant les soins mis en place [77]. Enfin, cette recommandation rappelle que les mesures d'hospitalisation sans consentement doivent être exceptionnelles et utilisées en dernier recours [77].

4. Cour européenne des droits de l'Homme :

La Cour européenne des droits de l'Homme est une juridiction créée en 1959 [78]. Elle appartient au Conseil de l'Europe. Les particuliers peuvent la saisir lorsqu'ils ont épuisé les recours de leur pays d'origine, à savoir pour la France, la Cour de cassation ou le Conseil d'État.

Le 13 août 2003, une requête a été adressée par M.B, citoyen français, à la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) contre l'État français. Cette requête fait suite à une longue bataille juridique que mène cet homme hospitalisé à de nombreuses reprises en HO [79].

Ses hospitalisations sur demande du préfet débutent en 1983, jusqu'en janvier 1998 où la cour d'appel de Nîmes décide de lever l'hospitalisation. Rapidement, en juillet 1998, un nouvel arrêté préfectoral est réalisé, renouvelant ainsi la mesure d'HO, jusqu'en octobre 2003, puis une fois encore, un nouvel arrêté préfectoral est rédigé en novembre 2003, entraînant une nouvelle HO qui sera maintenue jusqu'en 2010. Durant cette période d'hospitalisation, M.B saisit pas moins de 17 fois les tribunaux administratifs, les cours d'appels administratives, les tribunaux de grandes instances, leurs cours d'appels, et tenta à deux reprises un pourvoi en cassation. Lors d'un recours en annulation, la cour d'appel de Bordeaux annule, en avril 2003, certains arrêtés préfectoraux attaqués, pour vice de forme, relevant, « que le certificat médical fondant l'internement n'était pas joint à chacun de ces arrêtés lors de leur notifications à l'intéressé, comme l'exige la jurisprudence du Conseil d'État », condamnant l'État à verser une somme d'argent. En octobre et décembre 2003, le tribunal administratif de Bordeaux, annule également certains arrêtés puisqu'ils « reconduisaient une mesure privée de base légale » (car annulée par la cour d'appel de Bordeaux en avril 2003), ils « ne pouvaient dès lors qu'être annulés » [79]. En juin 2005, le juge des libertés et de la détention, près le tribunal de grande instance de Bordeaux, ordonne la sortie immédiate de M.B au motif que l'arrêté préfectoral de renouvellement n'a pas été réalisé en temps et en heure. Le ministère public interjette appel de ce jugement et saisit la cour d'appel de Bordeaux qui annule la décision du juge des libertés et de la détention [79].

Tout au long de ces différents jugements, M.B revendique et critique le dualisme juridique autour des HO, puisqu'à l'époque, seules les juridictions administratives étaient compétentes pour statuer sur la régularité des décisions administratives d'hospitalisation, en appréciant uniquement la légalité externe de l'acte administratif, alors que le juge judiciaire, gardien des libertés, se prononçait sur le bien fondé de l'internement et le cas échéant, sur la demande de sortie de la personne hospitalisée. En somme, lorsque l'autorité administrative s'était prononcée sur la régularité de la décision administrative ordonnant le placement, l'autorité judiciaire pouvait statuer sur les conséquences dommageables de l'ensemble des irrégularités (de forme et de fond) entachant la mesure d'internement. Ainsi, M.B saisit la CEDH alléguant que son maintien en HO n'était pas conforme à l'article 5 §1 et §4 puisque « 1) Toute personne a droit à la liberté et à la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté, sauf dans les cas suivants et selon les voies légales : a) s'il est détenu régulièrement

après condamnation par un tribunal compétent ; b) s'il a fait l'objet d'une arrestation ou d'une détention régulières pour insoumission à une ordonnance rendue, conformément à la loi, par un tribunal ou en vue de garantir l'exécution d'une obligation prescrite par la loi ; c) s'il a été arrêté et détenu en vue d'être conduit devant l'autorité judiciaire compétente, lorsqu'il y a des raisons plausibles de soupçonner qu'il a commis une infraction ou qu'il y a des motifs raisonnables de croire à la nécessité de l'empêcher de commettre une infraction ou de s'enfuir après l'accomplissement de celle-ci ; d) s'il s'agit de la détention régulière d'un mineur, décidée pour son éducation surveillée ou de sa détention régulière, afin de le traduire devant l'autorité compétente ; e) s'il s'agit de la détention régulière d'une personne susceptible de propager une maladie contagieuse, d'un aliéné, d'un alcoolique, d'un toxicomane ou d'un vagabond ; f) s'il s'agit de l'arrestation ou de la détention régulières d'une personne pour l'empêcher de pénétrer irrégulièrement dans le territoire, ou contre laquelle une procédure d'expulsion ou d'extradition est en cours ; [...] 4) Toute personne privée de sa liberté par arrestation ou détention a le droit d'introduire un recours devant un tribunal, afin qu'il statue à bref délai sur la légalité de sa détention et ordonne sa libération si la détention est illégale » [80]. Selon lui, son hospitalisation entre le 21 octobre 2004 et le 9 novembre 2004 était illégale, et les procédures judiciaires qu'il a entamé n'ont jamais été examinées à bref délai.

Après avoir très précisément étudié l'ensemble du dossier, la CEDH, dans un arrêt du 18 novembre 2010, a conclu que la mesure privative de libertés dont M.B faisait l'objet du 21 octobre 2004 au 9 novembre 2004 n'avait pas été effectuée selon les voies légales nationales, et ainsi violait l'article 5 § 1 e) [23,79]. Par ailleurs, concernant l'effectivité des recours en droit français, la CEDH constate que « l'articulation entre la compétence du juge judiciaire et celle du juge administratif [...] n'a pas permis au requérant d'obtenir une décision d'un tribunal pouvant statuer sur la légalité de sa détention et ordonner sa libération si la détention est illégale » [79]. De plus, en ce qui concerne la durée d'examen à bref délai des recours, la CEDH constate « qu'aucune des procédures judiciaires [...] n'a respecté l'obligation d'examen à bref délai », violant ainsi par deux fois l'article 5 § 4 [23,48,79,81].

5. Décisions du Conseil constitutionnel

Depuis la réforme constitutionnelle du 23 juillet 2008, toute personne peut « contester, devant le juge en charge de son litige, la constitutionnalité d'une disposition législative applicable à son affaire parce qu'elle porte atteinte aux droits et libertés que la constitution garantit », on parle alors de question prioritaire de constitutionnalité (QPC) [82]. Si les conditions de recevabilité de la question sont réunies, il appartient au Conseil constitutionnel, saisi sur renvoi par le Conseil d'État et la Cour de cassation de se prononcer et, le cas échéant, d'abroger la disposition législative. Ainsi, conformément à cette réforme, deux QPC ont été posées au Conseil Constitutionnel, relatives aux hospitalisations psychiatriques sans consentement.

a) QPC 26 novembre 2010

Le 24 septembre 2010, le Conseil constitutionnel a été saisi par le Conseil d'État d'une QPC posée par Mlle S, relative à son hospitalisation à la demande d'un tiers [83]. En effet, cette dernière conteste « les conditions dans lesquelles une personne peut être placée, à la demande d'un tiers, puis maintenue en hospitalisation sans son consentement et, d'autre part, l'insuffisance des droits reconnus aux personnes ainsi hospitalisées » [83].

Ainsi, concernant l'hospitalisation à la demande d'un tiers et notamment son maintien, le Conseil Constitutionnel remarque « qu'en prévoyant que l'hospitalisation sans consentement peut-être maintenue au delà de quinze jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, les dispositions de l'article L337 méconnaissent les exigences de l'article 66 de la constitution, qu'en outre ni l'obligation faite à certains magistrats de l'autorité judiciaire de visiter périodiquement les établissements accueillant des personnes soignées pour des troubles mentaux, ni les recours juridictionnels dont disposent ces personnes pour faire annuler la mesure d'hospitalisation ou y mettre fin ne suffisent à satisfaire à ces exigences » [83]. En effet, l'article 66 de la constitution française dispose 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 » [84].

De ce fait, le Conseil constitutionnel reconnaît le caractère inconstitutionnel de l'article L337 du Code de santé publique, mais n'abroge pas immédiatement cet article, mais la reporte au 1^{er} août 2011, autrement dit le Conseil constitutionnel laisse un peu moins d'un an au législateur pour modifier la loi sur les hospitalisations sous contrainte et la rendre constitutionnelle [23,81,83].

b) QPC 9 juin 2011

Une fois encore, le Conseil constitutionnel est saisi le 7 avril 2011 par le Conseil d'État et le 8 avril 2011 par la Cour de cassation de QPC relatives aux hospitalisations d'office. Le Conseil constitutionnel a joint ces deux QPC pour statuer une seule fois.

Ainsi, concernant les conditions d'hospitalisation d'office, lorsque le psychiatre rédigeait un certificat médical de vingt-quatre heures ne confirmant pas la nécessité de soins en hospitalisation, « à défaut de levée de l'hospitalisation d'office par l'autorité administrative compétente (le préfet) », cela conduisait « à la poursuite de cette mesure sans prévoir un réexamen à bref délai » [85]. Le Conseil Constitutionnel a estimé « qu'un tel réexamen est seul de nature à permettre le maintien de la mesure » et que de ce fait, l'absence de ce réexamen rend la mesure d'hospitalisation non adaptée, nécessaire et proportionnée, ainsi l'article L3213-1 du Code de santé publique méconnaît les exigences de l'article 66 de la constitution [81,85].

De plus, à l'image de la décision du 26 novembre 2010, le Conseil constitutionnel constate que le maintien d'une hospitalisation d'office au-delà de quinze jours sans l'intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, porte atteinte à la liberté individuelle et ainsi considère que l'article L3213-4 du Code de santé publique est contraire à la constitution [23,81,85].

Là encore, le Conseil constitutionnel laisse jusqu'au 1^{er} août 2011 au législateur pour corriger cela.

E. Loi du 5 juillet 2011

C'est donc sous cette pression conventionnelle et constitutionnelle qu'une nouvelle loi régissant l'internement en psychiatrie a été votée, en urgence, et « restera dans les mémoires pour sa précipitation et l'insatisfaction du débat parlementaire » [23,81,86,87]. Nous insisterons sur les principales et importantes modifications induites par cette nouvelle loi, comparativement à celle de 1990.

1. Modalités d'admission

La loi du 5 juillet 2011 distingue deux modalités de soins en psychiatrie [81,87].

a) Admission en soins psychiatriques libres

Elle conserve « l'hospitalisation libre » de la loi de 1990, en renommant cette modalité « soins psychiatriques libres » puisque, dans ce cas de figure, les soins sont consentis [87]. L'article L3211-2 du Code de santé publique dispose qu'il doit s'agir de « la modalité de soins privilégiée lorsque l'état de la personne le permet », les patients disposant alors des mêmes garanties et droits que tout autre usager du système de santé [46,87,88].

b) Admission en soins psychiatriques sans consentement

Les anciennes « hospitalisations sans consentement » sont rebaptisées en « soins psychiatriques sans consentement » que ce soit sous la forme d'une hospitalisation ou de soins ambulatoires, nous y reviendrons plus loin. La dualité des soins sans consentement est maintenue, avec d'une part, « les soins psychiatriques à la demande d'un tiers » qui se déclinent en trois sous types, et, « les soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État » qui se déclinent en deux sous types [87].

Les articles L3212-1 et suivants du Code de santé publique disposent des soins psychiatriques à la demande d'un tiers [89]. Il existe trois sous types de « soins psychiatriques à la demande d'un tiers » dont les modalités pratiques diffèrent. Ces admissions sont prononcées par le directeur de l'établissement d'accueil.

Il existe :

- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers de droit commun (SPDT) : cette première mesure nécessite un premier certificat émanant d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, un second certificat pouvant émaner d'un médecin de l'établissement [89]. Les certificats doivent mettre en évidence des troubles mentaux rendant impossible le consentement du patient, et l'état mental du patient impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante soit d'une surveillance médicale régulière [89]. De plus, le directeur doit obtenir une demande de tiers répondant à un certain nombre de contraintes de forme. Le tiers pouvant être un membre de la famille ou toute personne ayant des relations antérieures à la demande d'admission et agissant dans l'intérêt du patient [89] ;
- Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence (SPDTU) : cette seconde mesure nécessite un certificat médical et une demande d'un tiers ; il s'agit d'une mesure « exceptionnelle » qui peut être utilisée « lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade » [90] ;
- Les soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : il s'agit également d'une mesure « exceptionnelle », puisqu'elle ne nécessite qu'un seul certificat d'un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, sans demande de tiers. Là encore, elle ne peut pas être utilisée tout le temps, mais uniquement lorsqu'il existe « un péril imminent pour la santé de la personne » [89].

On constate que le clinicien dispose de moyens de contraintes croissants, car nécessitant moins de formalités administratives, pour faire face à des situations cliniques dont la gravité et le risque vital sont potentiellement plus élevés.

Les articles L3213-1 et suivants du Code de santé publique disposent des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État, et remplacent les « hospitalisations d'office » de la loi de 1990 [91]. Ces soins à la demande du représentant de l'État sont prononcés par le préfet du département. La loi en prévoit deux sous types :

- Les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État (SPDRE) : cette mesure nécessite un « certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil » qui constatera la présence de

troubles mentaux nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public [91]. Le préfet prendra ensuite un arrêté prononçant l'admission dans un établissement psychiatrique habilité à prendre en charge les patients en soins sans consentement ;

- Les soins psychiatriques sur arrêté municipal : « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical », le maire peut prendre un arrêté à l'encontre des personnes « dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes » [91]. Le maire en réfère au préfet, qui prononcera, si cela est nécessaire, une admission en soins psychiatriques.

Là encore, on remarque une certaine escalade dans les mesures, puisque la mesure sur arrêté municipal ne nécessite pas un certificat médical qui oblige le médecin à voir le patient, mais seulement un avis médical, rendu sur les propos du maire, par téléphone par exemple.

2. Période d'observation unique

Quel que soit le type de mesure initiée, aboutissant à une admission en soins psychiatriques, cette mesure débute nécessairement par une période d'observation sous la forme d'une hospitalisation complète d'une durée de soixante douze heures comme en dispose l'article L3211-2-2 du Code de santé publique [92]. Comme nous l'avons vu dans les différents rapports nationaux, cette période d'observation initiale était très demandée, dans le but d'évaluer et d'orienter au mieux le patient en fonction de la symptomatologie clinique qu'il présente, et, ainsi, de préserver le patient d'une hospitalisation sans consentement d'emblée prononcée pour un mois, afin d'avoir recours à ce mode d'hospitalisation uniquement en cas de réelle nécessité, et donc, en ne privant pas inutilement et abusivement un patient de ses libertés [69–71,73,74].

Durant cette période d'observation, un premier certificat doit être réalisé par un psychiatre de l'établissement qui ne peut avoir réalisé un des certificats ayant entraîné l'admission [92]. Ce certificat dit « des 24h », confirme ou non la nécessité de maintenir la mesure de soins sans consentement. De plus, un examen somatique complet doit être réalisé durant ces vingt-quatre premières heures afin d'éliminer une cause organique

curable aux troubles mentaux et, aussi, afin d'éliminer une contre-indication somatique à une hospitalisation en psychiatrie [8,92]. Ensuite, un second certificat doit être réalisé dans les soixante-douze heures, il s'agit du certificat dit « des 72h » qui doit être rédigé par un psychiatre de l'établissement d'accueil [92]. En cas de SPDTU et de SPPI, ce psychiatre ne peut être celui qui a réalisé le certificat des 24h [89]. L'article L3211-2-2 dispose que lorsque les psychiatres ayant réalisé ces deux certificats concluent à la nécessité de poursuivre les soins, « un psychiatre de l'établissement d'accueil propose dans un avis motivé, établi avant l'expiration du délai de soixante-douze heures [...], la forme de la prise en charge », c'est à dire soit le maintien en hospitalisation complète soit le passage en programme de soins [92]. Ces certificats sont ensuite envoyés à l'autorité administrative qui a admis le patient : le directeur ou le préfet, et c'est cette autorité qui va prononcer la prolongation de l'hospitalisation [92].

3. Certificat de huitaine

L'article L3212-7 du Code de santé publique dispose qu'après « le cinquième jour et au plus tard le huitième jour à compter de l'admission d'une personne en soins psychiatriques » un psychiatre de l'établissement d'accueil rédige un nouveau certificat médical dit « de huitaine » indiquant si les soins sont toujours nécessaires, et sous quelle forme [93]. A la suite de ce certificat, l'autorité administrative peut prolonger les soins pour une durée d'un mois [93]. Ainsi, on constate qu'il y a une harmonisation dans la production des certificats quel que soit le type de mesures de soins psychiatriques sans consentement.

4. Saisines automatique et facultative du juge des libertés et de la détention

Une des lignes essentielles de la réforme tenant au respect des libertés individuelles est le contrôle obligatoire et imposé du juge judiciaire, en l'occurrence le JLD, créé par la loi du 15 juin 2000, en matière de soins sans consentement concernant les patients accueillis en hospitalisation complète [94,95]. Ce juge, auparavant coutumier du pénal, doit désormais s'afférer au sanitaire où le patient « n'est coupable que de sa maladie » [96].

La mission du juge est double, puisqu'il doit évaluer la régularité de la procédure c'est à dire par exemple le respect des délais, la présence de toutes les pièces nécessaires par exemple, mais aussi, contrôler le bien fondé de la mesure, en se fondant sur une jurisprudence constitutionnelle qui rappelle que « la liberté individuelle ne saurait être entravée par une rigueur qui ne soit nécessaire » [97,98]. Le juge doit alors déterminer, sur le temps de l'audience et, en s'appuyant sur les documents qu'il possède, si la mesure privative de libertés est « nécessaire, adaptée et proportionnée » en établissant « l'existence d'un trouble mental, démontrant la nécessité de soins et, pour les SDDE [Soins sur Décision du Directeur de l'Établissement de santé], l'impossibilité de consentir aux soins ou, pour les SDRE [Soins sur Décision du Représentant de l'État], l'existence de troubles de nature à compromettre la sûreté des personnes et/ou à porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public » [96,97,99–101].

Un premier type de contrôle est systématique et dit de plein droit [23,81]. En effet, lorsque l'avis conjoint conclut à la nécessité de poursuivre les soins sous la forme de l'hospitalisation complète, le JLD est saisi par l'autorité administrative à l'origine de la mesure [102]. L'avis conjoint accompagne la saisine du JLD et est « rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète » [102]. Une fois saisi, le JLD doit statuer « avant l'expiration d'un délai de quinze jours à compter de l'admission » ou « à compter de la décision par laquelle le directeur de l'établissement ou le représentant de l'État a modifié la prise en charge du patient en procédant à son hospitalisation complète » et « à l'expiration d'un délai de six mois suivant soit toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du Code de procédure pénale, soit toute décision prise par le juge des libertés et de la détention » afin d'adapter la législation aux décisions constitutionnelles [102]. Le JLD peut ordonner, avant l'expiration de ces délais, une expertise, ce qui prolonge les délais de quatorze jours au maximum [102].

En outre, il existe également une procédure de contrôle facultatif, également applicable à tous les soins contraints [23,99]. L'article L3211-12 du Code de santé publique, dispose que « le juge des libertés et de la détention [...] peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques »

[103]. Les auteurs de cette saisine « facultative » sont : le patient lui même, le titulaire de l'autorité parentale, le mandataire judiciaire, le conjoint, partenaire ou concubin du patient, le tiers demandeur, un « parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient », le procureur de la République et le juge puisqu'il « peut également se saisir d'office, à tout moment » [103].

Quelque soit le mode de contrôle, de plein droit ou facultatif, le JLD peut, après avoir pris connaissance des pièces qui lui ont été transmises, décider de valider la mesure de soins sans consentement sous la forme proposée par l'avis conjoint, de lever la mesure avec un effet différé de 24h permettant au besoin l'instauration d'un programme de soins, ou de lever la mesure avec un effet immédiat. Dans le cas d'une mainlevée différée, le JLD doit expressément motiver sa décision comme le rappelle la Cour de cassation [104]. Pour cela, il se fonde sur le déroulement de la procédure, en examinant son respect que ce soit sur la forme ou le fond. Parfois, la mainlevée peut être acquise d'emblée lorsque, par exemple, le JLD n'a pas statué dans les délais requis.

5. Appel de la décision du juge

Toute décision prise par le juge, que ce soit lors d'un contrôle de plein droit, ou lors d'un contrôle facultatif, est susceptible d'appel devant la cour d'appel dans un délai de dix jours à compter de la notification de l'ordonnance du JLD [105]. En effet, l'article L3211-12-4 du Code de santé publique dispose que cet appel « n'est pas suspensif », mais le procureur peut dans un délai de six heures, demander au premier président de la cour d'appel de « déclarer le recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui » [105].

6. Sorties de courte durée

La loi remplace les anciennes « sorties d'essai » par des « sorties de courte durée » [87]. En effet, la loi dispose que les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques [...] sous la forme d'une hospitalisation complète peuvent bénéficier d'autorisations de sorties de l'établissement de courte durée n'excédant pas douze heures » [106]. Le patient reste sous la responsabilité de l'établissement et doit être accompagné « par un ou plusieurs membres du

personnel de l'établissement, par un membre de sa famille ou par la personne de confiance qu'[il] a désignée» [106]. Ces sorties sont possibles uniquement sur prescription médicale et l'autorisation est donnée par l'autorité administrative à l'origine de la mesure de soins sans consentement [106]. Pour les patients en SPDRE, la demande doit être formulée au préfet quarante-huit heures avant la sortie [106].

7. Programme de soins

Les différents rapports nationaux avaient introduit l'idée d'une contrainte aux soins en ambulatoire [69–71]. La loi du 5 juillet 2011 crée les soins ambulatoires sous contrainte qui nécessitent la réalisation d'un programme de soins établi par un psychiatre de l'établissement [96,107]. Un programme de soins peut être proposé dès la fin de la période d'observation. L'article R3211-1 du Code de santé publique dispose des mentions qui doivent figurer dans le programme de soins et celles qui ne doivent pas apparaître, comme « la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examens complémentaires » [108].

8. Procédure en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet

Lorsque le psychiatre traitant estime que la mesure de soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète n'est plus nécessaire, mais que le préfet s'oppose à sa levée, ce dernier doit en informer « sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement l'examen du patient par un deuxième psychiatre. Si ce deuxième avis, rendu dans un délai maximal de soixante-douze heures après la décision du représentant de l'État dans le département, confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, le représentant de l'État ordonne la mainlevée de cette mesure ou la mise en place d'une mesure de soins » ambulatoires [87,96]. Si ce deuxième avis n'est pas conforme au premier, le directeur saisit alors le JLD qui devra trancher [8,96].

9. Droits des patients en soins psychiatriques sans consentement

Un chapitre entier de la loi du 5 juillet 2011 est consacré aux « droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques », prouvant ainsi la volonté du législateur de renforcer leurs droits afin de respecter les exigences légales [20,23,87,96,109].

Une importance particulière est donnée à l'information du patient en soins sans consentement, puisque l'article L3211-3 s'y consacre complètement [101]. Cet article dispose que « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées » à l'état clinique du patient et à la mise en place d'un traitement adapté, dans le but de protéger les patients de mesures coercitives qui seraient systématiques, non réfléchies et uniquement du fait du statut de soins sans consentement du patient [101].

Ensuite, « avant chaque décision prononçant le maintien des soins [...] ou définissant la forme de la prise en charge [...], la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état » [101]. De plus, les patients en soins sans consentement doivent être informés « le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à [leur] état, de la décision d'admission et de chacune des décisions [...], ainsi que des raisons qui les motivent » et « dès l'admission ou aussitôt que [leur] état le permet et, par la suite, à [leur] demande et après chacune des décisions [...], de [leur] situation juridique, de [leurs] droits, des voies de recours qui [leurs] sont ouvertes et des garanties qui [leurs] sont offertes » [101]. Cet article s'inscrit pleinement dans les dispositions mises en place par la loi du 4 mars 2002. Alors que le patient est dans une situation de relative « faiblesse » psychologique et juridique, puisque l'établissement sanitaire est autorisé à lui prodiguer des soins alors qu'il le refuse, la loi s'efforce, en contre partie, d'assurer d'importantes obligations d'information de la part de l'établissement.

Enfin, cet article rappelle les droits dont dispose constamment le patient : droit de communiquer avec les autorités et de saisir des commissions, de porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence, de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix,

d'émettre ou de recevoir du courrier, de consulter le règlement intérieur, de voter, et de se porter aux activités religieuses et philosophiques de son choix [101].

F. Loi du 26 septembre 2013

Du fait de limites rapidement mises en évidence en pratique, une révision de la loi du 5 juillet 2011 est faite, modifiant plusieurs dispositions d'application immédiate et différée.

1. Contexte

C'est une autre QPC en date du 20 avril 2012 qui a précipité la révision de la loi du 5 juillet 2011 [110]. En effet, le Conseil constitutionnel saisi par l'association « Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie » (CRPA), a considéré que plusieurs articles du Code de santé publique, modifiés par la loi du 5 juillet 2011, étaient « contraires à la Constitution », laissant ainsi au législateur jusqu'au 1^{er} octobre 2013 pour modifier cela [110].

2. Dispositions législatives d'application immédiate

Les dispositions qui vont suivre sont d'application immédiate afin de répondre à la pression constitutionnelle.

a) Sorties non accompagnées

Dans le but de renforcer et d'améliorer la protection des droits des patients atteints de maladie mentales, la loi du 27 septembre 2013 réintroduit le dispositif des « sorties non accompagnées », en les limitant à quarante-huit heures [111]. Ces sorties non accompagnées correspondent aux anciennes sorties d'essai qui trouvaient à s'appliquer sous la loi du 27 juin 1990, mais qui avaient été abandonnées au profit des sorties de courte durée [35,111]. Ainsi, deux dispositifs de sorties coexistent, les sorties accompagnées de courte durée, et les sorties non accompagnées qui sont également soumises à l'approbation de l'autorité administrative [111]. Ces sorties non accompagnées ne nécessitent pas que le patient soit en programme de soins, simplifiant de ce fait, les démarches administratives et

facilitant leur organisation. Par conséquent, le patient reste en régime d'hospitalisation complète lors de ces sorties et donc sous l'entière responsabilité de l'établissement [111].

b) Abolition du certificat de huitaine et de l'avis conjoint

Cette nouvelle loi abroge les dispositions concernant le certificat de huitaine et l'avis conjoint [111]. En effet, l'article L3211-2-2 du Code de santé publique dispose désormais que « le psychiatre propose dans le certificat [de soixante-douze heures] la forme de la prise en charge et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux », afin de garantir les droits du patient [112]. Cette simplification administrative est secondaire au raccourcissement du délai dans lequel le JLD doit statuer.

c) Patients en UMD et patients irresponsables pénaux

La QPC du 20 avril 2012 pointait plusieurs articles du Code de santé publique comme contraires à la Constitution, et en particulier ceux concernant le dispositif spécial dont bénéficiaient les malades accueillis en Unité pour Malades Difficiles (UMD) pour obtenir une levée de leur mesure de soins sans consentement, ainsi que ceux déclarés pénalement irresponsables [110]. Ainsi, les patients en UMD, bénéficient désormais du même régime que tout autre patient en SPDRE, aussi seul le droit commun des SPDRE s'applique pour ces patients [111]. En revanche, pour les patients déclarés irresponsables pénaux, un régime spécifique existe lorsqu'ils « ont commis des atteintes aux personnes entraînant une peine d'au moins cinq ans d'emprisonnement ou des atteintes aux biens entraînant une peine d'au moins dix ans d'emprisonnement » [111,113].

3. Dispositions législatives d'application différée

Les dispositions qui vont suivre sont, pour des raisons organisationnelles inhérentes aux établissements de santé, d'application différée au 1^{er} septembre 2014.

a) Saisines obligatoire et facultative du juge des libertés et de la détention

On note une réduction du délai avant lequel le JLD doit statuer sur toutes les mesures de soins sans consentement. Auparavant le délai était de quinze jours, il passe à douze jours [111]. Cette réduction temporelle est tout à fait favorable aux patients pour lesquels le juge ordonnerait une mainlevée, car ils se verront imposer moins longtemps une hospitalisation de façon contrainte [114].

De plus, le juge statue désormais dans « une salle d'audience attribuée au ministère de la Justice, spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ou, en cas de nécessité, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance » [115]. « Cette salle doit permettre d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès du public » [115]. Enfin, l'usage de la visioconférence est d'usage exceptionnel, sur décision judiciaire [115].

b) Procédure d'appel

La loi du 27 septembre 2013 complète les dispositions déjà existantes concernant la mesure d'appel, en demandant à ce que le psychiatre communique, deux jours avant l'audience en Appel, un avis médical justifiant la nécessité de maintenir la mesure de soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète [116].

c) Présence obligatoire de l'avocat

Alors qu'avec les dispositions initiales, l'assistance d'un avocat aux audiences du JLD constituait une possibilité, le 1^{er} septembre 2014 marque le début de la représentation et de l'assistance systématique et obligatoire par l'avocat [115].

Ici, le point de vue choisi par le législateur face à des patients en grande fragilité psychologique, contraints, a été de leur permettre de mieux se défendre, sans que ceux-ci n'aient à en faire la démarche. En pratique, on comprend qu'un patient hospitalisé sans son consentement pour une pathologie psychiatrique manifeste, puisque l'empêchant de

consentir, ne soit pas nécessairement, malgré une information adaptée, en mesure d'effectuer des démarches administratives pour contacter un avocat, lui expliquer sa situation etc.

Ceci n'est évidemment pas sans conséquence. Les conséquences financières sont doubles, puisqu'à la fois pour le ministère de la Justice par l'augmentation des aides juridictionnelles, mais également pour les patients. En effet, ceux ne relevant pas de l'aide juridictionnelle, vont se voir obligés de payer les honoraires de l'avocat, qu'ils n'ont pas demandé, pour se défendre d'une hospitalisation à laquelle ils ne consentent pas. Ensuite, la présence systématique d'un avocat entraîne indéniablement un débat plus riche lors de l'audience avec le JLD, puisque l'avocat pourra soulever de nombreux moyens afin d'obtenir, coûte que coûte, la « libération » de son client, avec, en cas d'obtention de la mainlevée de la mesure, la possibilité d'entamer une procédure à l'encontre de l'établissement, à visée indemnitaire.

III. Étude des motifs de mainlevée de 117 mesures de soins psychiatriques sans consentement

A. Objectifs de l'étude

En 2013, au niveau national, les mainlevées concernaient 8 % du nombre total de mesures de soins psychiatriques sans consentement, soit 5 699 mainlevées sur les 70 807 mesures [117]. Autrement dit, environ une mesure sur douze a obtenu une mainlevée ordonnée par le juge, en 2013. Ces mainlevées entraînent la sortie des patients de façon prématurée, non suffisamment préparée. C'est pourquoi, face à cette relative fréquence et à ces conséquences sur nos patients, nous nous sommes interrogé sur les raisons de ces mainlevées, afin de déterminer si elles sont obtenues pour des motifs relevant plutôt du fond, c'est-à-dire que les médecins (psychiatres et non psychiatres) auraient ainsi recours à la contrainte abusivement, ou relevant plutôt de la forme. Dans les deux cas, une fois ces motifs identifiés, nous proposons la mise en œuvre d'actions correctives.

B. Matériel et méthodes

1. Matériel

Les 117 décisions judiciaires ont été émises entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 juillet 2015, soit sur une période de 43 mois.

Elles ont été récupérées de différentes façons :

- mises en ligne sur le site du « Cercle de Réflexion et de Proposition d'Action sur la psychiatrie » (CRPA), rubrique « jurisprudences toutes juridictions » [118] ;
- mises en ligne sur le site de legifrance [119] ;
- mises en ligne sur le site de la Cour de cassation [120] ;
- récupérées directement à la direction de la psychiatrie du centre hospitalo-universitaire régional de Tours, après accord du trio de pôle ;

- récupérées directement à la direction de la psychiatrie du centre hospitalier de Châteauroux – Gireugne, après accord de la responsable administrative du pôle ;

2. Méthodes

Chaque décision judiciaire a été lue et le ou les motifs retenus par le juge afin d'obtenir la mainlevée ont été répertoriés puis classés. Afin de garantir une meilleure lisibilité, compréhension et afin de conserver un certain pragmatisme, nous avons décidé de ne pas classer ces motifs en fonction de l'article de loi qu'ils ne respectaient pas, ni d'adopter une classification fondée sur le droit procédural administratif, qui nous apparaissait trop imperméable pour le non juriste. Ainsi, nous avons organisé ces motifs en trois grands groupes en fonction de l'origine du motif (médical, administratif ou transversal), avec des sous-groupes, de sorte que ces groupes et sous-groupes soient intelligibles et que les recommandations qui en découlent soient d'application plus aisée.

C. Résultats

1. Données générales

Nous avons travaillé sur 117 décisions judiciaires et 174 motifs ont été comptabilisés. On remarque que, en moyenne, plus d'un motif est relevé par le juge afin d'ordonner la mainlevée (en moyenne 1,48 motif par décision).

Parmi ces 117 décisions, 63 sont des ordonnances provenant de Tribunaux de grande instance (TGI), 46 sont des arrêts de Cours d'appel (CA), 3 sont des arrêts de la Cour de cassation (CC) et 5 sont des ordonnances de Tribunaux administratifs (TA) (tableau 1).

Sur les 117 décisions de levée, 83 portent sur l'acte d'admission et 34 sur un autre acte (tableau 1).

		Acte en cause		
		Acte d'admission	Autre acte	Total
Instance juridique	TGI	43	20	63
	CA	32	14	46
	CC	3	0	3
	TA	5	0	5
	Total	83	34	117

Tableau 1 : Répartition des décisions en fonction de l'instance juridique et de l'acte en cause.

2. Motifs de mainlevée identifiés

En appliquant la méthodologie sus-citée, nous avons identifié treize catégories de motifs.

a) Motifs d'origine médicale

Les motifs ont été placés dans ce groupe lorsque la mainlevée est la conséquence exclusive d'un défaut d'origine médicale, notamment lors de la rédaction des certificats médicaux. Les motifs médicaux ont été identifiés 46 fois (tableau 2).

(1) Critères d'admission non remplis

Ce motif a été identifié 38 fois.

Dans ces cas, les critères de placement en soins sans consentement ne sont pas remplis quel que soit le type de mesure.

En ce qui concerne les soins psychiatriques à la demande d'un tiers de droit commun, l'article L3212-1-I du Code de santé publique dispose que deux conditions doivent être remplies pour permettre son initiation : « 1° - Ses troubles mentaux rendent impossible son

consentement ; 2° - Son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L.3211-2-1 » [89].

Concernant les soins psychiatriques à la demande d'un tiers d'urgence, les deux conditions de l'article L3212-1 se voient complétées d'une troisième condition qu'est la présence d'un « risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade », comme en dispose l'article L3212-3 du Code de santé publique [89]. Cette mesure est une mesure dite exceptionnelle, qui ne doit être utilisée que dans ce cas précis, puisque, comme nous l'avons vu, le cadre administratif est moins exigeant. À propos des soins psychiatriques pour péril imminent, il s'agit aussi d'une mesure exceptionnelle, qui nécessite, là encore, une troisième condition qu'est l'existence « à la date d'admission, d'un péril imminent pour la santé de la personne » comme en dispose l'article L3212-1 II-2° du Code de santé publique.

Enfin, ce sont les articles L3213-1 et L3213-2 du Code de santé publique qui encadrent les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État. Le préfet « prononce par arrêté [...] l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public ». Il y a donc deux conditions pour satisfaire une mesure de SPDRE et on constatera, d'ailleurs, que l'abolition du consentement n'y figure pas [91]. L'arrêté municipal peut, quant à lui, être pris « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes [...] à l'égard de personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes » et, une fois encore, l'abolition du consentement n'y figure pas [91].

Parmi ces 38 cas, on retrouve :

- 12 cas pour non respect des critères de SPDT ;
- 8 cas pour non respect des critères de SPDTU ;
- 6 cas pour non respect des critères de SPPI ;
- 7 cas pour non respect des critères de SPDRE préfectoral ;
- 2 cas pour non respect des critères de SPDRE municipal ;
- 3 cas pour non respect des critères de réintégration.

Nous avons constaté que les mainlevées pour ce type de motif sont très souvent obtenues car les certificats médicaux initiaux décrivent mal les troubles mentaux en ne mettant pas suffisamment en exergue, dans un langage commun, en quoi ces troubles imposent obligatoirement une mesure de contrainte. Lors du recours à une des mesures exceptionnelles de SPDTU ou SPPI, le JLD examinera tout particulièrement si le recours à ces mesures, plus liberticides que la mesure de SPDT, était bien justifié. L'utilisation de « mots clés » par le psychiatre lors de la rédaction des certificats, pourrait permettre au JLD de bien percevoir l'urgence ou le péril imminent si le patient n'avait pas été hospitalisé. Les certificats médicaux doivent être clairs et précis et ce n'est pas au juge de trouver, dans les termes médicaux employés, ce qui a permis de mettre en place une mesure exceptionnelle, mais bien au médecin psychiatre de justifier ardemment l'inévitable recours à une telle mesure.

En ce qui concerne la motivation des certificats lors d'une mesure de SPDRE, la Cour de cassation, dans un arrêt du 28 mai 2015, a estimé qu'il n'incombe pas aux médecins qui rédigent le certificat de prouver le trouble à l'ordre public, mais bel et bien au préfet de déterminer, en se fondant sur les éléments cliniques fournis par le médecin, si cela relève d'un trouble à l'ordre public [121]. C'est un arrêt important, puisque de nombreuses mainlevées de SPDRE ont été obtenues justement car les médecins n'expliquaient pas en quoi les troubles qu'ils observaient compromettaient la sûreté des personnes ou portaient atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Par conséquent, ce motif, dans ce cadre précis, ne peut désormais plus permettre l'obtention d'une mainlevée, mais, si elle a lieu, justifierait une déclaration d'appel.

Par ailleurs, 3 cas de mainlevée sont secondaires à un défaut dans la procédure de réintégration du patient, autrement dit, à la modification de la forme de la prise en charge ambulatoire avec un retour en hospitalisation complète sous contrainte. L'article L3211-11 du Code de santé publique dispose que « le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge [...] pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié » [122]. De plus, l'article R3211-1 du Code de santé publique dispose que le psychiatre peut modifier « à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé » le programme de soins en proposant une « hospitalisation complète notamment en

cas d'une inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé » [108]. Comme le souligne Olivier DUPUY dans une note juridique sur la loi du 5 juillet 2011, « la réintégration du patient en hospitalisation complète à temps plein a pu être comprise comme la sanction du manquement aux obligations de soins auxquelles le patient est soumis au travers du programme de soin », mais ce n'est « ni l'esprit ni la lettre de la loi », comme le montre la QPC du 20 avril 2012 [110,123]. En effet, cette QPC rappelle que « les personnes [en programme de soins] ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduites ou maintenues de force pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins » [110]. En d'autres termes, c'est uniquement la dégradation de l'état psychique du patient en programme de soins qui doit aboutir à un certificat de réintégration en hospitalisation complète sous contrainte et non le simple non respect du programme de soins [123–125].

Enfin, 2 cas de mainlevée ont attiré notre attention par l'originalité du motif :

- Un premier cas a été obtenu au motif que les antécédents psychiatriques ne suffisent pas à permettre la mise en place de soins psychiatriques sous contraintes. Assez souvent, on trouve dans les certificats médicaux un ou plusieurs diagnostics médicaux. Ceci pose plusieurs problèmes puisque la présence d'antécédents médicaux (un diagnostic de schizophrénie par exemple) ne peut suffire à justifier la mise en place d'une mesure de soins sans consentement car ne remplaçant aucune des conditions suffisantes et nécessaires. Enfin, la levée du secret professionnel n'étant pas complète dans ce cadre, puisque théoriquement et légalement soumise au droit commun, faire apparaître un antécédent médical ou un diagnostic médical dans un des certificats médicaux nécessaires à la mesure de soins sans consentement, pourrait être interprété comme une violation de ce secret [126]. Un patient pourrait estimer, par exemple, que le préfet n'avait pas à savoir qu'il avait préalablement fait un premier épisode schizophrénique puisqu'il n'est pas soumis au secret partagé;
- Dans le second cas, la mesure a été levée car le certificat médical initial était illisible et ne permettait donc pas au juge d'apprécier le bien fondé de la mesure de soins sans consentement. Ceci rappelle l'importance pratique de

dactylographier les certificats, surtout lors des mesures de SPDRE comme en dispose la loi : « les certificats et avis médicaux établis en application des dispositions du présent chapitre sont précis et motivés. Ils sont dactylographiés » [127].

(2) Médecins « incompetents »

Ce motif a été identifié 3 fois.

Cette « incompetence » médicale concerne les mainlevées obtenues lorsque le médecin qui réalise un des certificats n'est pas apte à le faire, du fait d'une restriction imposée par la loi.

La loi dispose que lors d'une mesure de SPPI le médecin qui rédige le certificat initial ne peut exercer dans l'établissement d'accueil [128]. Par ailleurs, lors d'une mesure de SPDRE, le certificat initial ne peut pas être réalisé par un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. Enfin, lors des mesures « exceptionnelles », les certificats de 24h et de 72h doivent être réalisés par deux médecins différents [90,128]. Ces trois mainlevées ont été obtenues car une ou plusieurs de ces trois conditions restrictives n'ont pas été respectées, entachant ainsi la mesure de soins sans consentement d'illégalité.

(3) Absence d'examen somatique

Ce motif a été identifié 2 fois.

L'article L3211-2-2 du Code de santé publique dispose que « dans les vingt-quatre heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet » du patient hospitalisé [92]. La loi ne définit pas ce que doit contenir un tel examen somatique, ni qui doit/peut le faire.

C'est le défaut de preuve apportée par l'établissement concernant la réalisation de cet examen somatique qui a permis l'obtention de ces 2 mainlevées.

(4) Programme de soins non conforme

Ce motif a été identifié 3 fois.

Les trois programmes de soins ont été considérés non conformes car relevant plutôt d'une hospitalisation complète avec des sorties de courtes durées ou des sorties non accompagnées de moins de 48h (cas d'un patient hospitalisé toute la semaine avec deux heures de sorties quotidiennes).

La Cour de cassation dans un arrêt du 4 mars 2015, rappelle qu'il « incombe au juge de vérifier si l'hospitalisation mise en place constitue une hospitalisation à temps partiel au sens de l'article R3211-1 du Code de la santé publique et non une hospitalisation complète » [129]. La loi n'interdit pas les programmes de soins avec des hospitalisations partielles, bien au contraire, si cela peut limiter des périodes plus longues de privation de libertés. Les équipes soignantes doivent alors garder à l'esprit que lors de ces temps d'hospitalisation le patient n'est pas en hospitalisation complète sans consentement, mais en hospitalisation libre dans le cadre d'un programme de soins. Cette différence de caractérisation a d'importantes conséquences, puisqu'en hospitalisation libre le patient peut refuser son traitement, décider de partir plus tôt [124,129].

À ce jour, il n'y a pas de limite horaire, ou de jour, fixée par la loi, qui permettrait de caractériser clairement des temps d'hospitalisations associés à des sorties, en hospitalisation partielle dans le cadre d'un programme de soins, ou en hospitalisation complète.

(5) Récapitulatif des motifs d'origine médicale

Motifs d'origine médicale			
Critères d'admission non remplis	SPDT	12	38
	SPDTU	8	
	SPPI	6	
	SPDRE	7	
	SPDRE municipal	2	
	Réintégration	3	
Médecins « incompetents »		3	
Absence d'examen somatique		2	
Programme de soins non conforme		3	
Total		46	

Tableau 2 : récapitulatif des motifs d'origine médical.

b) Motifs d'origine administrative

Les motifs ont été placés dans ce groupe lorsque la mainlevée est la conséquence exclusive d'un défaut d'origine administrative. Les motifs administratifs ont été identifiés 23 fois.

(1) Délégation de signature non conforme

Ce motif a été identifié 11 fois.

La délégation de signature est un acte juridique qui permet à un délégant de déléguer, non pas ses pouvoirs, mais la faculté de signer des documents et actes à un ou plusieurs délégataires.

La délégation de signature est régie par plusieurs articles : D6143-33 à 35 du Code santé publique pour la délégation de signature du directeur d'établissement, L2122-18 à 20 du Code général des collectivités territoriales pour la délégation de signature du maire et l'article 43 du décret n°2004-374 du 29 avril 2004 pour la délégation de signature du préfet [130–132]. Ainsi, pour être conforme, une délégation de signature doit mentionner avec précision l'identité du ou des délégataire(s), la nature des documents et actes que le délégataire pourra signer et la délégation doit être « notifiée et publiée aux personnes intéressées par tout moyen possible » [130]. Un défaut dans l'une de ces formalités, rend la délégation caduque et, ainsi, la personne signataire incompétente. Le document signé n'a alors aucune valeur.

Dans ces 11 cas, nous avons identifié (Tableau 3) :

- Quatre cas où il n'y avait pas du tout de délégation de signature entre l'autorité administrative et la personne qui a signé (deux pour le directeur de l'établissement, une pour le maire, et une pour le préfet) ;
- Quatre cas où les actes délégués n'étaient pas précisés dans la délégation de signature ;
- Deux cas où les délégations de signature n'avaient pas été notifiées et/ou publiées aux personnes intéressées, usagers des soins ;
- Une mainlevée cumule l'absence de précision sur les actes délégués et l'absence de publication.

Délégations de signature non conformes	
Absence de délégation de signature	4
Actes délégués non précisés	4
Pas de parution ou de publication	2
Total	11

Tableau 3 : récapitulatif des 11 cas de délégation de signature non conforme.

(2) Identification du signataire impossible

Ce motif a été identifié 6 fois.

L'article 4 de la loi n°2000-321 du 12 avril 2000 précise que toute décision prise par une autorité administrative « comporte, outre la signature de son auteur, la mention en caractères lisibles, du prénom, du nom et de la qualité de celui-ci » [133].

Dans ces 6 cas, la décision d'admission était signée, mais ni le nom ni la fonction du signataire n'apparaissaient, que ce soit manuscritement ou grâce à un cachet. Ainsi, l'absence de ces éléments, ne permettant pas aux patients en soins sans consentement de déterminer qui est l'auteur de cette décision liberticide et si ce signataire avait bien le droit de la prendre, porte atteinte à la liberté et aux droits des patients et entache d'illégalité la décision administrative, pour, en somme, la rendre nulle.

(3) Absence de motivation des décisions

Ce motif a été identifié 6 fois.

La motivation d'un acte administratif est, selon l'article 3 de la loi 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, « l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision » et est exigée, selon l'article 1 de la même loi, dans les décisions « qui restreignent l'exercice des libertés publiques » [134]. Ainsi, en ce qui concerne les mesures de soins psychiatriques sans consentement, s'agissant de décisions administratives qui restreignent les libertés, cette décision doit être dûment motivée et les patients concernés doivent en être informés. De plus, l'article 5 de la Convention européenne des droits de l'Homme renforce cette loi française puisque « toute personne arrêtée doit être informée, dans le plus court délai et dans une langue qu'elle comprend, des raisons de son arrestation et de toute accusation portée contre elle » [80].

Dans ces 6 cas de mainlevée :

- Quatre ont été obtenues car la décision administrative ne s'appropriait pas les termes des certificats, se contentant de s'y référer, et car les certificats n'étaient pas joints à la décision ;
- Une a été obtenue car les certificats n'étaient pas joints ;
- Une a été obtenue car le préfet ne s'était pas suffisamment approprié les termes du certificat pour conclure au trouble grave de l'ordre public.

c) Motifs transversaux

(1) Information incomplète et inadaptée

Ce motif a été identifié 29 fois.

L'information des patients en soins psychiatriques sans consentement sur la mesure et leurs droits répond à une double obligation administrative et médicale.

Au niveau médical, cette obligation d'information repose sur la loi du 4 mars 2002 [46]. Cette loi a considérablement modifié les choses en matière d'obligations d'information des patients, les plaçant ainsi au centre de leur prise en charge, en les autonomisant, annihilant ainsi la position passée du médecin tout puissant, paternaliste, qui décidait pour ses patients [49]. L'article L1111-2 du Code santé publique dispose que l'information « porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques » [135]. Le Code de déontologie renforce cela avec l'article R4127-35 qui dispose que « le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information claire, loyale et appropriée sur son état de santé, les investigations et les soins qu'il lui propose » [136]. Par conséquent, la mise en place d'une mesure de soins sans consentement étant une série d'actes médicaux faisant grief et une modalité de soins, il convient d'en informer le patient au même titre qu'on l'informerait de ces traitements médicamenteux, car, faute d'exception prévue par la loi qui excluraient les patients en soins sans consentement de ce droit à

l'information, le médecin et les professionnels en santé mentale doivent respecter cette obligation d'information.

Au niveau administratif, la loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public dispose dans l'article 1 que « les personnes physiques ou morales ont le droit d'être informées sans délai des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent » parmi lesquelles « les décisions qui restreignent l'exercice des libertés publiques » [134]. Les soins sans consentement privent les patients concernés de nombreuses libertés, dont, et c'est la principale, la liberté d'aller et venir. Ainsi, cette décision d'hospitalisation prise par une autorité administrative – directeur d'établissement ou préfet – et qui est défavorable, est soumise à l'article 1 de la loi du 11 juillet 1979 et doit être notifiée « sans délai » autrement dit dès sa mise place, au patient [134]. C'est donc bien l'autorité administrative prenant la décision qui devrait informer directement le patient, c'est à dire que le directeur et le préfet devraient informer directement chaque patient pour lequel ils ont signé une décision d'admission.

Enfin, au carrefour du médical et de l'administratif, la loi du 5 juillet 2011 scelle cette obligation d'information dès le début de la mesure. L'article L3211-3 du Code de santé publique dispose, à deux reprises, que « la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision », et que « toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques [...] est informée : a) le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions [...], ainsi que des raisons qui les motivent ; b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions [...] de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes » [137]. Cet article va donc plus loin que les précédents en matière d'information, puisqu'en plus de devoir informer sur la mesure, il incombe également d'informer le patient sur les conséquences de cette mesure en ce qui concerne son statut juridique, ses droits : droit de correspondre, de voter... et aussi les voies de recours. Évidemment, cette obligation d'information peut être différée lorsque l'état du patient le justifie. On remarque que l'acteur devant répondre à cette obligation d'information n'est pas spécifiquement identifié. Quoi qu'il en soit, compte tenu du

caractère liberticide des soins psychiatriques sans consentement, l'information des patients sur leurs droits et leurs moyens de défense devient primordiale et sera fondamentalement et facilement examinée par le juge, comme en atteste un arrêt de la Cour de cassation du 18 juin 2014 qui réaffirme cette obligation d'information dès l'admission et à chaque nouvelle décision administrative [138].

Sur les 29 cas de mainlevée relevés (Tableau 4) :

- Vingt six mainlevées ont été obtenues du fait de l'absence de preuve, dans les pièces dont disposait le juge, que l'information avait bien été faite dès l'admission et après chacune des décisions administratives ;
- Trois mainlevées ont été obtenues au motif que les droits et voies de recours avaient été énoncés aux patients en français, alors qu'ils ne maîtrisaient pas la langue. L'absence d'interprète n'a pas permis de garantir cette obligation d'information, la rendant nulle, par application, entre autre, de l'article 5 alinéa 2 de la Convention de sauvegarde des droits de l'Homme et des libertés fondamentales [80].

Six de ces vingt-neuf mainlevées ont été obtenues au motif unique de défaut d'information. Cependant, la Cour de cassation, dans un arrêt du 15 janvier 2015, déclare que le défaut d'information d'un patient sur ses droits est une illégalité dans l'exécution de la mesure de soins sans consentement, et non une illégalité de la mesure elle-même, et donc que ce défaut ne suffit plus à obtenir une mainlevée [139].

Information incomplète et inadaptée			
	Motif unique	Motif multiple	Total
Pas de preuve de l'information	6	20	26
Pas d'interprète	0	3	3
Total	6	23	29

Tableau 4 : récapitulatif des 29 cas d'information incomplète et inadaptée.

(2) Absence de recueil des observations du patient

Ce motif a été identifié 23 fois.

L'article L3211-3 du Code de santé publique dispose que le patient en soins sans consentement est mis « à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état » lors de chaque décision d'admission ou de maintien des soins [137]. Cette mesure est encore une fois un moyen de prendre en compte l'intérêt du patient en lui permettant de faire valoir, aussi régulièrement que possible, son point de vue. De plus, l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations dispose que « les décisions individuelles qui doivent être motivées en application des articles 1er et 2 de la 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 n'interviennent qu'après que la personne intéressée ait été mise à même de présenter des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales » dans le but de respecter une forme de contradictoire[134,140].

Sur les 23 cas d'absence de recueil des observations du patient :

- Dix-neuf étaient associées à un défaut d'information dont 3 par défaut d'interprète puisque les observations n'avaient pas pu être recueillies dans une langue parlée par les patients ;
- Quatre cas d'absence de recueil des observations du patient isolé.

(3) Délais écoulés

Ce motif a été identifié 24 fois (tableau 5).

On distingue, les mainlevées pour non respect des délais dans la production des certificats médicaux, dans la production des décisions administratives, dans la saisine du JLD, et dans la réponse de l'ordonnance du JLD.

Deux levées ont été obtenues car les certificats médicaux de 24h et 72h n'ont pas été réalisés dans les délais, contrairement aux dispositions de l'article L3211-2-2 du Code de santé publique qui impose que « dans les vingt-quatre heures suivant l'admission [,] un psychiatre de l'établissement réalise un certificat médical », et « dans les soixante-douze heures suivant l'admission, un nouveau certificat est établi » [112].

Quinze levées ont été obtenues par des irrégularités dans les délais des décisions administratives d'admission ou de maintien en soins sans consentement. On note, parmi ces quinze levées :

- Trois levées obtenues par absence de décision administrative de maintien en soins sans consentement après la réalisation du certificat de 72h ou du certificat mensuel, comme l'impose pourtant les articles L3212-4 et L3212-7 du Code de santé publique [89] ;
- Quatre levées ont été prononcées car lors d'une mesure d'hospitalisation sur arrêté municipal, le préfet s'est prononcé après le délai de 48h pourtant imposé par l'article L3213-2 du Code de santé publique [91] ;
- Huit levées ont été obtenues car la décision d'admission administrative a été réalisée rétroactivement à l'admission physique du patient en établissement psychiatrique, rendant ainsi la période initiale de privation de liberté, illégale.

Cinq mesures ont été levées car le délai de saisine automatique et obligatoire du JLD n'a pas été respecté. En effet, l'article L3211-12-1 du Code de santé publique dispose que le JLD doit se prononcer « avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de l'admission », et que le JLD « doit être saisi dans un délai de huit jours à compter de cette admission » [102]. Ces délais s'appliquent aussi en cas de modification de la forme de la prise en charge d'un patient en programme de soins qui repasserait en hospitalisation complète. Parmi ces 5 mainlevées :

- Trois ont été obtenues par non respect des délais de saisine du JLD dans le cadre de l'admission d'un patient en soins psychiatriques sans consentement ;
- Deux mainlevées par absence de saisine de patients en programme de soins pour lesquels la prise en charge a été modifiée pour passer en hospitalisation complète.

Enfin, 2 arrêts de mainlevée ont été obtenues en cour d'appel car en première instance, le JLD n'a pas rendu son ordonnance dans le délai imparti de 12 jours comme en disposait l'article R3211-16 du Code de santé publique en vigueur de l'époque [141]. Désormais, depuis le décret du 15 août 2014, cet article a été modifié et le JLD notifie sur place aux parties présentes et au conseil du patient et explique les démarches d'appel [142,143].

A noter, que la Cour de cassation, dans son arrêt du 5 février 2014, a clarifié les choses en matière de décompte des délais, dans les cas de mesure de SPDR sur arrêté municipal qui doit être confirmée par un arrêté préfectoral dans un délai de 48h [144]. La Cour de cassation a ainsi estimé que l'arrêté municipal ne constituant qu'une mesure provisoire, c'est l'arrêté préfectoral qui constitue l'arrêté d'admission en soins psychiatriques et qui doit être pris comme date de départ pour le calcul des différents délais [144].

Délais écoulés	
Certificats médicaux	2
Décisions administratives	15
Saisine du juge	5
Réponse du juge	2
Total	24

Tableau 5 : récapitulatif des 24 cas de délais écoulés.

(4) Absence de documents

Ce motif a été identifié 14 fois.

Il a été soulevé lorsque le juge ne disposait pas de tous les documents nécessaires lors de l'audience. A 11 reprises il manquait un document médical et à 5 reprises un document non médical, puisque dans 2 décisions il manquait à la fois un document médical et un document non médical (tableau 6a et 6b).

Concernant les documents médicaux, l'article R3211-12 du Code de santé publique dispose que « sont communiqués au juge des libertés et de la détention afin qu'il statue : [...]4° Une copie des certificats et avis médicaux [...], au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins » [145]. Leurs absences ont été relevées à 6 reprises. De plus, dans le cadre spécifique d'une mesure en appel, l'article L3211-12-4 dispose qu'un avis motivé d'un psychiatre de l'établissement « se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète, est adressé au greffe de la cour d'appel au plus tard quarante-huit heures avant l'audience » [116]. L'absence de cet avis a été relevée 5 fois et a permis la mainlevée des mesures de soins.

Concernant les documents non médicaux, l'article R3211-12 du Code de santé publique dispose que « sont communiqués au juge des libertés et de la détention afin qu'il statue : [...]1° Quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, une copie de la décision d'admission motivée et, le cas échéant, une copie de la décision la plus récente ayant maintenu la mesure de soins, les nom, prénoms et adresse du tiers qui a demandé l'admission en soins ainsi qu'une copie de sa demande d'admission ; 2° Quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté d'admission en soins psychiatriques et, le cas échéant, une copie de l'arrêté le plus récent ayant maintenu la mesure de soins » [145]. À 2 reprises il manquait la demande de tiers et à 3 reprises les décisions administratives d'admission.

De façon générale, l'absence de ces documents, importants pour apprécier le bien fondé de la mesure, oblige le juge à faire « profiter » cette absence au patient. Il est inenvisageable qu'en cas d'absence d'une demande de tiers, par exemple, le juge maintienne la mesure de SPDT en espérant que cette demande de tiers ait bien été faite et qu'il ne s'agisse que d'un oubli, car cela portait atteinte de façon grave aux libertés des patients. Le juge n'est pas là pour imaginer que les pièces ont bien été réalisées, mais pour constater qu'elles le sont véritablement. L'absence d'une pièce juridique équivaut à une inexistence.

Absence d'un document		
Médicaux	Certificats	4
	Avis	5
Décisions d'admission		2
Demande de tiers		1
Total		12

Tableau 6 a : récapitulatif des 12 cas d'absence d'un document.

Absence de plusieurs documents		
Demande de tiers	1	
Certificat médical		1
Décision d'admission		
Total	2	

Tableau 6 b : récapitulatif des 2 cas d'absence de plusieurs documents.

(5) Procédure irrégulière avec le tiers

Ce motif a été identifié 8 fois.

Nous avons considéré par l'intitulé « procédure avec le tiers irrégulière » les cas où la demande de tiers est présente, mais ne répond pas à des critères de forme ou de fond.

L'article L3212-1 du Code de santé publique décrit les conditions pour faire d'une personne le « tiers » d'un malade susceptible d'être hospitalisé sans son consentement en disposant de la façon suivante : « membre de la famille du malade ou [...] une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade. Lorsqu'il remplit les conditions prévues au présent alinéa, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire

une demande de soins pour celui-ci » [128]. L'article R3212-1 du Code de santé publique dispose des mentions nécessaires dans le formulaire de demande de tiers : « 1° La formulation de la demande d'admission en soins psychiatriques ; 2° Les nom, prénoms, date de naissance et domicile de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés ; 3° Le cas échéant, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins ; 4° La date ; 5° La signature » [146].

Dans le cadre des mesures de SPPI, l'article L3212-1-2 2° du Code santé publique impose à l'établissement hospitalier d'informer « dans un délai de vingt quatre heures [...] la famille de la personne, [...] la personne chargée de la protection juridique de l'intéressé ou [...] toute personne justifiant de l'existence de relations avec la personne malade antérieures à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci » [128]. Ceci ne transformera pas cette mesure en SPDT ou SPDTU, mais permettra à ce proche de défendre le patient en saisissant le JLD s'il estime que cette mesure de contrainte est non justifiée [147]. Il s'agit d'une obligation de moyens et non pas de résultats.

Dans les 8 cas observés, on distingue (tableau 7) :

- Un cas de formulaire de demande de tiers incomplètement rempli ;
- Trois cas où l'établissement hospitalier n'a pas pu apporter de preuves devant le juge de tentatives de contact avec un proche dans le cadre d'une mesure de SPPI. Comme le rappelle la Cour de cassation dans un arrêt du 18 décembre 2014, il s'agit d'une formalité substantielle dont le non-respect justifie la mainlevée de la mesure de contrainte [147,148] ;
- Quatre cas où le proche sollicité, pour être tiers dans une mesure de soins sans consentement de droit commun ou d'urgence, ne répondait pas à toutes les exigences :
 - Un cas où le « tiers » n'était ni de la famille, ni une « personne justifiant l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins » puisqu'il s'agissait du directeur de l'établissement d'accueil ;
 - Trois cas où les juges ont estimé que les « tiers » sollicités, qui pouvaient être de la famille du malade ou avoir eu des relations antérieures à la demande de soins, n'avaient pas qualité à agir dans l'intérêt du malade. En l'occurrence, il s'agissait d'un ex-mari qui n'avait pas eu de contact

avec son ex-femme, patiente, depuis plus de vingt ans, puis, de la directrice d'un foyer où vivait le patient, et enfin, du mari de la patiente alors qu'il existait d'importants conflits de couple connus, puisqu'impliqués dans les circonstances de l'hospitalisation. Là encore, la Cour de Cassation est très claire en ce qui concerne la qualité du tiers à obligatoirement agir dans l'intérêt du patient [147,148].

Procédure de tiers irrégulière		
Formulaire incomplet		1
Pas de preuve de contact d'un proche		3
Qualité de tiers	Ni famille ni relations antérieures	1
	Intérêt du patient	3
Total		8

Tableau 7 : récapitulatif des 8 cas de procédure irrégulière avec le tiers.

(6) Irrégularités avec le mandataire judiciaire

Ce motif a été identifié 7 fois (tableau 8).

Trois mainlevées ont été obtenues car le mandataire judiciaire (curateur ou tuteur) n'a pas été prévenu, par l'établissement d'accueil, de l'hospitalisation sans consentement de la personne majeure protégée contrairement aux dispositions de l'article R3211-10 du Code de santé publique [149]. Ce défaut de prise de contact était indépendant de toute mesure de SPPI.

Deux mainlevées ont été obtenues car les mandataires judiciaires n'étaient pas présents lors des audiences devant le JLD. En effet, cette audience est considérée comme une action en justice, et l'article 468 du Code civil relatif à la curatelle impose qu'une « assistance est également requise pour introduire une action en justice ou y défendre » et l'article 475 du Code civil relatif à la tutelle dispose que « la personne en tutelle est

représentée en justice par le tuteur » [150,151]. Le majeur protégé ne pouvant se défendre seul, l'absence de son mandataire porte fortement atteinte à ses droits et à sa liberté.

Enfin, 2 mainlevées ont cumulé ces deux motifs.

Irrégularités avec le mandataire judiciaire		
Mandataire non prévenu	3	2
Mandataire non présent	2	
Total	7	

Tableau 8 : récapitulatif des 7 cas d'irrégularités avec le mandataire judiciaire.

D. Discussion

1. Récapitulatif des résultats

On comptabilise 46 motifs d'origine médicale, sous-divisés en quatre catégories (tableau 9) :

- critères d'admission non remplis dans 38 cas ;
- médecins incompetents dans 3 cas ;
- absence d'examen somatique dans 2 cas ;
- programme de soins non conforme dans 3 cas ;

On comptabilise 23 motifs d'origine administrative, sous-divisés en trois catégories (tableau 9) :

- délégation de signature non conforme dans 11 cas ;
- identification du signataire impossible dans 6 cas ;
- absence de motivation des décisions dans 6 cas ;

On comptabilise 105 motifs transversaux, sous-divisés en six catégories (tableau 9) :

- information du patient incomplète et inadaptée dans 29 cas ;
- absence de recueil des observations du patient dans 23 cas ;
- délais écoulés dans 24 cas ;

- absence de documents dans 14 cas ;
- procédure irrégulière avec le tiers dans 8 cas ;
- irrégularités avec le mandataire judiciaire dans 7 cas ;

Résultats de l'étude portant sur 117 décisions judiciaires de mainlevées de mesures de soins sans consentement			
Motifs médicaux	Critères d'admission non remplis	38	21,9%
	Médecins incompetents	3	1,7%
	Absence d'examen somatique	2	1,2%
	Programme de soins non conforme	3	1,7%
	Sous total	46	26,5%
Motifs administratifs	Délégation de signature non conforme	11	6,4%
	Identification du signataire impossible	6	3,4%
	Absence de motivation des décisions	6	3,4%
	Sous total	23	13,2%
Motifs transversaux	Information inadaptée	29	16,7%
	Pas de recueil des observations	23	13,2%
	Délais écoulés	24	13,8%
	Absence de documents	14	8,0%
	Procédure avec tiers irrégulière	8	4,6%
	Irrégularités avec le mandataire judiciaire	7	4,0%
	Sous total	105	60,3%
Total	174	100%	

Tableau 9 : récapitulatif des résultats de l'étude.

2. Biais et limites

Plusieurs limites et biais apparaissent dans notre travail et limitent la portée des résultats sans que l'on puisse en évaluer objectivement l'importance.

a) Non représentativité des données

Du fait de la méthodologie même de l'étude et du mode de recueil des décisions, il existe un biais de sélection à plusieurs niveaux.

Le premier niveau où apparaît ce biais réside dans le choix du mode de recueil des décisions, puisque celui-ci n'a pas été réalisé de façon uniforme, rétrospective et/ou prospective sur un territoire donné (local, régional, national), ce qui aurait permis de recueillir toutes les décisions judiciaires de mainlevée, sans exception. Les résultats ainsi obtenus auraient été classés et les fréquences obtenues pour chaque motif auraient eu une réelle valeur pondératrice. Le choix des deux centres hospitaliers où ont été récupérées directement les décisions judiciaires auprès des directions administratives, repose sur des contraintes pragmatiques.

Le second niveau où apparaît ce biais réside dans le choix de sites internet pour obtenir certaines décisions. Le choix de certains sites internet au détriment d'autres sites induit nécessairement un biais, auquel se rajoute celui concernant la mise en ligne des décisions judiciaires. En effet, il n'est pas impossible que les sites aient réalisé une sélection dans la mise en ligne des décisions, en particulier le site du CRPA, en préférant communiquer des cas de mainlevées mettant clairement en cause les psychiatres hospitalisant abusivement des citoyens et les établissements cautionnant ces pratiques liberticides.

De ce fait, dans le but de limiter ce biais de sélection, il eut fallu, dans l'idéal, recueillir directement toutes les décisions judiciaires de mainlevées, c'est-à-dire sans intermédiaire de parution ou de publication, d'un territoire donné voire de la France entière depuis janvier 2012. Pour se faire, il faudrait se rendre dans chaque établissement psychiatrique de santé mentale (EPSM) habilité à recevoir des patients en soins sans consentement, afin de consulter et/ou photocopier les décisions, ou demander à quelqu'un de le faire sur place. De même, un travail comparable pourrait être mené uniquement sur les mesures de soins sans consentement réalisées au CHRU de Tours sur cette période de 43 mois. En partant du postulat qu'en initiant en moyenne 35 mesures par mois cela représenterait un pool théorique de 1505 mesures, en y associant le taux de 8% de mainlevées en 2013, on pourrait s'attendre, théoriquement, à trouver 120 mainlevées

ordonnées par le juge [117]. Or la réalité est toute autre, puisque à peine un sixième des 117 décisions étudiées ici, provient du CHRU de Tours, posant *de facto*, la question des raisons de cet écart avec la moyenne nationale. Est ce lié au niveau de formation des professionnels ou au peu de connaissances des avocats tourangeaux dans le domaine du droit psychiatrique ?

Par conséquent, bien que le biais de sélection soit non négligeable entachant la représentativité des résultats, on peut tout de même signaler que ce mode de recueil a contribué à l'exhaustivité de ces résultats.

b) Disparité dans la qualité des décisions

L'étude des décisions judiciaires de mainlevée provenant de juges des Libertés et de la Détention de la France entière a mis en évidence de nombreuses disparités quantitatives et qualitatives.

Quantitativement, nous avons remarqué, qu'en nombre de pages, l'étendue des décisions va de une à six pages alors que l'affaire semble comparable et que le nombre de parties présentes est identique permettant d'alimenter de façon comparable le débat. Cette hétérogénéité quantitative retentit probablement sur la qualité des décisions.

Qualitativement, nous avons également remarqué d'importantes disparités qui portent sur plusieurs points :

- Sur le nombre de motifs soulevés par le juge pour obtenir la mainlevée : en principe, après avoir rappelé le contexte et le déroulement de la mesure de soins sans consentement, le juge rappelle les éléments soulevés par le patient et son avocat qu'ils considèrent comme pouvant entraîner la mainlevée de la mesure. S'en suit alors l'argumentaire du juge qui va passer en revue chaque élément soulevé par l'avocat et éventuellement rajouter des éléments qu'il estime importants ou que l'avocat n'aurait pas soulevé. Enfin, le juge va conclure à la levée sur un certain nombre de motifs, étayés par les articles de loi correspondant. Cette situation s'avère malheureusement idyllique et assez rare

en pratique. 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 levée, l'étude des autres, quel que 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'information, et ainsi un biais notable non évaluable ;

- Sur l'argumentaire pour décider de la mainlevée : 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. En effet, en ce qui concerne, par exemple, le défaut d'information, certains juges vont uniquement citer l'article L3211-3 du Code de santé publique, d'autres l'article 1 de la loi du 11 juillet 1979, d'autres vont s'appuyer sur la Convention européenne des droits de l'Homme et du citoyen, et d'autres sur tout ceci. 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 article de loi, mais plutôt par catégories de motifs ;
- Enfin, initialement nous avons tenté de classer les motifs dans un langage juridique administratif en fonction du type d'illégalité mise en cause (moyens de légalité interne, c'est-à-dire le bien fondé de la mesure, moyens de légalité externe lorsque les règles de compétences, de forme et/ou de procédure n'ont pas été respectées) mais rapidement, nous nous sommes aperçu que très peu de décisions rattachaient le motif permettant la mainlevée à un type et sous type d'illégalité administrative.

c) Catégorisation

Dans un souci de clarté et de didactisme, nous avons catégorisé les 174 motifs en 13 groupes. Cette catégorisation induit nécessairement un biais pour au moins deux raisons.

Premièrement, du fait de la difficulté à bien comprendre l'argumentaire qu'a utilisé le juge pour décider de la levée, il n'a pas été toujours aisé de pouvoir identifier un ou des motifs précis, nécessitant 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, l'absence d'une demande de tiers dans les pièces transmises au juge pourrait figurer dans la catégorie « absence de documents » et « procédure irrégulière avec le tiers ». Dans ce cas précis, nous avons pris le parti de faire figurer la décision judiciaire dans la catégorie « absence de documents ».

Néanmoins, nous avons tenté de compenser ce biais en créant des sous catégories (délégation de signature, information des patients, observations des patients, délais écoulés, absence de documents, procédure irrégulière avec le tiers et irrégularités avec le mandataire judiciaire) et en donnant des informations complémentaires explicatives sur certaines décisions dont le motif nous apparaissait original.

3. Interprétation et comparaison des résultats

a) Interprétation et discussion des résultats

Concernant nos résultats, l'existence et /ou la fréquence de certains motifs méritent quelques remarques.

En ce qui concerne les motifs d'origine médicale :

- Le peu de mainlevées par absence d'examen somatique est cohérent au mode d'entrée des patients dans les services de psychiatrie puisqu'il y a rarement d'entrées directes. En pratique, les patients passent par les services d'accueil d'urgence, ils sont alors généralement examinés par un médecin urgentiste ;
- L'existence des 3 mainlevées pour programme de soins non conforme est là aussi cohérente, puisqu'à ce jour la loi et la jurisprudence ne réglementent pas précisément le programme de soins ;

- L'incompétence d'un médecin, relevée 3 fois (médecin exerçant dans l'établissement d'accueil qui a réalisé le certificat initial d'une mesure de SPPI), correspond à un certain détournement de la procédure de SPPI. Nous avons été surpris qu'un tel moyen puisse exister, la loi est pourtant explicite sur les conditions d'application du SPPI, mais rassuré par sa faible fréquence ;
- La catégorie « critère d'admission non replis » est celle ayant la plus importante fréquence dans notre étude (n=38 soit environ 21,9%). Parmi ces 38 cas, on note une fréquence d'environ 37% des mainlevées pour des mesures d'urgence et de péril imminent, contre 31% pour les SPDT, et 24% pour les SPDRE. Ceci illustre le recours aux mesures exceptionnelles, d'urgence et de péril imminent, non pas pour une indication clinique de mise en jeu du pronostic vital, mais probablement par des contraintes pragmatiques (pas de premier certificat médical lors de l'arrivée du patient, pas de tiers joignable).

En ce qui concerne les motifs d'origine administrative, nous avons été étonné de l'existence de mainlevées pour les trois sous-groupes, bien que les fréquences de ces motifs ne soient pas très importantes (6,4% pour les délégations non conformes, 3,4% pour l'identification impossible et 3,4% pour l'absence de motivation). L'appel au bon sens permet facilement de comprendre le formalisme imposé par la loi en ce qui concerne les délégations de signature et l'identification du signataire, puisque dans le cas contraire, cela équivaldrait à valider le pouvoir d'admission en soins sans consentement à quiconque signe le formulaire administratif d'admission. Néanmoins, nous pouvons aisément supputer, en ce qui concerne les onze cas de délégation de signature non conforme, que ces mainlevées ont été obtenues à cause d'un défaut de traçabilité plutôt que pour une absence réelle de délégation.

Enfin, en ce qui concerne les motifs transversaux :

- Le nombre de mainlevées par défaut d'information est le second motif le plus fréquent de notre étude, et le non recueil des observations du patient intervient en quatrième position. À eux deux, ils représentent 52 cas dans notre échantillon, soit presque 30%. 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. Encore une fois, on peut supposer qu'il s'agit plutôt d'un défaut de traçabilité.

- Le non respect des délais est le troisième motif le plus fréquent de notre étude et s'explique par la multitude de délais médicaux, administratifs, et judiciaires dont fait état la loi du 5 juillet 2011. Aussi, 24 cas au regard des quatre délais de certificats (24h, 72h, huitaine, mensuel), quatre délais administratifs, les délais de saisine, les délais de réponses des juges, représente finalement une faible proportion.
- L'absence de document, bien qu'apparaissant dans 14 cas soit 8% des motifs, semble inhérent à la procédure d'envoi de pièces au greffe du JLD compte tenu du nombre de documents à fournir (au moins quatre certificats, autant de décisions administratives, une demande de tiers, des justificatifs d'information et de recueil des observations, le jugement de mesure de protection etc). De plus, on peut supposer que des caprices ou mauvaises manipulations informatiques soient à l'origine de ces absences et donc de ces mainlevées ;
- L'existence de mainlevées par procédures avec les tiers irrégulières 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 [128]. 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 ;
- Le nombre de mainlevées du fait d'irrégularités avec le mandataire judiciaire est faible puisque autour de 4%. Il serait intéressant de savoir si ces irrégularités sont survenues chez des patients connus du secteur ou des patients inconnus. Dans le dernier cas, il nous paraît difficile d'obtenir de la part d'un patient en état de crise qui serait, par exemple, en voyage pathologique, sans coordonnées sur lui, l'information concernant une éventuelle mesure de protection.

b) Comparaison à d'autres travaux

À ce jour et à notre connaissance, il s'agit du premier travail qui porte à la fois sur l'identification des motifs de mainlevée des mesures de soins sans consentement, la quantification et l'élaboration de recommandations.

Nous citerons tout de même le travail de Jean Marc PANFILI qui a réalisé une intéressante analyse de la jurisprudence en ce qui concerne les mainlevées des mesures de soins sans consentement [152]. Ce travail ne consiste pas en une étude et donc ne contient pas de statistiques qui pourraient être comparées à celles de notre travail.

La première partie est spécifiquement dédiée à cette analyse, où figure une classification juridique des différents motifs retenus en « éléments de légalité externe » et « absence de justification de la nécessité médicale » qui s'apparente en quelque sorte à la légalité interne [152]. Nous constatons que tous les éléments identifiés dans ce travail sont retrouvés dans notre étude, bien que le vocabulaire soit par moment différent. Dans les éléments de légalité externe, il identifie « l'incompétence de l'auteur des décisions administratives » qui correspond à nos deux sous catégories « délégation de signature non conforme » et « identification du signataire impossible », ensuite il identifie « l'absence de motivation des décisions administratives », « l'incompétence du médecin », « le non respect des délais » que l'on retrouve sous le même intitulé dans notre travail [152]. On retrouve également la catégorie « défaut de qualité du tiers et invalidité de la demande de soins » qui correspond à notre « procédure avec le tiers irrégulière » [152]. « L'absence de production de l'ensemble des certificats médicaux » apparaît dans notre catégorie « absence de documents », et « la place du mandataire si le majeur auditionné est protégé » correspond à notre « irrégularités avec le mandataire judiciaire » [152].

Puis, il consacre une longue partie au « défaut de procédure du contradictoire » qu'il décline en 6 sous-parties : « le défaut d'information préalable du patient sur ses droits de communication et de recours », « le défaut d'information préalable du patient sur les décisions qui le concernent », « le défaut de prise en compte des observations du patient », « le défaut de notification au patient des décisions qui le concernent », « le défaut d'accès du patient au dossier transmis au greffe du JLD » et « l'impossibilité pour le patient

d'adresser des observations au JLD » [152]. Ces 6 sous-catégories correspondent aux catégories « information incomplète et inadaptée », que ce soit les informations sur la situation du patient, ses droits ou ses voies de recours et « absence de recueil des observations du patient ». Enfin, « l'absence de justification de la nécessité médicale » correspond à notre partie « critères d'admission non remplis » [152].

La troisième partie est consacrée au programme de soins : aux difficultés pratiques de sa mise en place et « la confusion entre programme de soins et sorties autorisées » qui correspond à notre partie « programme de soins non conforme » [152].

Enfin, dans sa quatrième partie, il fait mention des indemnisations possibles liées aux préjudices de décisions irrégulières [152]. En effet, les demandes d'indemnisation pour des hospitalisations jugées illégales sont de plus en plus fréquentes, du fait de l'atteinte aux libertés individuelles. Bien que certains motifs d'illégalité n'entraînent pas nécessairement une mainlevée de l'hospitalisation, comme le défaut d'information, ceci entraîne néanmoins un préjudice qui pourra être réparé. Les récentes affaires vont dans ce sens, et même plus loin, en invoquant une présomption de préjudice systématique [152,153].

Un deuxième travail mérite d'être abordé. La Cour de cassation a publié un rapport intitulé « Étude sur les soins psychiatriques sans consentement » [154]. Ce rapport, après avoir rappelé les modalités de soins psychiatriques sans consentement, a étudié l'ensemble de la jurisprudence des Cours d'Appel sur la procédure de contrôle de plein droit lors d'hospitalisation complète sans consentement. On constate que parallèlement à l'augmentation des mesures de soins sans consentement entre 2012 et 2013, les procédures en Appel ont également augmentés, puisque le taux d'appel des décisions rendues par les JLD est passé de 0,9% en 2012 à 1,3% en 2013 [154]. Puis, dans 85 % des arrêts étudiés, les juges ont confirmé les décisions de placement en soins psychiatriques sans consentement sous la forme complète, seulement 15 % des cas étudiés ayant donné lieu à une mainlevée [154]. Enfin, la dernière partie de ce rapport est consacrée à l'analyse des motifs de procédure d'appel et on constate que « dans 80 % des cas c'est la régularité de l'acte d'admission en soins psychiatriques sans consentement qui est contestée et dans 20 % celle de l'acte de modification de la prise en charge » [154]. Ces résultats sont comparables à notre étude puisque 83 des 117 mainlevées sont obtenues à cause d'une irrégularité dans

l'acte d'admission, soit 70,9%. Si on étudie uniquement les 46 arrêts émanant des Cours d'appel, on constate que 32 mainlevées sont obtenues à cause d'une irrégularité dans l'acte d'admission, soit 69,5%. Ainsi, c'est surtout lors de la procédure d'admission que des irrégularités sont susceptibles d'être produites, et donc, c'est peut-être cette période particulière qu'il faudrait mieux encadrer, afin d'éviter que des erreurs soient produites.

En outre, le rapport liste les différents moyens de légalité externe portant donc sur la régularité des actes administratifs et les moyens de légalité interne touchant au bien fondé de la mesure.

En ce qui concerne la régularité des actes administratifs, ce rapport constate que [154] :

- l'information du patient est incriminée dans 32% des cas ;
- la qualité du psychiatre participant est incriminée dans 14 % des cas ;
- la régularité des conditions d'admission et du maintien dans les 24h de l'admission son incriminées dans 11% des cas respectivement ;
- la régularité des conditions du maintien dans les 72h de l'admission est incriminée dans 8 % des cas ;
- la motivation de l'avis conjoint est incriminée dans 8% des cas ;
- et la régularité des conditions du maintien après le 5^{ème} et au plus tard le 8^{ème} jour suivant l'admission dans 6% dans cas.

Comparativement à nos résultats, on observe que la fréquence de défaut d'information est deux fois supérieure à la notre (16,7%), et dans 14% des cas « la qualité du psychiatre participant est incriminée » contre 1,7% dans notre étude. Cette dernière différence est importante (8 fois supérieure) et s'explique probablement par l'écart de définition entre la catégorie « qualité du psychiatre participant » et notre catégorie « psychiatre incompetent », biaisant ainsi toute comparaison et interprétation, or, le rapport ne stipule pas ce qui est entendu précisément dans cette catégorie. Les autres catégories sont difficilement comparables puisque le rapport a adopté une classification « chronologique », ce qui n'est pas notre cas [154].

En ce qui concerne les motifs de mainlevée sur le bien fondé de la mesure, ce rapport constate que [154] :

- le placement non fondé est incriminé dans 26% des cas ;

- l'irrégularité de la décision administrative dans 15% des cas ;
- la non proportionnalité et l'inadaptation de la mesure de soins sans consentement est incriminée dans 14% des cas ;
- l'adhésion aux soins et l'absence de preuve de l'impossibilité de consentir aux soins dans 10% des cas ;
- l'adhésion aux soins et l'amélioration de l'état de santé du patient dans 7% des cas ;
- l'absence de preuve de l'état de dangerosité du patient dans 6% des cas ;

Si « le placement non fondé » et « l'irrégularité de la décision administrative » sont deux catégories relativement explicites, et pouvant se rapprocher, dans notre étude, de « critères d'admission non remplis » et de « motifs administratifs » ainsi que les sous catégories de « délais écoulés », « absence de documents », les autres catégories de ce rapport sont moins claires, faute de précision. En effet, en quoi « la non proportionnalité et l'inadaptation de la mesure de soins sans consentement », « l'adhésion aux soins et l'absence de preuve de l'impossibilité de consentir » et « l'adhésion aux soins et l'amélioration de l'état de santé du patient » sont différents de l'absence de fondement du placement, et donc, qu'inclut réellement la catégorie « placement non fondé » ? De ce fait, la comparaison statistique des fréquences a peu de sens.

4. Apports et perspectives

L'apport de ce travail est important, puisqu'il s'agit d'un travail qui dresse une liste des différents motifs de mainlevée des mesures de soins sans consentement avec un regard pragmatique. Il permet ainsi de rendre ces résultats intelligibles à toute personne confrontée aux soins psychiatriques sans consentement, quelle que soit sa formation en droit. L'originalité et l'intérêt de ce travail repose également sur la volonté d'établir des recommandations, afin de pallier les mainlevées prématurées qui peuvent occasionner, dans certains cas, des conséquences sur l'état de santé des patients concernés, mais aussi, des dépenses supplémentaires pour les hôpitaux et l'État, en cas de procédures de contentieux administratifs pour des hospitalisations illégales, par le versement de dommages-intérêts pour les patients [153]. A titre d'exemple, la cour d'appel de Paris a condamné en 2015 l'État (puisque'il s'agissait d'une HO) à verser à une patiente la somme de 27.000€ [155]. Les

arrêtés préfectoraux avaient été annulés par le tribunal administratif quelques années auparavant. Ainsi, la patiente a obtenu 20.000€ pour la privation de liberté et l'atteinte à sa vie familiale, 2.000€ pour le défaut de notifications des droits, et 5.000€ au titre de la réparation de l'administration de traitements sous contrainte. Autre exemple, le tribunal de grande instance de Pontoise a indemnisé un homme, victime d'une hospitalisation en péril imminent déclarée irrégulière par le cour d'appel de Versailles, à 3.000€ en réparation du préjudice moral subi [156]. Par conséquent, les dommages-intérêts peuvent rapidement atteindre des sommes conséquentes, dans un contexte actuel où les avocats assistent et représentent désormais systématiquement les patients et se forment de plus en plus au droit psychiatrique.

De nombreuses perspectives se dessinent à la lumière de nos résultats.

Comme nous l'avons dit, afin de pouvoir donner un poids quantitatif aux différents motifs identifiés, la réalisation d'une étude à l'échelle régionale voire nationale serait très intéressante. De plus, la réalisation d'autres études portant sur un type de motif permettrait une analyse plus fine de ce dernier, grâce à une meilleure caractérisation. On pourrait par exemple, envisager une étude s'intéressant à la motivation des certificats médicaux initiaux, en étudiant tous les certificats initiaux réalisés sur une période d'un an et en s'attardant sur les termes employés pour justifier une mesure de soins sans consentement, et plus particulièrement lors du recours aux mesures exceptionnelles, dans le but d'établir des critères de qualité dans la rédaction des certificats. On pourrait alors déterminer si les certificats émanant des psychiatres sont de meilleure qualité que ceux émanant de médecins non psychiatres. Par ailleurs, on pourrait aussi imaginer, pour compléter ce travail de motivation des certificats médicaux, une étude portant sur les attentes des JLD lors de la lecture des certificats, et leur compréhension des certificats. Dans le même esprit, on pourrait concevoir une étude portant sur les raisons du manquement à l'obligation d'information et de recueil des observations des patients, et ainsi déterminer si l'information est délivrée sans preuve, par défaut de traçabilité, ou si elle n'est pas du tout délivrée, et, dans ce dernier cas, tenter de déterminer ce qui explique cette défaillance. Ce travail pourrait passer par des auto-questionnaires à destination des équipes soignantes portant sur leurs connaissances de la loi et du contenu de l'information, mais aussi à destination des patients, afin de mieux identifier leurs attentes, et ainsi adapter le contenu des messages et informations délivrés. Ainsi, des outils adaptés pourraient être mis en place et ces outils

pourraient être d'intéressants indicateurs à réévaluer plus tard dans le cadre d'un audit de qualité.

Enfin, d'autres travaux épidémiologiques mériteraient d'être réalisés afin d'expliquer les disparités géographiques des mainlevées. Nous avons été frappés de constater que de nombreuses mainlevées proviennent de certaines villes comme Versailles alors qu'à Tours elles semblent moins fréquentes. Sur les 117 décisions judiciaires, 45 proviennent de Versailles. Plusieurs hypothèses explicatives peuvent dès lors être faites : Versailles concentre un tribunal de grande instance et une cour d'appel, ce qui n'est pas le cas de Tours puisque la cour d'appel est à Orléans. Le département d'Indre et Loire est constitué de 7 secteurs psychiatriques alors que le département des Yvelines est constitué de 18 secteurs psychiatriques, ainsi les hospitalisations psychiatriques sont plus nombreuses en valeur absolue dans les Yvelines et donc les mainlevées également. Les avocats sont peut-être plus nombreux et mieux formés au droit psychiatrique et adhèrent peut-être plus au CRPA, ce qui occasionne à la fois des mainlevées véritablement plus nombreuses, et explique la parution fréquente de ces mainlevées sur le site du CRPA.

Par conséquent, de nombreux travaux restent à faire pour expliquer et préciser ce phénomène récent de mainlevées, afin d'élaborer et d'adapter au mieux les mesures correctives.

IV. Recommandations pratiques pour limiter les mainlevées

Nous avons choisi d'organiser cette partie selon le même plan que celui de la section résultats, en abordant pour chacune des 13 catégories de motifs, les recommandations possibles.

A. Critères d'admission non remplis

Concernant ce motif de levée, important en nombre mais aussi du fait qu'il repose la question de l'indication même de l'utilisation d'une mesure de soins sans consentement, il conviendrait de sensibiliser les médecins, susceptibles d'avoir à remplir de tels certificats, sur les éléments attendus par la personne qui lira ce certificat, en l'occurrence le JLD qui n'est pas médecin, et c'est probablement là que réside la difficulté de cette tâche. Une première partie sera dédiée aux recommandations et conseils généraux face à la rédaction des certificats médicaux de toutes mesures de soins psychiatriques sans consentement, et la seconde partie aux cas particuliers de certaines mesures.

La Haute Autorité de Santé a lancé en fin d'année 2015 un groupe de travail sur la rédaction des certificats médicaux dans le cadre de mesures de soins sans consentement [157].

1. Recommandations générales

En ce qui concerne la forme, il est primordial que tous les certificats soient dactylographiés afin de favoriser la clarté et la lisibilité de ces derniers, et aussi dans le but de respecter la loi [111].

Pour se faire, des trames informatiques de certificats vierges devraient être élaborées, quelque soit la mesure et le type de certificats (initial, 24h, 72h, situation...), respectant les obligations de tout certificat médical (emplacements pour l'identité du médecin, l'identité du patient, date, heure), et les obligations inhérentes aux soins sans

consentement (article de loi, type de certificats...) [158–160] (Annexe 1a,b,c,d). Ces trames devraient être diffusées informatiquement à tous les médecins potentiellement concernés par les soins sans consentement, qu'ils exercent à l'hôpital public ou en libéral. Il apparaît important que les médecins généralistes aient ces modèles de certificats. Bien que nous n'ayons pas de données permettant d'évaluer le nombre de certificats émanant de non psychiatres, on peut tout de même, intuitivement, estimer que ce nombre est suffisamment important. En ce qui concerne ces certificats, il n'est pas rare de constater qu'ils soient complètement et intégralement manuscrit, ce qui augmente le risque d'erreur de forme de façon considérable. Une fois ces trames réalisées, diffusées, contrôlées et mises à jour par du personnel qualifié, il conviendrait d'en expliquer l'utilisation aux médecins, en créant par exemple des guides explicatifs à destination des médecins libéraux généralistes (Annexe 2). Ces modèles devraient être facilement accessibles, sur des postes informatiques clairement identifiés, de sorte que, aux urgences ou dans un service, les médecins puissent aisément réaliser les certificats, et également être mis en ligne sur les sites des ARS, comme l'a déjà fait l'ARS de Lorraine, facilitant ainsi leur accès à tous les professionnels de santé, quelque soit le moment où ils en ont besoin [161]. On pourrait également mettre en place des protocoles qualité de suivi à 6 mois, 1 an de l'utilisation des certificats informatisés et effectuer des enquêtes de retours des médecins utilisant ces certificats afin de les optimiser.

Enfin, il est indispensable que chaque service, unité, médecins, aient quelques exemplaires papiers des certificats à utiliser dans les cas exceptionnels de véritables urgences, quelles qu'elles soient, d'impossibilité d'utiliser le matériel informatique. Il sera alors nécessaire d'expliquer et de justifier le recours aux certificats manuscrits.

En ce qui concerne le fond, on se rend compte que la motivation médicale des certificats va dépendre du type de mesure, puisque les critères d'instauration de ces mesures diffèrent en fonction du type de mesure.

2. Recommandations spécifiques

a) Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

Ce type de mesure correspond en réalité aux admissions prononcées par le directeur d'établissement. Il y en a donc trois : la mesure de SPDT de droit commun, et deux mesures exceptionnelles : SPDTU et SPPI.

(1) Généralités

Ce mode d'hospitalisation répond à une double obligation cumulative, le patient devant présenter des troubles mentaux qui rendent impossible son consentement et la nécessité de soins immédiats [128].

De ce fait, il revient aux médecins de prouver en quoi un patient remplit ces deux conditions indissociables. Autrement dit, dans un premier temps, le médecin doit décrire les troubles mentaux qu'il constate dans un vocabulaire clair et compréhensible par le JLD, montrer que ces troubles portent atteinte à la capacité de consentir du patient et que cet état psychique nécessite des soins.

Pour ce qui est de la description des troubles, on privilégiera les descriptions factuelles aux termes techniques de sémiologie psychiatrique, en se fondant uniquement sur l'état présent du patient, sur ce qui a été constaté lors de l'examen et ce que nous a dit le patient [162]. Les propos rapportés par l'entourage, les antécédents des patients ne peuvent, et ne doivent pas, suffire pour légitimer une mesure de soins sans consentement. Voici quelques exemples :

- concernant les patients présentant un épisode délirant : il faut éviter d'employer les termes psychiatriques usuels pour décrire le délire, mais plutôt insister sur le contenu du délire dans le certificat, ce qui aura plus de sens lors de la lecture par le JLD.

Exemple : « délire paranoïde de persécution, principalement hallucinatoire mais aussi interprétatif, humeur congruente, adhésion totale » → « ce patient pense

être la victime d'un complot de grande envergure, orchestré par ses voisins et une organisation intergalactique, dans le but de le faire taire ; des cameras et micro seraient installés partout. Ceci retentit sur son humeur qui est triste et génère beaucoup d'angoisses. Il ne critique pas ce qu'il dit » ;

- concernant les patients présentant une symptomatologie dépressive : là aussi, on évitera l'addition de termes psychiatriques, au profit d'éléments pragmatiques et concrets.

Exemple : « ce patient présente un syndrome dépressif profond avec une anhédonie, un apragmatisme, une anorexie, des troubles du sommeil typiques, et des idées suicidaires scénarisées. Il existe des éléments de ruines et d'incurabilité, mélancoliformes » → « patient très triste, qui reste au lit toute la journée, il ne s'alimente plus depuis quelques jours et a perdu plusieurs kilos, le sommeil est perturbé à cause d'idées suicidaires très envahissantes. Le patient a pensé à prendre plusieurs boites de médicaments, ou se jeter dans la Loire. Il pense être perdu, et ne pas pouvoir être aidé ni guéri » ;

- concernant les patients en crise suicidaire, il convient de décrire avec précision le scénario et l'imminence du passage à l'acte, plutôt que d'écrire que l'évaluation du potentiel suicidaire conclut à un risque élevé de passage à l'acte.

Ensuite, après avoir décrit les troubles psychiatriques, le médecin se doit d'expliquer en quoi ces troubles mentaux altèrent la capacité à consentir du patient et autorisent ainsi d'outrepasser son consentement et de le contraindre de façon « adaptée, nécessaire et proportionnée » [87]. L'évaluation de la capacité à consentir est une évaluation subjective qui se réalise lors d'un entretien clinique. Pour pallier cette subjectivité, certains ont tenté d'établir des critères afin de guider le clinicien. On peut citer ceux de LACHAUX qui fonde l'évaluation du consentement sur cinq capacités : capacité à recevoir une information adaptée, capacité de compréhension et d'écoute, capacité de raisonner, capacité d'expression libre de décision, capacité de maintien de la décision dans le temps [162,163]. D'autres proposent de prendre en compte : le déficit de l'acquisition (attention, concentration), la présence d'un trouble de la compréhension, la mauvaise appréciation des apports extérieurs, un déficit de la volonté, l'impossibilité ou l'instabilité d'un choix [164]. Enfin, la HAS dans un rapport de recommandations de pratique clinique intitulé « Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans

consentement d'une personne présentant des troubles mentaux » établit des critères de recours aux soins sous contraintes en fonction de la pathologie mentale [162,165]. Le clinicien doit donc expliciter dans son certificat en quoi les troubles qu'il constate et qu'il décrit retentissent sur la capacité à consentir du patient et autorisent ainsi à exercer des soins chez un patient sans son consentement libre et éclairé [165,166]. Voici quelques exemples :

- concernant un patient présentant un syndrome délirant, on pourrait dire : « la présence de ces nombreux éléments délirants, qui illustrent le décalage entre la réalité et les perceptions qu'en a ce patient, parasitent sa capacité à être attentif, concentré et à bien écouter les informations que nous lui donnons. Dans ces conditions, il ne dispose pas de sa capacité à consentir » ;
- concernant un patient présentant un syndrome dépressif d'intensité sévère : « Ces importants et sévères symptômes dépressifs entravent les capacités d'attention, de concentration, de raisonnement et d'expression libre de ce patient. La capacité à consentir s'en trouve donc atteinte ».

Enfin, le médecin conclut en indiquant la nécessité de soins et l'absence d'alternative à ces soins, en se fondant sur les éléments cliniques qu'il a décrit. Par exemple, concernant un patient présentant un syndrome délirant : « ce patient délirant qui ne dispose pas de sa capacité à consentir, nécessite des soins qui ne peuvent se dérouler à ce jour qu'en hospitalisation complète, afin d'être dans un environnement sécurisé, et de bénéficier d'une prise en charge médicale optimale ».

Par conséquent, le raisonnement à adopter lors de la rédaction d'un certificat médical de SPDT passe par la constatation et la description des troubles, leurs retentissements sur la capacité à consentir et l'absence d'autre alternative à une prise en charge médicale en hospitalisation sous contrainte.

(2) SPDTU

Ce mode exceptionnel de soins sans consentement répond aux mêmes exigences et recommandations que celles sus-citées. Néanmoins, la loi impose qu'il existe une

« urgence », c'est-à-dire un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, lors du recours à cette mesure, et que le médecin rédigeant le certificat initial l'explique [90].

L'urgence doit donc nécessairement et obligatoirement être présente à l'admission et c'est au médecin de le prouver. L'urgence peut rapidement disparaître, sans pour autant que cela ne remette en cause la mesure de soins sans consentement, si et seulement si les deux conditions (troubles mentaux rendant impossible le consentement et besoin de soins) sont toujours présentes.

Lors de la rédaction du certificat initial le médecin doit impérativement faire apparaître de façon claire l'urgence de la situation à laquelle il a affaire. Il ne suffira pas de dire « Cette situation est une urgence », mais plutôt d'expliquer les risques auxquels s'expose le patient s'il n'était pas hospitalisé. Par exemple: « En l'absence de soins sous la forme d'une hospitalisation, ce patient risque de [...] ceci représente une situation d'urgence » (Annexe 1b).

De façon générale, nous ne recommandons pas l'utilisation de phrases stéréotypées et ajoutées automatiquement en fin de certificat, car elles sont sources d'erreurs, par exemple un mauvais accord au genre du patient, et risque d'entraîner des mainlevées immédiates [152,167].

(3) SPPI

Concernant la mesure de SPPI, nous retrouvons les mêmes enjeux que ceux de la SPDTU, c'est à dire la nécessité de montrer que, en l'absence de soins, le patient risque un péril imminent [128]. La loi ne définit pas avec précision ce qu'est un « péril imminent », mais on trouve quelques éléments de réponse dans la « foire aux questions » du ministère de la Santé, où est reprise la définition de la notion de péril imminent émise par la HAS en avril 2005 : « l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient » [162,168]. Ceci équivaut donc à un risque de mort immédiat ou de séquelles graves en l'absence de soins.

Un certificat initial de SPPI doit donc faire apparaître ce risque vital imminent, par une formulation du type : « En l'absence de soins immédiats, le patient risque de se suicider par pendaison », « le patient déclarant [...] il existe un danger immédiat pour sa vie » par exemple (Annexe 1c).

b) Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État

Comme nous l'avons dit plus haut, la logique en ce qui concerne la rédaction des certificats initiaux pour des mesures de SPDRE est différente de celle des certificats de SPDT, puisque ce n'est pas au médecin rédigeant le certificat de montrer le trouble grave à l'ordre public, mais bien au préfet de montrer que les troubles mentaux décrits par le médecin constituent un tel trouble [91,121]. Ceci impose donc au médecin de décrire avec la plus grande précision l'ensemble des troubles mentaux, afin de permettre au préfet de prendre sa décision en connaissance de causes. Là aussi, on ne peut que conseiller au médecin d'employer un langage pragmatique sans trop de termes techniques, en n'hésitant pas à décrire le contenu d'un délire, le risque hétéroagressif, les biens et/ou les personnes déjà agressés par exemple (Annexe 1d).

De plus, en se fondant sur les critères de SPDRE, nous rappelons que la capacité à consentir n'est pas, *a priori*, atteinte, contrairement aux mesures de SPDT [91]. Ainsi, afin de faciliter la prise en charge du patient et d'encadrer légalement le recours à d'éventuelles mesures de contraintes chimiothérapeutiques et/ou physiques adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état clinique du patient, le clinicien rédigeant le certificat initial doit impérativement mentionner si cette capacité à consentir est préservée ou non (Annexe 1d).

c) Réintégration

Deux éléments nous semblent primordiaux dans ce contexte de réintégration en hospitalisation complète sans consentement :

- Premièrement, c'est bien la dégradation de l'état clinique du patient qui doit justifier sa réintégration et non pas seulement le non respect du programme de soins. Il faut donc supprimer cette pratique qui consiste à trop souvent réintégrer

un patient sans raison clinique psychiatrique, en invoquant une « réintégration préventive » ;

- Deuxièmement, comme le rappelle Éric PECHILLON, théoriquement, un patient en programme de soins qui demande une hospitalisation de son plein gré, peut être hospitalisé librement dans un service, sans qu'il faille le réintégrer [124]. En effet, il ne faut pas perdre de vue, que le mode d'hospitalisation libre est toujours à privilégier [88]. Ainsi, face à un patient en programme de soins demandant à être hospitalisé et sans qu'il y ait de critères de retour en hospitalisation complète sans consentement, il faut réaliser un certificat de situation expliquant que le patient est actuellement hospitalisé librement suspendant ainsi le programme de soins. Une fois le patient sortant, il convient de réévaluer l'intérêt du programme de soins et, si ce dernier est maintenu, de réaliser un nouveau certificat de situation expliquant que le patient est désormais sorti et que le programme de soins reprend. Ce cas illustre la différence entre consentir à des soins et adhérer à des soins. Un patient en programme de soins, par définition, ne peut consentir, mais il peut adhérer à une hospitalisation libre.

d) Conclusion

Propositions de recommandations :

- **Formation des médecins psychiatres et non psychiatres au droit psychiatrique ;**
- **Formation des médecins psychiatres et non psychiatres à la rédaction des certificats :**
 - > Description précise des troubles mentaux en limitant le langage sémiologique et technique ;
 - > Influence de ces troubles sur la capacité à consentir en s'appuyant sur des critères objectifs ;
 - > Nécessité de soins ;
- **Cas particuliers des mesures dites « exceptionnelles » d'urgence et de péril imminent :** préciser la nature de l'urgence et du péril imminent ;
- **Cas particulier des mesures de SPDRE :** se prononcer sur la capacité à consentir ;
- **Mise en place de guides pratiques destinés à l'ensemble des médecins concernés par les soins sans consentement (Annexe 2).**

B. Médecins « incompetents »

A propos de ce motif, on ne peut qu'insister sur la formation des médecins à la loi du 5 juillet 2011 qu'ils s'agissent des psychiatres hospitaliers, des urgentistes, ou des médecins libéraux généralistes et psychiatres.

On peut aussi proposer la distribution large de plaquettes informatives à destination de ces différents médecins : « Le médecin généraliste et les soins sans consentement », « le psychiatre libéral et les soins sans consentement » etc, en précisant pour chacun de ces acteurs, le type de certificat qu'il peut réaliser et en donnant des conseils de rédaction (Annexe 2).

Propositions de recommandations :

- **Formation des médecins ;**
- **Plaquettes informatives :** médecin généralistes, urgentistes, psychiatres libéraux etc...

C. Absence d'examen somatique

L'examen somatique dans les 24h est obligatoire pour tout patient en soins sans consentement dans le but d'éliminer une contre indication somatique à un séjour en psychiatrie et d'éliminer une cause organique au tableau psychiatrique. La loi ne décrit pas ce que doit contenir cet examen médical somatique [92]. On peut citer la conférence de consensus concernant l'agitation qui recommande de faire, au minimum, dans ce cas, un recueil d'anamnèse, un examen clinique dont une glycémie capillaire et une saturation artérielle en oxygène [169]. Pour le reste, cela reste à l'appréciation du médecin qui réalisera cet examen. À ce jour, il n'y a pas eu de mainlevée pour un examen clinique incomplet.

Cette obligation d'examen somatique soulève un certain nombre de problèmes. Tout d'abord concernant le médecin qui le réalise, puisque la loi semble distinguer « le psychiatre » qui réalise les certificats du « médecin » qui réalisera cet examen somatique [92]. En pratique, les médecins urgentistes sont souvent sollicités pour réaliser cet examen avant que le patient soit transféré dans le service d'hospitalisation. Dans ce cas, on est en droit de se demander si l'examen somatique réalisé aux urgences par un urgentiste est suffisant, puisque par définition cet examen va éliminer une urgence. On sait pourtant que la population de patients atteints de pathologies psychiatriques, comme la schizophrénie, a une mortalité plus élevée du fait de la survenue plus fréquente et plus précoce de maladies cardiovasculaires et de cancers, probablement en partie liée à un suivi moins fréquent et à des conduites à risques majorées (tabagisme par exemple) [170–172]. De plus, solliciter les urgentistes pour ce genre d'examen est parfois compliqué, puisque cet examen ne relève, *a priori* pas d'une urgence vitale, mais plutôt d'une obligation légale, dans un contexte où les Service d'Accueil des Urgences sont débordés, entraînant donc, un retard à sa réalisation, voire sa non réalisation.

Pour pallier cette absence d'examen somatique, et optimiser sa réalisation et sa qualité, on pourrait mettre en place des protocoles partenariaux entre les urgences psychiatriques et les urgences somatiques afin de régulariser la demande, la réalisation et le contenu de l'examen somatique en élaborant une liste des examens systématiques à faire (examen clinique incluant un examen neurologique approfondi, quelques examens biologiques de base, quelques toxiques urinaires et sanguins par exemple). Par ailleurs, la mise en place systématique de vacation de médecins généralistes dans les services de psychiatrie permettrait la réalisation de cet examen (s'il n'a pas été fait aux urgences, ou si le patient est directement admis dans le service) et sa répétition.

Propositions de recommandations :

- **Protocole partenarial entre urgentistes et psychiatres ;**
- **Contenu de l'examen somatique standardisé ;**
- **Vacation de médecin généraliste dans les services de psychiatrie.**

D. Programme de soins non conforme

La loi ne traçant pas, à ce jour, de limites précises entre un « bon » programme de soins et une « hospitalisation complète déguisée », on ne peut que donner quelques conseils.

Compte tenu des quelques cas de mainlevée où le juge a estimé que le temps passé en hospitalisation complète était trop important pour que l'on puisse parler de programme de soins, on peut estimer que si le temps d'hospitalisation complète est supérieur au temps où le patient est à l'extérieur, alors on a affaire à un faux programme de soins. Ensuite, nous rappelons que le programme de soins ne doit pas comporter : « la nature des troubles dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examens complémentaires », « ni la nature ni le détail » d'un éventuel traitement [108]. Enfin, l'établissement et la modification du programme de soins nécessitent une information du patient par le psychiatre, lors d'un entretien [107].

Propositions de recommandations :

- **Temps à l'extérieur > temps en hospitalisation complète ;**
- **Pas d'éléments médicaux dans le programme de soins :** diagnostic, éléments cliniques, résultats d'examen, type de traitement ;
- **Informé le patient et tracer l'information :** établissement et modification du programme de soins.

E. Délégation de signature non conforme

La non conformité des délégations de signature pourrait aisément être palliée par la création de modèle spécifique de délégation de signature pour les directeurs d'établissements de santé, soit par le département juridique de l'établissement, soit à l'échelle nationale par le ministère de la Santé. Dans ces modèles devraient alors apparaître les noms et prénoms du délégant et les noms et prénoms des délégataires, ainsi que les actes délégués pour chacun des délégataires [173]. Ces modèles devraient être vérifiés et mis à jour par du personnel qualifié. Le choix des délégataires doit reposer sur une analyse complète du personnel effectuant les gardes administratives, car les périodes de nuit, de week-end, de jours fériés ou de vacances, sont probablement plus à risques de non conformité voire d'absence de délégation. Ensuite, des espaces dédiés à l'affichage et à la publication de ces délégations devraient être aménagés dans les services de psychiatrie, afin que les patients puissent, s'ils le souhaitent et si leur état le permet, les consulter. Cet affichage pourrait se situer au niveau des bureaux infirmiers par exemple.

On pourrait donc imaginer un système informatique qui permette que, à chaque modification de délégations de signature du directeur, le nouveau formulaire, rempli et signé, soit automatiquement envoyé, par mail par exemple, aux cadres de toutes les unités de psychiatrie de l'établissement avec la consigne de l'imprimer et de l'afficher dans la zone spécialement aménagée.

Propositions de recommandations :

- **Modèle de délégation de signature ;**
- **Liste des délégataires établie ;**
- **Aménagement d'espaces d'affichage et de publications des délégations ;**
- **Automatiser la diffusion des délégations.**

F. Identification du signataire impossible

L'identification du signataire s'impose lors de la signature de documents administratifs, en particulier lorsque ces derniers entraînent une privation de libertés. Une formation en droit administratif de qualité, de tous les agents administratifs habilités à signer des documents d'admission en soins sans consentement, permettrait de limiter cela.

En outre, le recours aux dispositifs informatiques pourrait être un allié face à cette obligation d'identification. Là encore, on pourrait imaginer l'informatisation des documents d'admission en soins sans consentement. Pour accéder à cette interface informatique, le personnel administratif habilité à signer de tels documents devrait se connecter avec un identifiant et un mot de passe personnels. Une fois le document complété par cet agent, il le validerait et son prénom, son nom, sa qualité et sa signature, préalablement enregistrée, s'intégreraient au document.

Propositions de recommandations :

- **Formation du personnel administratif ;**
- **Formulaire informatisé avec signature et identification automatique.**

G. Absence de motivation des décisions

Comme nous l'avons vu, la motivation des décisions administratives répond à des dispositions légales qu'il convient d'apprendre aux personnels administratifs grâce à des formations en droit administratif.

De nouveau, l'utilisation d'un formulaire de décision administrative informatisé pourrait améliorer ce point. Une zone de ce formulaire pourrait ainsi être dédiée à la motivation de la décision et, en l'absence de remplissage de cette zone, empêcher toute validation du document. De plus, si la rédaction du certificat est faite sur la même interface informatique, les éléments cliniques du certificat pourraient automatiquement s'intégrer dans cette zone de motivation et être soumis à des modifications, corrections de la part de l'agent administratif. La décision administrative s'approprierait de cette façon les termes du certificat.

Propositions de recommandations :

- **Formation du personnel administratif à la motivation des actes administratifs ;**
- **Informatisation des décisions administratives.**

H. Informations inadaptées et absence de recueil des observations des patients

Comme nous l'avons vu, l'information des patients repose sur une information médicale, inhérente à tout acte médical, et administrative du fait de la mesure liberticide de soins sans consentement.

Au niveau médical, le prérequis à la délivrance d'une information de qualité est la bonne connaissance de la loi. Cette bonne connaissance de la loi repose sur des formations destinées aux principaux acteurs médicaux dans le cadre du développement professionnel continu (DPC) mais aussi dès les études médicales, en particulier lors du troisième cycle des études médicales. La création de modules d'enseignement en droit médical pour les internes de médecine générale et de psychiatrie permettrait d'améliorer le niveau de connaissance de ces futurs médecins.

Une fois le socle de connaissance solide, les médecins qui initient une mesure de soins sans consentement seront à même d'informer le patient, dès la mise en place de cette mesure, sauf si l'état clinique du patient ne le permet pas, et dans ce dernier cas, il faudra

que le médecin justifie cette non information [137]. Le JLD, lors de la saisine obligatoire ou d'une saisine facultative, attend que la preuve de l'information soit donnée. Les médecins doivent évidemment tracer cette information dans le dossier médical en détaillant sur quoi elle a porté : mesure, statut juridique, voies de recours, droits conservés...[137]. Le dossier médical n'est quasiment jamais en possession du JLD lors de l'audience, soit parce que le patient n'en fait pas la demande, soit parce que les délais ne sont pas compatibles avec ceux de la saisine du JLD, sauf en cas de procédure accélérée appelée « référé liberté », comme dans une affaire où le juge administratif de Nantes a accordé l'accès à une patiente, en urgence, à son dossier médical estimant que l'établissement de santé, en refusant de lui accorder cet accès rapidement, a porté « une atteinte grave et manifestement illégale au droit au recours effectif » [174,175]. Ainsi, afin de faciliter l'exercice du JLD et de valoriser le travail d'information qui a été fait, nous recommandons de le faire figurer dans les certificats médicaux. De nouveau, nous ne recommandons pas l'utilisation de phrases automatiques stéréotypées, qui, au regard du juge, ne prouvent pas grand-chose. En revanche, pouvoir intégrer au sein des certificats dactylographiés un espace « information du patient », où le médecin noterait le contenu de l'information délivrée et les raisons justifiant une non information, associé à un système ne permettant pas l'impression du certificat informatique, si cette rubrique n'est pas remplie, pourrait probablement pallier un défaut d'information.

Au niveau administratif, toutes décisions administratives privatives de libertés devraient être expliquées aux patients par l'autorité administrative qui prend cette décision. En pratique, cela semble irréalisable que les directeurs d'établissement de santé et les préfets rencontrent chaque patient pour lesquels ils ont pris une décision d'admission en hospitalisation complète sans consentement [173]. Dans ce cas, l'autorité administrative peut déléguer cette mission d'information à des délégataires, en respectant certaines contraintes. Le directeur d'établissement peut par exemple déléguer cela aux cadres infirmiers des services d'hospitalisation, bien que cela nécessite que ces derniers soient correctement formés au droit psychiatrique. Les cadres infirmiers devraient alors rencontrer chaque patient en soins sans consentement, le plus tôt possible et dès qu'une nouvelle décision administrative est réalisée, lors d'un entretien formalisé. Le cadre pourrait, une fois l'information délivrée, faire remplir un formulaire au patient qui tracerait cet entretien et son contenu. Ensuite, ces formulaires devraient pouvoir être transmis au greffe du JLD.

En ce qui concerne le recueil des observations du patient, on peut adopter le même raisonnement et établir des recommandations similaires, à savoir, intégrer au sein des certificats médicaux une rubrique « recueil des observations du patient », où les médecins décriraient les observations du patient, et, au niveau administratif, intégrer dans le formulaire d'information, une rubrique « recueil des observations du patient ».

Propositions de recommandations :

- **Formation universitaire et DPC sur le droit médical psychiatrique ;**
- **Faire figurer dans les certificats que l'information a été donnée sans phrase automatique, ainsi que le recueil des observations ;**
- **Formation du personnel administratif en droit psychiatrique ;**
- **Délégation du devoir d'information ;**
- **Entretiens administratifs formalisés, répétés, informant le patient ;**
- **Formulaires traçant l'information délivrée et le recueil des observations;**
- **Joindre les formulaires au dossier transmis au greffe du JLD.**

I. Délais écoulés

Le respect des délais repose sur une bonne organisation et anticipation du déroulement des mesures de soins psychiatriques sans consentement, mais également sur une bonne connaissance de tous ces délais par les différents acteurs de ces mesures.

En ce qui concerne les certificats médicaux, nous recommandons d'éviter au maximum leurs réalisations lors des weekends et jours fériés puisque ce sera le médecin de garde ou d'astreinte, qui ne connaît pas nécessairement le patient ni l'unité, qui devra le/les réaliser. Puisque les certificats de 24h, 72h etc.... sont à réaliser dans ce délai maximum, rien n'empêche de faire, par exemple, un certificat de 24h à la 7^{ème} heure après admission du patient, et un certificat de 72h, à la 45^{ème} heure après admission. Afin de pallier les oublis de certificats, des alertes informatiques peuvent être mises en place dans les secrétariats médicaux, des envois automatisés de mails aux médecins psychiatres des unités correspondantes, voire, pourquoi pas, des SMS, ou alertes sur smartphones.

Pour les délais administratifs, nous adoptons le même raisonnement d'anticipation et d'organisation. La mise en place d'alertes automatisées est, là aussi, recommandée.

Propositions de recommandations :

- **Formation du personnel ;**
- **Anticipation et organisation du service : weekend, jour férié ;**
- **Système d'alertes automatisées.**

J. Absence de documents

De nouveau, des connaissances solides sur le contenu des pièces à fournir au greffe du JLD par le personnel administratif chargé de cette tâche est indispensable.

L'instauration de protocole de double vérification des documents est conseillée, et diminuerait peut-être les éventuels oublis. Lors de la transmission des documents au greffe, le renvoi systématique d'un accusé de réception précisant le nombre de documents réceptionnés ou même l'appel téléphonique systématique du greffe, pourrait pallier les erreurs, oublis, ou problèmes informatiques.

Propositions de recommandations :

- **Formation du personnel ;**
- **Protocole de double vérification ;**
- **Communication avec le greffe : accusé de bonne réception, appel téléphonique.**

K. Procédure avec le tiers irrégulière

Afin d'éviter les mainlevées secondaires à une procédure avec le tiers, nous recommandons l'utilisation de formulaires de demande de tiers pré-remplis avec la mention clairement écrite de « demande de tiers de droit commun » et « demande de tiers procédure d'urgence », afin, là aussi, de limiter les erreurs dans l'utilisation des formulaires.

Ensuite, le choix du proche en tant que tiers ayant plusieurs fois été incriminé dans les mainlevées, il est important que le personnel soit vigilant aux critères légaux qui définissent un tiers et cela doit passer par des connaissances en droit psychiatrique. Afin de guider le personnel dans ce choix, on pourrait concevoir une série de questions à se poser systématiquement en cas de demande de tiers : est-ce que cette personne est un membre de la famille ou se connaissent-ils antérieurement à aujourd'hui ? La demande d'hospitalisation par cette personne semble-t-elle être demandée dans l'intérêt du patient (ce proche voit régulièrement le patient, ce proche connaît sa situation et ses difficultés...) ? Suis-je sûr (dans la limite des informations dont je dispose) de l'absence d'enjeux sous jacents à cette demande (affectif, financier...) ? La réponse de trois « oui » à ces questions pourrait peut-être écarter raisonnablement tout risque de « mauvais » tiers. La présence d'un « non » à une de ces questions doit faire reconsidérer le statut de « tiers » à ce proche par le personnel (Annexe 3).

Enfin, concernant l'obligation de prévenir un proche dans le cadre spécifique de la mesure de SPPI, nous ne pouvons qu'encourager la connaissance de cette disposition législative par le personnel chargé de cette mission. Le cadre de santé du service pourrait être le référent de cette tâche et déléguer aux IDE du service. Il convient de contacter quelqu'un qui sera susceptible d'agir dans l'intérêt du patient, en engageant, par exemple, des démarches judiciaires si ce proche estimait que l'hospitalisation n'était pas justifiée. Il est indispensable de tracer les tentatives de prises de contact, en les notant dans le dossier du patient. Par exemple : « Ce jour, 3 messages laissés sur la messagerie de M.X au 06.XX. lui demandant de nous rappeler ». L'utilisation de relevés téléphoniques, des copies des mails envoyés, d'accusé de réception de courriers envoyés peut s'envisager, mais pas en première intention. L'obligation de moyen est de rigueur dans ce cas et si, à l'issue des 24h, aucun proche n'a pu être contacté, l'hôpital doit poursuivre ses démarches afin de défendre au mieux les droits du patient. Ces documents, qui attestent de la volonté de l'établissement à respecter la loi, doivent être joints aux documents à envoyer au greffe du JLD.

Propositions de recommandations :

- **Formation du personnel ;**
- **Utilisation de formulaires de demande tiers pré-remplis bien différenciés en fonction de la mesure ;**
- **Évaluer la capacité d'un proche à être tiers en se posant les « 3 questions » ;**
- **Tracer les tentatives de prise de contact avec un proche ;**
- **Joindre les preuves de prise de contact avec un proche au greffe du JLD.**

L. Irrégularités avec le mandataire judiciaire

Il nous apparaît important que la question de la mesure de protection soit systématiquement posée dès l'admission au patient, mais également à ses proches, qu'il faudrait contacter si besoin. La réponse à cette question devrait figurer explicitement dans le dossier du patient et préciser les moyens qui ont permis d'y répondre (patient lui-même, proches...). Dans l'idéal, on ne peut que recommander l'obtention du jugement de tutelle/curatelle.

Ensuite, il semble important que le personnel connaisse cette obligation de prévenir le mandataire judiciaire pour l'informer de l'hospitalisation sans consentement de son curatelaire ou tuteur.

De plus, le cas-échéant, l'information d'une mesure de protection devra être transmise au greffe du JLD, qui se chargera de convoquer le mandataire à l'audience.

En outre, il nous semble important que les mandataires judiciaires soient sensibilisés à quelques notions de droit psychiatrique, et en particulier à l'importance de leur présence lors de l'audience devant le JLD au risque de voir la mesure levée. Nous ne pouvons qu'encourager la présence du mandataire judiciaire à l'aide par exemple, d'un rappel téléphonique la veille de l'audience, par un membre de l'équipe du service où est hospitalisé le patient.

Enfin, la création, à l'échelle nationale, d'un registre des mesures de protection pourrait être un outil utile. Ce registre devrait alors être accessible informatiquement 24h/24h grâce à des identifiants personnels ou de l'établissement.

Propositions de recommandations :

- **Formation du personnel hospitaliers et des mandataires judiciaires ;**
- **Formalisé la question de la mesure de protection dès l'admission ;**
- **S'aider des proches ;**
- **Éventuellement, obtenir le jugement de mesure de protection ;**
- **Rappeler le jour de l'audience au mandataire ;**
- **Registre national des mesures de protection.**

M. Récapitulatif des recommandations

Parmi les nombreuses recommandations théoriques et pratiques que nous avons émises, nous attachons une importance capitale à la formation des différents acteurs de cette loi, puisqu'aucun motif de mainlevée n'échappe à cet impératif de formation. Comme nous l'avons montré à travers ce travail, la multitude des intervenants, des documents et des décisions nécessaires aux différentes procédures majore le niveau de complexité et le niveau d'exigence du personnel confronté à cette loi. Ainsi, le meilleur moyen pour pallier cela, reste la réalisation de formations adaptées aux types de personnels (médecins, infirmiers, cadres de santé, attaché d'administration, direction, préfet, mandataire judiciaire...). Ces formations devraient évidemment répondre à des critères de qualité, en étant délivrées par des formateurs compétents, qui actualiseraient leurs connaissances en fonction des avancées jurisprudentielles et législatives. Ces formations devraient également être répétées et continues. Puisque les établissements de santé peuvent être potentiellement inquiétés par des mainlevées intempestives (responsabilité, dommages-intérêts...), ces formations pourraient être financées par ces derniers et obligatoires pour une proportion, préalablement établie, de personnes travaillant dans les services concernés. La participation de l'ARS à ces formations pourrait aussi être une éventualité, puisque l'ARS pourrait, par exemple, établir des « niveaux de nécessité de formation » fondés sur les taux de mainlevées, les contentieux, que lui communiqueraient les établissements et ainsi

identifier les besoins prioritaires pour de telles formations, puis piloter et hiérarchiser ces formations.

Une analyse rapide de l'ensemble des recommandations met facilement en lumière l'importance des moyens qu'il faudrait déployer pour espérer, sur un temps, diminuer les mainlevées et donc leurs conséquences. Ainsi, on ne peut s'empêcher de se demander si les coûts engendrés en personnel, en temps, en fournitures, en formation, restent inférieurs aux conséquences financières de contentieux, qui à l'heure actuelle ne sont pas encore généralisées dans un système de santé, on ne le sait que trop bien, fragile, où les restrictions budgétaires sont une préoccupation importante des établissements de santé. Ce constat repose bien évidemment la conception même de la loi et, en particulier, l'évaluation et l'anticipation par les législateurs de l'impact qu'elle a eu sur l'organisation des services de soins psychiatriques. Nonobstant ce constat, rappelons qu'il n'est finalement et fondamentalement pas (que) question de finances, mais bien de la santé de nos patients, qui lors de mainlevées, prématurées, s'en trouve encore plus fragilisés et exposés à des conséquences sanitaires potentiellement graves. Il appartient donc à chaque établissement de réfléchir aux aménagements et améliorations à mettre en place aisément, en trouvant un compromis entre santé des patients, organisations des services et respect de la loi.

V. Conclusion

Cette loi s'inscrit donc dans la continuité d'un processus, initié depuis la loi de 1838, non sans obstacle ou tentatives de renforcements sécuritaires. Actuellement, mais finalement comme une suite logique à la loi du 4 avril 2002, les droits des patients atteints de pathologies psychiatriques et faisant l'objet de mesures de soins sans consentement sont au cœur du dispositif législatif, et c'est dans cette optique que se fonde ce travail. Bien que le recueil des données puisse être amélioré, ce travail a identifié un nombre important de motifs entraînant des mainlevées de mesures ordonnées par le juge. Ces motifs sont hétérogènes puisqu'ils concernent la totalité des protagonistes de cette loi : les médecins avec la délicate tâche de la rédaction des certificats, avec l'examen somatique, le programme de soins ; le personnel administratif avec les délégations de signatures, la motivation des actes administratifs ; les juges avec le respect des délais. Certains motifs occupent à ce titre une place particulière puisque répondant à des obligations doubles : l'information médicale et administrative des patients, la procédure avec le tiers, le respect des délais, les démarches avec le mandataire judiciaire.

Face à cette relative complexité, inhérente à la conception même de la loi, peut-être précipitée par des pressions européennes et constitutionnelles, on ne peut qu'encourager la formation des différents professionnels, ainsi que des réflexions institutionnelles sur l'élaboration de nouvelles organisations des services, la mise en place d'outils simples et pragmatiques, dans le but d'espérer limiter ces mainlevées et leurs conséquences sanitaires chez des patients déjà bien fragilisés.

Enfin, d'autres travaux sont évidemment nécessaires afin d'affiner ces résultats, mais aussi dans le but d'optimiser et d'améliorer les propositions de recommandations faites. On pourrait étudier la perception de cette loi, avec ses obligations, par le personnel soignant et administratif, s'intéresser aux attentes des patients hospitalisés en terme de qualité d'information, analyser le point de vue du JLD sur les certificats, sur la pathologie mentale, et sur son rôle dans la procédure de contrôle obligatoire, mais aussi étudier la position des avocats confrontés aux audiences de patients en soins sans consentement.

VI. Annexes

Annexe 1 : Modèles de certificats médicaux initiaux de soins psychiatriques sans consentement

Annexe 1a : modèle de certificat initial de SPDT :

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS

Procédure normale (article L.3212-1 du CSP)

**1er certificat d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement,
2ème certificat confirmant la nécessité des soins psychiatriques d'un médecin
pouvant exercer dans l'établissement**

Je soussigné, (*nom et prénom*), Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour (*nom et prénom*)

né(e) le (*jj/mm/aaaa*) à (*ville, pays*)

domicilié(e) (*adresse complète*)

et avoir constaté les troubles suivants :

- *Description précise des troubles mentaux sans trop de langage sémiologique et technique*
- *Influence de ces troubles sur la capacité à consentir*
- *Nécessité de soins*

Information au patient : (*contenu, si non fait, le justifier*)

Observations du patient : (*par exemple, ce qu'il pense de cette mesure*)

Examen somatique : (*si réalisé dès l'admission*)

Je certifie, par ailleurs, n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement, ni avec le tiers demandant les soins, ni avec le confrère certificateur, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec le patient.

Fait à : (*ville*)

le (*jj/mm/aaaa*) à (*hh/mm*)

(*nom, prénom, fonction, n° RPPS, signature*)

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS

Procédure d'urgence (article L.3212-3 du CSP)

Certificat d'un médecin exerçant ou non dans l'établissement

Je soussigné, (*nom et prénom*), Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour (*nom et prénom*)

né(e) le (*jj/mm/aaaa*) à (*ville, pays*)

domicilié(e) (*adresse complète*)

et avoir constaté les troubles suivants :

- *Description précise des troubles mentaux sans trop de langage sémiologique et technique*
- **Décrire l'URGENCE c'est à dire le risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient**
- *Influence de ces troubles sur la capacité à consentir*
- *Nécessité de soins*

Information au patient : (*contenu, si non fait, le justifier*)

Observations du patient : (*par exemple, ce qu'il pense de cette mesure*)

Examen somatique : (*si réalisé dès l'admission*)

Je certifie, par ailleurs, n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement, ni avec le tiers demandant les soins, ni avec le confrère certificateur, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec le patient.

Fait à : (*ville*)

le (*jj/mm/aaaa*) à (*hh/mm*)

(*nom, prénom, fonction, n° RPPS, signature*)

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES À LA DEMANDE D'UN TIERS

En cas de péril imminent (article L.3212-1 II 2° du CSP)

Certificat d'un médecin **n'exerçant pas** dans l'établissement

Je soussigné, (*nom et prénom*), Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour (*nom et prénom*)

né(e) le (*jj/mm/aaaa*) à (*ville, pays*)

domicilié(e) (*adresse complète*)

et avoir constaté les troubles suivants :

- *Description précise des troubles mentaux sans trop de langage sémiologique et technique*
- **Décrire le PERIL IMMINENT c'est à dire l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient**
- *Influence de ces troubles sur la capacité à consentir*
- *Nécessité de soins*

Information au patient : (*contenu, si non fait, le justifier*)

Observations du patient : (*par exemple, ce qu'il pense de cette mesure*)

Examen somatique : (*si réalisé dès l'admission*)

Je certifie, par ailleurs, n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement, ni avec le tiers demandant les soins, ni avec le confrère certificateur, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec le patient.

Fait à : (*ville*)

le (*jj/mm/aaaa*) à (*hh/mm*)

(*nom, prénom, fonction, n° RPPS, signature*)

CERTIFICAT MÉDICAL D'ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUES SUR DECISION DU REPRESENTANT DE L'ETAT

(article L.3213-1 et L.3213-2 du CSP)

**certificat d'un médecin exerçant ou non dans l'établissement
à l'exclusion des psychiatres de l'établissement d'accueil**

Je soussigné, (*nom et prénom*), Docteur en médecine,

certifie avoir examiné ce jour (*nom et prénom*)

né(e) le (*jj/mm/aaaa*) à (*ville, pays*)

domicilié(e) (*adresse complète*)

et avoir constaté les troubles suivants :

- *Description précise des troubles mentaux sans trop de langage sémiologique et technique*
- *Nécessité de soins*
- *Se prononcer sur la **capacité à consentir***
- ***Non nécessité de montrer le trouble grave à l'ordre public***

Information au patient : (*contenu, si non fait, le justifier*)

Observations du patient : (*par exemple, ce qu'il pense de cette mesure*)

Examen somatique : (*si réalisé dès l'admission*)

Je certifie, par ailleurs, n'être ni parent, ni allié au quatrième degré inclusivement, ni avec le tiers demandant les soins, ni avec le confrère certificateur, ni avec le directeur de l'établissement d'accueil, ni avec le patient.

Fait à : (*ville*)

le (*jj/mm/aaaa*) à (*hh/mm*)

(*nom, prénom, fonction, n° RPPS, signature*)

Annexe 2 : exemple de plaquette informative à destination des médecins généralistes :

Soins psychiatriques sans consentement

Guide à destination des
médecins généralistes :
la rédaction des certificats

Conforme aux dernières modifications législatives de 2013

Rappels sur la loi du 5 juillet 2011, modifiée en septembre 2013:

- Soins Psychiatriques à la Demande d'un **Tiers** (SPDT) - Article L3212-1 du code de santé publique :
→ **2 certificats médicaux dont un d'un médecin extérieur** à l'établissement d'accueil + 1 demande de tiers ;
- Soins Psychiatriques à la Demande d'un **Tiers d'Urgence** (SPDTU) - Article L3212-3 du code de santé publique :
→ **1 certificat médical** (extérieur à l'établissement d'accueil ou non) + 1 demande de tiers
- Soins Psychiatriques en cas de **Péril Imminent** (SPPI) - Article L3212-1 II 2° du code de santé publique :
→ **1 certificat médical d'un médecin extérieur** à l'établissement d'accueil
- Soins Psychiatriques à la demande du **Représentant de l'Etat** (SPDRE) - Article L3213-1 et 2 du code de santé publique :
→ **1 certificat médical** d'un médecin (intérieur non psychiatre ou extérieur)

Le médecin généraliste peut réaliser :
1 des 2 certificats de SPDT, le certificat unique de SPDTU, de SPPI
et de SPDRE

Ce qu'il faut écrire dans le certificat en fonction du type de mesure :

Dans tous les cas je n'oublie pas de m'identifier complètement avec mon
numéro RPPS

• Certificat SPDT/SPDTU/SPPI :

Décrire le trouble mental **sans trop de sémiologie et sans diagnostic médical !**

Ex : Le patient me dit qu'il est... qu'il entend... qu'il voit... qu'il envisage de...

Retentissement du trouble sur la **capacité à consentir** (capacité d'écoute, de compréhension, de raisonnement, d'exprimer une décision...)

La nécessité de soins dans ce cas.

Reflexe SPDTU : je n'oublie pas d'expliquer pourquoi c'est une urgence !

Reflexe SPPI : je n'oublie pas d'expliquer pourquoi c'est un péril imminent
(danger immédiat ou risque de mort) !

• Certificat SPDRE :

Décrire le trouble mental **sans trop de sémiologie et sans diagnostic médical !**

Ex : Le patient me dit qu'il est... qu'il entend... qu'il voit... qu'il envisage de...

Se prononcer sur la capacité à consentir ou non du patient

La nécessité de soins dans ce cas.

Reflexe SPDRE : pas de besoin de justifier le trouble grave à l'ordre public
ou le risque d'atteinte aux personnes !

Annexe 3 : questionnaire d'aide à la prise de décision concernant le choix du tiers :

Questionnaire d'aide à la prise de décision concernant le choix du tiers

Objectif : aider les professionnels de santé à choisir correctement un proche comme tiers dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement à la demande d'un tiers de droit commun ou d'urgence.

3 questions :

[1] Cette personne est-elle un membre de la famille de mon patient, ou connaît-elle mon patient antérieurement à aujourd'hui ?

- Oui
 Non

[2] La demande d'hospitalisation de cette personne semble-t-elle être demandée dans l'intérêt de mon patient (par exemple, ce proche voit régulièrement le patient, ce proche connaît sa situation et ses difficultés...) ?

- Oui
 Non

[3] Suis-je sûr (dans la limite des informations dont je dispose) de l'absence d'enjeux sous jacents à cette demande (par exemple, affectifs, financiers...) ?

- Oui
 Non

→ 3 OUI : écarte raisonnablement tout risque de « mauvais » tiers.

→ **1 NON ou >** : **reconsidérer le statut de « tiers » à ce proche.**

VII. Bibliographie

- [1] QUETEL C. Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours. Tallandier. 2012.
- [2] POSTEL P, QUETEL C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod. 2012.
- [3] BANTREIL N. Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours - La Cliothèque n.d. <http://clio-cr.clionautes.org/histoire-de-la-folie-de-l.html#>.
- [4] CAIRE M. Histoire de la psychiatrie en France . <http://psychiatrie.histoire.free.fr/index.htm>
- [5] CAIRE M. Psychiatrie et ordre public, de l'Ancien Régime à la Restauration. L'exemple parisien. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2014 ; 172 : p 41–4.
- [6] BERNARDET P. Le contrôle de l'hospitalisation psychiatrique par le juge administratif de 1838 à 1990, Mémoire de DEA de droits de l'Homme et des Libertés publiques. Paris X, 1998.
- [7] FOUCAULT M. Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris, 1962.
- [8] ROSSINI K. Hospitalisation sans consentement selon la loi du 5 juillet 2011 : étude du vécu et de la compréhension par les patients de l'audience avec le juge des libertés et de la détention. Bordeaux, 2013.
- [9] HAUDEBOURG G. Mendians et vagabonds en Bretagne au XIXe siècle. Presses universitaires de Rennes; 1999.
- [10] AVON SOLETTI M-T. Des vagabonds aux S.D.F. [sans domicile fixe] : approches d'une marginalité. Université de Saint-Etienne; 2002.
- [11] Code pénal (ancien) 1810 - Article 64. vol. 64. 1810
- [12] AUGIER V. Encyclopédie des juges de paix, ou Traités, par ordre alphabétique, sur toutes les matières qui entrent dans leurs attributions. Au bureau du journal Le Juge De Paix; 1833.
- [13] FOUCAULT É-V-M. Éléments de droit public et administratif, ou exposition méthodique des principes du droit public positif: avec l'indication des lois l'appui. Videcoq ; 1843.
- [14] GUERIN O. Le juge garant de la liberté individuelle : l'illusion du droit. Psychiatr. Justice, 1988, p. 88–98.
- [15] Code civil des français. 1804.
- [16] THIERS A. Circulaire n°22 du 29 juin 1835 « sur les frais de traitement et d'entretien des insensés indigents ».
- [17] Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. 1838.
- [18] DE METZ PA. Évolution des soins sans consentement en psychiatrie : présentation des apports de la loi du 05 juillet 2011 et analyse épidémiologique au travers des données du Recueil des Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM- Psy) de la Région Centre pour les années 2009-2010. Tours, 2011.
- [19] MALHERBE PACM. Les majeurs protégés en France: dénombrement, caractéristiques et dynamique d'une sous-population méconnue. Bordeaux 4, 2012.
- [20] GAUTHIER JL. Hospitalisation psychiatrique sous contrainte et droits fondamentaux, la réforme des soins psychiatriques, une menace pour la liberté individuelle ? Les éditions du menhir. 2012.
- [21] LANDRON G. Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Déviance Société 1995 ; 19 : p 3–21.
- [22] Conseil Constitutionnel. Décision n° 2011-174 QPC du 06 octobre 2011. 2011.
- [23] LETURMY L. Chapitre 8 : La protection de la personne malade, de la loi de 1838 à celle de 2011. Psychiatr. Légale Criminol. Clin., Elsevier Masson ; 2013.
- [24] Conseil d'État, 3 / 5 SSR, du 22 décembre 1982, 26557, publié au recueil Lebon.

- [25] CASTEL R. L'institution psychiatrique en question. Rev Fr Sociol 1971 ; 12 : p 57.
- [26] HOCHMANN J. Histoire de la psychiatrie. PUF. 2015.
- [27] BOURGEOIS J. Des PO-PV (loi du 30 juin 1838) aux HO-HDT (loi du 27 juin 1990). Bilan préliminaire de la pratique de la nouvelle loi sur l'hospitalisation sous contrainte. Ann Méd-Psychol 1991 : p 357–361.
- [28] Circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens.
- [29] Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.
- [30] Circulaire n°431 du 14 mars 1972 relative au règlement départemental de lutte contre les maladies mentales, l'alcoolisme et les toxicomanies.
- [31] Loi n° 81-82 du 2 février 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes.
- [32] Loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. 1985.
- [33] Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social.
- [34] Loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. 1970.
- [35] 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. 1990.
- [36] Ministère de la Santé, de la Jeunesse, des Sports et de la vie associative. Circulaire DGS/MC4 n° 2008-140 du 10 avril 2008 relative aux hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2005.
- [37] Circulaire n°148 du 21 août 1952 relative au fonctionnement des hôpitaux psychiatriques.
- [38] Circulaire du 4 juin 1957 ayant pour objet l'organisation des sorties d'essai dans les hôpitaux psychiatriques.
- [39] Conseil d'État, Section, du 30 juin 1978, 99514 01582, publié au recueil Lebon.
- [40] HORASSIUS M. Deux ans déjà. Inf Psychiatr 1992 ; 68.
- [41] PASCAL J-C. Loi du 27 juin 1990 : une loi de transition ? Inf Psychiatr 1992 ; 68 : p 934–939.
- [42] DUPONT M. Soins sous contrainte en psychiatrie. Lamarre; 2004.
- [43] Tribunal des Conflits, du 17 février 1997, 97-03.045, Publié au bulletin.
- [44] Conseil d'État, Section, du 28 juillet 2000, 151068, publié au recueil Lebon.
- [45] Cour administrative d'appel de Marseille, 1e chambre, du 27 décembre 2001, 01MA01449, inédit au recueil Lebon.
- [46] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [47] BERNARD M. Chapitre 4 : Quels sont les apports fondamentaux de la loi du 4 mars 2002 ? In: BERNARD M, editor. 160 Quest. En Responsab. Médicale 2e Édition, Paris: Elsevier Masson ; 2010, p. 14–19.
- [48] SENON J-L, LAFAY N, PAPET N, CORDIER B. La loi du 4 mars 2002 « relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé » : une loi protéiforme au carrefour de l'évolution sociale et médicale. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2003 ; 161 : p401–403.
- [49] JONAS C, SENON JL. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé : les moyens d'une amélioration de la relation médecin-malade ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2003 ; 161 : p404–409.
- [50] JONAS C. La loi du 4 Mars 2002 et la pratique médicale quotidienne : Apports et incertitudes. Médecine Droit 2002 ; 2002 : p1–5.
- [51] ROUGE MAILLART C, SOUSSET N, Penneau M. Influence de la loi du 4 mars 2002 sur la jurisprudence récente en matière d'information du patient. Médecine Droit 2006 ;

2006 : p64–70.

[52] Cour de Cassation, Chambre civile 1, du 25 février 1997, 94-19.685, Publié au bulletin.

[53] THOUVENIN D. Secret médical et loi du 4 mars 2002 : quels changements ? *Laennec* 2007 ; Tome 55 : p23–37.

[54] CARDIN H. La loi du 4 mars 2002 dite “loi Kouchner.” *Trib Santé* 2014 ; n° 42 : p27–33.

[55] JONAS C, SENON JL. Chapitre 14 : Droits du patient en psychiatrie. *Psychiatr. Légale Criminol. Clin.*, Elsevier Masson; 2013.

[56] BACACHE M. L’obligation d’information du médecin. *Médecine Droit* 2005 ; 2005 : p3–9.

[57] ROUGE MAILLART C, VISSEAU G, GAUDIN A, JOUSSET N. Un revirement jurisprudentiel important en matière de responsabilité médicale pour défaut d’information. *Rev Médecine Légale* 2011 ; 2 : p22–7.

[58] LELIEVRE N. La personne de confiance : guide pratique. *Douleurs Eval - Diagn - Trait* 2008 ; 9 : p332–336.

[59] RENAULT A. La personne de confiance. *Réanimation* 2010 ; 19 : p723–726.

[60] KHETTA M, GUEDON E, MARTIN D, BOUNACER A, HAAS S. La personne de confiance : analyse de sa posture dans notre pratique. *Éthique Santé* 2015 ; 12 : p171–176.

[61] VACHERON M-N, VIALA A. La personne de confiance en psychiatrie : de l’accompagnement au consentement (à l’occasion de la mise en place des directives anticipées). *Eur Psychiatry* 2013 ; 28 : p 84.

[62] DAUCOURT V, POURIN C, TRICAUD-VIALLE S, PREVOST J, TESNIERE C. Accès au dossier médical : Caractéristiques et motifs des demandeurs. *Presse Médicale* 2005 ; 34 : p1220–8.

[63] CASAGRANDE T. L’accès direct au dossier médical : Principes juridiques et réalités pratiques. *Médecine Droit* 2005 ; 2005 : p50–54.

[64] HARDY P, SQUARCIONI G, CORRUBLE E, ANDRAUD F. L’accès direct au dossier médical en psychiatrie. A propos de l’expérience de dix services hospitalo-universitaires d’Ile-de-France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2005 ; 163 : p45–52.

[65] GUIEU M, VEDIE C, GAVAUDAN A, COLOMBARD R, MEILAC J-M. Communication du dossier médical. Étude sur 13 ans dans un hôpital psychiatrique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2015.

[66] CAYOL J. Réflexion sur la responsabilité médicale à la suite de l’introduction du dossier médical personnel (DMP). *Médecine Droit* 2006 ; 2006 : p85–87.

[67] BOSSI J. Le cadre juridique du partage d’informations dans les domaines sanitaire et médicosocial. État des lieux et perspectives. *Médecine Droit* 2013 ; 2013 : p5–8.

[68] BIRMELE B, BOCQUILLON B, PAPON R. Le dossier informatisé : entre partage des données pour une prise en charge optimale du patient et risque de rupture de la confidentialité. *Médecine Droit* 2013 ; 2013 : p135–141.

[69] STROHL H, CLEMENTE M. Rapport du groupe national d’évaluation de la loi du 27 juin 1990. 1997.

[70] ROELANDT JL, PIEL E. *De la Psychiatrie vers la Santé Mentale*. 2001.

[71] CLERY MELIN P, KOVESS V, PASCAL J-C. Plan d’actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. 2003.

[72] BRIOT M. La création d’une commission d’enquête sur la progression du nombre d’internements psychiatriques en France. 2004.

[73] RIERA R, MAUCHET C, BABRE S, EUSTACHE D, PAQUY S. Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d’hospitalisation sans consentement. 2004.

[74] LOPEZ A, YENI I, VALDES BOULOUQUE M, CASTOLDI F. 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. 2005.

[75] Qu'est-ce que le Conseil de l'Europe ? - Comment se définit l'Union européenne ? Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr 2013. <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/union-europeenne/ue-citoyennete/definition/qu-est-ce-que-conseil-europe.html>

[76] Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe. Recommandation 1235 relative à la psychiatrie et aux droits de l'Homme. 1994.

[77] Comité des Ministres - Recommandation du Comité des Ministres aux États membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux (adoptée par le Comité des Ministres le 22 septembre 2004, lors de la 896e réunion des Délégués des Ministres). 2004.

[78] Qu'est-ce que la Cour européenne des droits de l'homme ? - Qu'est-ce que la citoyenneté européenne ? Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr 2013. <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/union-europeenne/ue-citoyennete/citoyennete-europeenne/qu-est-ce-que-cour-europeenne-droits-homme.html>

[79] Cour Européenne des Droits de l'Homme, 5ème section, affaire Baudouin c. France, arrêt du 18 novembre 2010.

[80] Conseil de l'Europe - STE no. 005 - Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales. 1950.

[81] JONAS C, SENON JL. Chapitre 9 : Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. Psychiatr. Légale Criminol. Clin., Elsevier Masson; 2013.

[82] Qu'est-ce que la question prioritaire de constitutionnalité (QPC) ? - Le conseil constitutionnel Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr 2014. <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/institutions/fonctionnement/autres-institutions/conseil-constitutionnel/qu-est-ce-que-question-prioritaire-constitutionnalite-qpc.html>

[83] Conseil Constitutionnel. Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010. 2010.

[84] Constitution française du 4 octobre 1958. 1958.

[85] Conseil Constitutionnel. Décision n° 2011-135/140 QPC du 09 juin 2011. 2011.

[86] PECHILLON E. Le nouveau cadre juridique des soins sous contrainte en psychiatrie : une réforme polémique. Sem Jurid Admnsitrations Collectiv Territoriales 2011.

[87] 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. 2011.

[88] Code de la santé publique - Article L3211-2. vol. L3211-2.

[89] Code de la santé publique | Article L3212-1 et suivants.

[90] Code de la santé publique - Article L3212-3. vol. L3212-3.

[91] Code de la santé publique | Article L3213-1 et suivants.

[92] Code de la santé publique - Article L3211-2-2. vol. L3211-2-2.

[93] Code de la santé publique - Article L3212-7. vol. L3212-7.

[94] Loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes.

[95] VACHERON MN. Quel impact du dispositif du 5 juillet 2011 sur les soins deux ans après ? L'Encéphale 2014 ; 40 : p97-99.

[96] SENON J-L, VOYER M. 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 Méd-Psychol Rev Psychiatr 2012 ; 170 : p693-698.

[97] ROME I. Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2012 ; 170 : p703-705.

[98] Conseil Constitutionnel. Décision n° 2008-562 DC du 21 février 2008. 2008.

- [99] ROSSINI K, SENON J-L, VERDOUX H. La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. *L'Évolution Psychiatr* 2015 ; 80 : p209–220.
- [100] ROSSINI K, CASANOVA P, VERDOUX H, SENON J-L. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* 2014 ; 172 : p766–771.
- [101] Code de la santé publique - Article L3211-3. vol. L3211-3.
- [102] Code de la santé publique - Article L3211-12-1. vol. L3211-12-1.
- [103] Code de la santé publique - Article L3211-12. vol. L3211-12.
- [104] Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 15 janvier 2015, 13-26.758, Publié au bulletin. 2015.
- [105] Code de la santé publique - Article L3211-12-4. vol. L3211-12-4.
- [106] Code de la santé publique - Article L3211-11-1. vol. L3211-11-1.
- [107] Code de la santé publique - Article L3211-2-1. vol. L3211-2-1.
- [108] Code de la santé publique - Article R3211-1. vol. R3211-1.
- [109] SENON JL, JONAS C, VOYER M. 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." *Ann Méd-Psychol* 2012 : p211–215.
- [110] Conseil Constitutionnel. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012. 2012.
- [111] 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. 2013.
- [112] Code de la santé publique - Article L3211-2-2 modifié par la loi du 27 septembre 2013. vol. L3211-2-2.
- [113] Code de la santé publique - Article L3211-12 modifié par la loi du 27 septembre 2013. vol. L3211-12.
- [114] Code de la santé publique - Article L3211-12-1 modifié par la loi du 27 septembre 2013. vol. L3211-12-1.
- [115] Code de la santé publique - Article L3211-12-2 modifié par la loi du 27 septembre 2013. vol. L3211-12-2.
- [116] Code de la santé publique - Article L3211-12-4 modifié par la loi du 27 septembre 2013. vol. L3211-12-4.
- [117] Statistiques en matière de soins sous contrainte,
<http://psychiatrie.crupa.asso.fr/IMG/pdf/2015-07-28-statistiques-judiciaires-soins-sous-contrainte.pdf>
- [118] CRPA : Sur l'internement psychiatrique abusif et illégal
<http://psychiatrie.crupa.asso.fr/+jp-Jurisprudence-+>
- [119] Légifrance, le service public de l'accès au droit. <http://www.legifrance.gouv.fr/>
- [120] Cour de cassation. <https://www.courdecassation.fr/>
- [121] Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 28 mai 2015, 14-15.686, Publié au bulletin. 2015.
- [122] Code de la santé publique - Article L3211-1. vol. L3211-1.
- [123] DUPUY O. Note juridique relative à la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 : analyse et propositions de modification. 2012.
- [124] PECHILLON E. Programme de soins : quel statut juridique pour le patient? *Santé Ment* 2015.
- [125] PANFILI J-M. Soins psychiatriques ambulatoires sans consentement: un dispositif ambigu d'une grande insécurité juridique. *VST-Vie Soc Trait* 2013 : p104–109.
- [126] PECHILLON E. Le certificat médical, entre secret médical et informations utiles. *Santé*

Ment 2015.

[127] Code de la santé publique - Article R3213-3. vol. R3213-3.

[128] Code de la santé publique - Article L3212-1 modifié par la loi du 27 septembre 2013. vol. L3212-1.

[129] Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 4 mars 2015, 14-17.824, Publié au bulletin. 2015.

[130] Code de la santé publique - Article D6143-33 et suivants.

[131] Code général des collectivités territoriales - Article L2122-18 et suivants.

[132] Décret n°2004-374 du 29 avril 2004 relatif aux pouvoirs des préfets, à l'organisation et à l'action des services de l'État dans les régions et départements - Article 43. 2004.

[133] Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations - Article 4.

[134] 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.

[135] Code de la santé publique - Article L1111-2. vol. L1111-2.

[136] Code de la santé publique - Article R4127-35. vol. R4127-35.

[137] Code de la santé publique - Article L3211-3 modifié par la loi du 27 septembre 2013. vol. L3211-3.

[138] Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 18 juin 2014, 13-16.887, Inédit. 2014.

[139] Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 15 janvier 2015, 13-24.361, Publié au bulletin. 2015.

[140] Loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations - Article 24.

[141] Code de la santé publique - Article R3211-16. vol. R3211-16.

[142] Décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement - Article 1. 2014.

[143] Code de la santé publique - Article R3211-16 modifié par le décret du 15 août 2014. vol. R3211-16.

[144] Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 5 février 2014, 11-28.564, Publié au bulletin. 2014.

[145] Code de la santé publique - Article R3211-12. vol. R3211-12.

[146] Code de la santé publique - Article R3212-1. vol. R3212-1.

[147] PECHILLON E. Hospitalisation pour péril imminent : tout faire pour prévenir un proche. Santé Ment 2015.

[148] Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 18 décembre 2014, 13-26.816, Publié au bulletin. 2014.

[149] Code de la santé publique - Article R3211-10. vol. R3211-10.

[150] Code civil - Article 468. vol. 468.

[151] Code civil - Article 475. vol. 475.

[152] PANFILI J-M. L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : état des lieux après la loi du 5 juillet 2011. Droit Déontologie Soins 2014 ; 14 : p370-383.

[153] PECHILLON E. Hospitalisation jugée illégale et indemnisation des préjudices subis. Santé Ment 2015 : 10.

[154] LEGOHEREL D. Étude sur les soins psychiatriques. vol. Cour de Cassation. 2014.

[155] 2015-02-18 (jjj/ca) La cour d'appel de Paris indemnise l'administration de traitements sous contrainte dans le cadre d'un internement illégal - • CRPA : Sur l'internement psychiatrique abusif et illégal <http://psychiatrie.crupa.asso.fr/2015-02-18-jjj-ca-La-Cour-d-appel-de-Paris-indemnise-l-administration-de-traitements-sous-contrainte->

dans-le-cadre-d-un .

[156] 2014-03-18 (cn/cin) Une provision indemnitaire est accordée pour une mesure de soins péril imminent, levée sur illégalité par la Cour d'appel de Versailles - • CRPA : Sur l'internement psychiatrique abusif et illégal <http://psychiatrie.crupa.asso.fr/2014-03-18-cn-cin-Une-provision-indemnitare-est-accordee-pour-une-mesure-de-soins-peril-imminent-levee-sur-illegalite-par>

[157] Haute Autorité de Santé. Protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement - Note de cadrage. 2015.

[158] JONAS C. Chapitre 15 : La rédaction des certificats. Psychiatr. Légale Criminol. Clin., Elsevier Masson ; 2013.

[159] Code de la santé publique - Article R4127-76. vol. R4127-76.

[160] Bulletin de l'Ordre des Médecins n°20 2011 : p 14.

[161] ARS - Agences Régionales de Santé de Lorraine : Les certificats médicaux <http://www.ars.lorraine.sante.fr/Les-certificats-medicaux.142132.0.html>

[162] Haute Autorité de Santé. Recommandations pour la pratique clinique - Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.

[163] LACHAUX B. Le problème de l'information et de l'éthique. L'information et l'éthique entre convenance et convenable. Ann Méd-Psychol 1998 ; 157 : p269–276.

[164] JONAS C. Le certificat circonstancié de la loi du 5 juillet 2011 : pourquoi ? Comment ? Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2012 ; 170 : p699–702.

[165] PIGNON B, ROLLAND B, TEBEKA S, ZOUITINA-LIETAERT N, COTTENCIN O, VAIVA G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations. Presse Médicale 2014 ; 43 : p1195–205.

[166] BRAITMAN A, DAURIAC LE MASSON V, BEGHELLI F, GALLOIS E, GUILLIBERT E, HOANG C, et al. Mise au point: La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? Decis Emerg Involuntary Hosp Categ Dimens Approach Engl 2014 ; 26 : p213–21.

[167] Cour d'appel de Bordeaux. Arrêt du 16 avril 2013 - 13/00440.

[168] MONDOLONI A, BUARD M, NARGEOT J, VACHERON M-N. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? L'Encéphale 2014 ; 40 : p468–73.

[169] Société Francophone de Médecine d'Urgence. Conférence de consensus - Agitation en urgence (petit enfant excepté). 2002.

[170] SAHA S, CHANT D, McGRATH J. A systematic review of mortality in schizophrenia: is the differential mortality gap worsening over time? Arch Gen Psychiatry 2007 ; 64 : p1123–31.

[171] BUSHE CJ, TAYLOR M, HAUKKA J. Mortality in schizophrenia: a measurable clinical endpoint. J Psychopharmacol Oxf Engl 2010 ; 24 : p17–25.

[172] GUIGNARD L. Le cancer du sein chez les patientes souffrant de schizophrénie : Modalités de dépistage et facteurs de risque. Université François Rabelais, 2015.

[173] MARESCAUX J. Place du directeur d'établissement dans l'application de la loi du 5 juillet 2011. Évaluation de la loi par le directeur. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr 2012 ; 170 : p725–730.

[174] Tribunal Administratif de Nantes. Ordonnance n°1408210. 2014.

[175] PECHILLON E. Accès en urgence au dossier médical : une liberté fondamentale. Santé Ment 2015.

Vu, le Directeur de Thèse

**Vu, le Doyen
de la Faculté de médecine de TOURS**

Faculté de Médecine de TOURS

GODET Tony

119 pages – 9 tableaux

Résumé :

Depuis la loi du 5 juillet 2011, le juge des libertés et de la détention examine la situation des patients en soins psychiatriques sans consentement dans le cadre de la saisine facultative et dans le cadre de la saisine obligatoire pour les patients hospitalisés au delà de 12 jours. Il peut alors ordonner la mainlevée des mesures lorsqu'il constate une illégalité fondée sur un vice de forme ou de fond. Cette thèse a donc pour objectifs d'identifier les motifs de mainlevée des mesures de soins psychiatriques sans consentement en France, depuis la loi du 5 juillet 2011, modifiée le 23 septembre 2013, et de proposer des recommandations dans le but de limiter ces mainlevées et leurs conséquences.

La première partie dresse un historique des normes juridiques ayant encadré les hospitalisations en psychiatrie, depuis l'Ancien Régime jusqu'à aujourd'hui, où le respect des droits des patients est une préoccupation importante.

Dans la deuxième partie, nous avons réalisé une étude portant sur 117 décisions judiciaires ordonnant la mainlevée de mesures de soins psychiatriques sans consentement, recueillies du 01/01/12 au 31/07/15 sur toute la France, et nous avons répertorié chaque motif retenu par le juge, comme imposant d'ordonner une mainlevée de la mesure. Ainsi, 13 groupes ont été identifiés :

- les critères d'admission non remplis ;
- « l'incompétence » médicale ;
- l'absence d'examen somatique ;
- les programmes de soins non conformes ;
- les délégations de signatures irrégulières ;
- l'identification du signataire impossible ;
- l'absence de motivation des actes administratifs ;
- le défaut d'information du patient sur la mesure de soins sans consentement ;
- le défaut de recueil des observations du patient ;
- les délais écoulés ;
- l'absence de documents transmis au juge ;
- les défauts de procédure portant sur le tiers ;
- les irrégularités avec le mandataire judiciaire.

Enfin, pour éviter que de telles ordonnances prononçant la mainlevée ne soient rendues, nous proposons des recommandations pour chaque groupe, dont la principale est l'instauration de formations adaptées et répétées aux professionnels intervenant dans le processus de soins psychiatriques sans consentement.

Mots clés :

- Soins psychiatriques sans consentement
- Juge des libertés et de la détention
- Mainlevées
- Loi du 5 juillet 2011

Président de Jury : Monsieur le Professeur Philippe GAILLARD

Membres du jury : Monsieur le Professeur Nicolas BALLON

Monsieur le Professeur Jean Louis SENON

Madame le Docteur Florence DUBOIS CARMAGNAT

Madame le Docteur Mélanie BIOTTEAU LACOSTE

Monsieur Eric PECHILLON, Maître de Conférences

Date de la soutenance : 29 février 2015, Faculté de médecine de TOURS