UNIVERSITE DE BORDEAUX

Année 2017 Thèse n° 3065

Thèse pour l'obtention du

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Le 29 juin 2017 par

Pascale MOUDIAPPANADIN BEAUFILS

Née le 23 avril 1989 à Paris 14e (75)

LA LOI DU 5 JUILLET 2011 : ETUDE OBSERVATIONNELLE DES MAINLEVEES D'HOSPITALISATIONS SANS CONSENTEMENT PAR LE JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION A CHARLES PERRENS

Directeur de thèse
Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI

Jury
Madame le Professeur Hélène VERDOUX, Présidente
Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE, Juge
Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD, Juge
Madame le Docteur Chantal BERGEY, Juge
Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON, Rapporteur

Remerciements

A ma famille

A mes parents. Merci de m'avoir permis de faire des études.

A ma sœur. Merci de m'avoir accompagnée et soutenue pendant toutes ces années.

A mon frère. Merci pour ton soutien et tes conseils malgré la distance.

A mes beaux-parents et à mes belles-sœurs. Merci pour m'avoir accueillie au sein de votre famille. Merci pour votre soutien et vos conseils.

A mes ami (e) s,

A Christine. Merci pour ton soutien pendant toutes ces années.

A Steph. Merci de comprendre et partager ma « dyslexie magique ». Merci surtout d'être ce que tu es et d'être toujours à mes côtés.

A Thara, ma « sœur de cœur », merci pour ton soutien et ton amitié toutes ces années.

A Lolo et Claire : merci de m'avoir accompagnée et soutenue depuis notre première rencontre.

A Marie et Amandine, mes plus belles rencontres de l'internat, merci de votre soutien, de votre gentillesse, de votre amitié.

A Marthe, Gabi, Juju, Paul, Caro, Didine, Manue, Laura, Marion, Liza, Sosh, Margaux, Cécile, Véro, merci de m'avoir soutenue et écoutée pendant toutes ces années !

Aux copains et copines Calédoniens et faisant fonction Calédoniens : merci de m'avoir accueillie dans votre grande tribu ! Merci pour votre amitié, votre soutien et votre bonne humeur.

A mes co-internes bordelais Justine, Pauline, Mathieu, Ana, Dimitri, Valentin… merci pour votre soutien, votre gentillesse et votre bonne humeur.

A tous mes amis et amies que je n'ai pas cités mais que je n'oublie pas !

A mes « maitres d'internat »

Merci aux médecins qui m'ont supervisée pendant mon internat, qui m'ont écoutée et rassurée.

Aux équipes soignantes

Merci à tous les infirmiers et aides-soignants, aux ASH, aux assistants sociaux, aux psychologues et secrétaires des services dans lesquels j'ai effectué mes stages. J'ai fait de belles rencontres humaines et professionnelles, dans des stages qui n'ont pas toujours été faciles pour moi. Merci à toutes ces soignantes qui sont devenues bien plus que des collègues au fil du stage (Belinda, Hélène, Alex, Carole, Stéphanie, Mathilde, Sandra, Claire, Mireille, Sandrine, Isa…).

A Joris

Merci d'avoir toujours cru en moi, de m'avoir soutenue et écoutée pendant toutes ces longues années. Je te remercie de me pousser à me dépasser et à avoir moins « peur de tout », même s'il reste du chemin à parcourir ! La vie défile à tes côtés. Merci de m'avoir épousée : je te dédie ce travail. Je t'aime.

A la Présidente de jury

Madame le Professeur Hélène VERDOUX

Professeur de Psychiatrie,
Praticien Hospitalier,
Docteur en Épidémiologie,
Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte UNIVA,
Coordonnateur du D.E.S. de Psychiatrie,
Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de présider le jury de ma thèse. Merci de m'avoir soutenue dans le choix de mon sujet, dans la rédaction du protocole de l'étude ainsi que tout au long de mon internat. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement au cours des différents stages effectués au sein de votre pôle et je vous remercie pour votre bienveillance. Je vous témoigne ici ma profonde gratitude et tout mon respect.

Au directeur de thèse

Monsieur le Docteur Kévin ROSSINI

Docteur en médecine, psychiatre,
Praticien hospitalier,
Pôle PUMA, Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je te remercie d'avoir accepté d'encadrer cette thèse, de m'avoir conseillée et de m'avoir soutenue tout au long du travail de recherche et de rédaction. Je te remercie pour ta patience, ta bienveillance et ton écoute. J'ai eu le privilège de travailler avec toi au sein du pôle PUMA et j'ai pu apprécier l'étendue de ton savoir et surtout de tes qualités pédagogiques. Au fil de ces années de travail, j'ai pu découvrir et apprécier tes qualités humaines et ton souci quotidien du travail « bien fait » auprès et pour le patient.
Je t'exprime ici toute ma reconnaissance et mon admiration.

Aux membres du jury

Madame le Docteur Chantal BERGEY

Docteur en Médecine, Psychiatre,
Praticien Hospitalier
Chef de Pôle de Psychiatrie Adulte PUMA,
Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être membre du jury de ma thèse. J'ai eu le privilège d'assister à certaines de vos consultations et de travailler avec vous lors de mon stage au sein de votre pôle. Je vous remercie pour votre bienveillance et votre gentillesse à mon égard. Vous trouverez ici l'expression de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Bruno AOUIZERATE

Professeur de Psychiatrie,
Praticien Hospitalier,
Centre hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.
Chercheur à l'UFR Sciences médicales,
Université Bordeaux 2 Segalen.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. Je n'ai pas eu la chance de travailler avec vous mais j'ai eu le privilège d'assister à vos cours pendant mon internat.
Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde gratitude et de mon respect.

Monsieur le Professeur Manuel BOUVARD

Professeur de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle Universitaire de Pédopsychiatrie,

Centre Hospitalier Charles PERRENS, Bordeaux.

Je vous remercie d'avoir accepté de juger ce travail de thèse. J'ai eu la chance d'assister à vos cours pendant mon internat et d'apprécier l'étendue de vos connaissances. Veuillez trouver ici l'expression de ma profonde reconnaissance et de tout mon respect.

Au rapporteur

Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON,

Professeur de Psychiatrie,

Praticien Hospitalier,

Chef de Pôle Universitaire de Psychiatrie Adulte,

Co-directeur du Master 2 Professionnel de Criminologie et Victimologie

Co-directeur du Diplôme Inter Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-Légale

Centre Hospitalier Henri Laborit, Poitiers.

Je vous remercie d'avoir accepté d'être le rapporteur de ce travail de thèse. J'ai eu la chance de bénéficier de votre enseignement au cours du Diplôme Inter-Universitaire de Criminologie et Victimologie. J'ai été particulièrement sensible à votre bienveillance et vos encouragements. Veuillez trouver ici le témoignage de ma profonde admiration.

Table des matières

I. Introduction 9

II. L'autorité judiciaire dans les soins sans consentement en France 10

2.1 Historique de la place de l'autorité judiciaire dans les soins sans consentement en France 10

2.1.1 Le bannissement des fous de l'Antiquité au Moyen-Age 10

2.1.2 Le « Grand Renfermement » de l'Ancien Régime 10

2.1.3 La période post-révolutionnaire 11

2.1.4 La loi de 1838 ou loi « Esquirol » 12

2.1.5 Les réformes de la loi psychiatrique 14

2.2 La place de l'autorité judiciaire évolue du fait du nouveau rôle donné au JLD dans la loi du 5 juillet 2011 15

2.2.1 De la détention provisoire aux soins sans consentement, le JLD est garant de la liberté individuelle 15

2.2.2 Les missions spécifiques en psychiatrie 17

2.2.3 Les modalités de saisine du JLD pour statuer d'une mainlevée 20

2.2.4 L'audience du JLD en pratique : organisation et tenue des débats dans le cadre des HSC 21

2.2.5 Conséquences de l'intervention du JLD 22

2.3 Les motifs de mainlevées du JLD dans les soins sans consentement 23

2.3.1 Les éléments de légalité externe : les mainlevées sur « la forme » 23

2.3.2 Les éléments de légalité interne : les mainlevées sur « le fond » 30

III. Etude personnelle 31

3.1 Objectifs 31

3.2 Méthodes 32

3.2.1 Calendrier et lieu de recrutement 32

3.2.2 Critères d'inclusion 32
3.2.3 Recueil de données 32
3.2.4 Résultats 33
IV. Discussion 46
4.1 Rappel des principaux résultats 46
4.1.1 Description de l'échantillon 46
4.1.2 Principaux motifs de mainlevées 47
4.1.3 Devenir des patients 47
4.2 Limites méthodologiques 48
4.3 Interprétation des résultats 48
4.3.1 Le faible pourcentage de mainlevées à l'hôpital Charles Perrens 48
4.3.2 La spécificité de la population bénéficiant de mainlevées par le JLD 49
4.3.3 Une importante augmentation des mainlevées sur des motifs de « forme » après 2013 50
4.3.4 Une proportion importante de patients qui restent hospitalisés librement malgré une mainlevée 51
4.3.5 Peu de réhospitalisations après une mainlevée 52
4.3.6 Comparaison des résultats avec l'étude de la Cour de Cassation 53
V. Conclusion 56
Bibliographie 58
Annexes 64

I. Introduction

La loi du 5 juillet 2011 *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* est entrée en application le 1er août 2011. Elle réforme l'encadrement légal des soins psychiatriques dont celui des hospitalisations sans consentement (HSC). Sous l'influence du Conseil Constitutionnel, le projet de loi initial a été remanié afin de renforcer les droits du patient. Ainsi elle prévoit une intervention systématique du juge des libertés et de la détention (JLD) dite « contrôle de plein droit » pour statuer sur la prolongation d'une HSC au-delà de 15 jours (1). Désigné comme « garant de la liberté individuelle » par l'article 66 de la Constitution, le JLD devient, par cette réforme législative, l'unique décisionnaire du maintien de ces hospitalisations.

Cette loi a été élaborée dans un contexte tendu, les professionnels de psychiatrie l'ayant rapidement critiquée et dénoncée comme étant une tentative politique vers le sécuritaire. Le Collectif des 39, principal détracteur de cette nouvelle réforme met en avant d'une part, la possible incompréhension du processus judiciaire par les patients et d'autre part, la rupture du secret médical par la lecture de certificats médicaux lors d'audiences publiques (2).

Sept ans après l'entrée en vigueur du texte de 2011, dont certaines dispositions ont été modifiées par la réforme du 27 septembre 2013, les patients et les soignants semblent davantage familiarisés à ces nouveaux acteurs des soins psychiatriques : l'avocat et le JLD. Cette nouvelle législation soulève la question du regard posé par le JLD sur les décisions et pratiques du psychiatre. Pour mieux le cerner, il nous est possible de nous appuyer sur les ordonnances rendues par le juge et plus particulièrement, sur celles prononçant une décision de mainlevée de l'HSC. Ce sera l'objet de notre travail.

En première partie, nous étudierons l'évolution du rôle de l'autorité judiciaire dans les soins psychiatriques à travers les époques, afin de contextualiser l'intervention actuelle du JLD. Nous présenterons également dans cette même partie les éléments sur lesquels le magistrat peut s'appuyer pour statuer sur une mesure de soins sans consentement (SSC). La deuxième partie portera sur une étude observationnelle menée sur l'hôpital Charles PERRENS et centrée sur l'ensemble des mainlevées d'HSC qui y ont été prononcées dans le cadre du contrôle de plein

droit du JLD (J15 puis J12) et ce, du 1er août 2011 au 1er août 2016. Une synthèse et une discussion des résultats de cette étude seront développées dans une troisième partie.

II. L'autorité judiciaire dans les soins sans consentement en France

2.1 Historique de la place de l'autorité judiciaire dans les soins sans consentement en France

2.1.1 Le bannissement des fous de l'Antiquité au Moyen-Age

En Grèce Antique, l'isolement du « fou » restait dans le cadre familial sans intervention judiciaire (3). De son côté, la loi romaine permet d'incarcérer puis de placer dans des établissements de charité les aliénés considérés comme les plus « dangereux » sur décision judiciaire (4). Durant les cinq premiers siècles du Moyen-Age, la folie est assez bien tolérée. Les plus dangereux sont cependant souvent enchainés au domicile, ou encore dans des prisons pour des « raisons d'ordre public », sans intervention judiciaire (5). Les trois derniers siècles du Moyen-Age bannissent au contraire la folie, en la rangeant définitivement du côté du péché (6).

2.1.2 Le « Grand Renfermement » de l'Ancien Régime

Durant la première moitié du XVIIe siècle, l'augmentation croissante des pauvres, mendiants et vagabonds de Paris engendre de nombreux vols et agressions dans la capitale. C'est dans ce contexte qu'a débuté le « Grand Renfermement » (7). Par les édits de 1656 et de 1662, Louis XIV ordonne la fondation de l'Hôpital Général à Paris puis d'institutions similaires dans toutes les villes de province (8). La population des insensés n'y dépassait pas 5 à 10 %.

Progressivement, la nécessité de créer des relais de l'enfermement s'est imposée au pouvoir royal : c'est alors que naissent les dépôts de mendicité, les maisons de force (3) et les « pensions

bourgeoises » (8). Enfin, dans les prisons d'Etat, réservées aux personnes issues des hautes sphères de la société, la proportion d'insensés s'élève à plus de 20 % (9).

Trois autorités ont alors le pouvoir de prononcer la « séquestration d'un insensé », dans le cadre de procédures régies par l'usage et réglées par la jurisprudence. La première autorité est administrative : il s'agit du ministre de la Maison du roi, qui prononce les séquestrations par le biais des lettres de cachet. Dans l'immense majorité des cas (90%), celles-ci sont prononcées sur demande de la famille, sans qu'aucun avis médical ne soit sollicité (10). Les deux autres autorités sont judiciaires : le Procureur général au Parlement de Paris et le Lieutenant général de police de Paris. Elles peuvent être saisies par la famille, ou tout autre tiers, si un indigent, insensé ou non, présente des troubles du comportement social (violences, injures, menaces…) (11). Dans tous les cas, c'est l'autorité qui décide de l'admission qui peut juger de la sortie éventuelle. Il peut être fait appel, selon le droit commun, devant le Parlement de Paris, sauf pour les lettres de cachet. Toutefois, devant les nombreuses critiques portant sur l'arbitraire royal, un contre-pouvoir judiciaire a été mis en place : à partir des années 1780, l'administration royale requiert en effet une décision préalable d'un juge *« pour faire droit à une demande d'internement d'un insensé »* (12).

A la fin de l'Ancien Régime, une réflexion sur le statut des « insensés » est initiée et aboutit à l'élaboration de la circulaire de 1785, rédigée par Jean Colombier et François Doublet, intitulée *« Instruction sur la manière de gouverner les insensés et de travailler à leur guérison dans les asyles qui leur sont destinés »* (10). On y retrouve les prémisses des bouleversements futurs apportés par la Révolution Française.

2.1.3 La période post-révolutionnaire

La Révolution de 1789 permet en effet l'abrogation des lettres de cachet. Les lois des 16 et 27 mars 1790 accordent un pouvoir important au nouveau garant de la liberté individuelle, le juge *: « Les personnes détenues pour cause de démence seront pendant l'absence de trois mois, à compter du jour de la publication du présent décret, à la diligence de nos procureurs, interrogés par les juges dans les formes usitées, et en vertu de leurs ordonnances, visitées par les médecins qui, sous la surveillance des directeurs de district, s'expliqueront sur la véritable situation des malades, afin que d'après la sentence qui aura statué sur leur état, ils soient élargis ou soignés dans les hôpitaux qui seront indiqués à cet effet »* (13).

Cette loi instaure une procédure judiciaire « contradictoire », avec interrogatoire de la personne et expertise médicale. Dans les faits, en l'absence de tout texte d'application et de toute création d'établissement spécialisé, ce sont les autorités de police et les familles qui continuent à se préoccuper seules de ces problèmes, malgré le renforcement théorique du rôle du juge apporté par le Code Civil de 1803 (14).

Beaucoup de détracteurs de ces textes mettaient en avant la longueur de la procédure judiciaire ainsi que les conditions restrictives de l'interdiction, tout en exprimant leur crainte que *« la présence des magistrats, les interrogatoires prescrits, les formalités exigées, tout cet appareil judiciaire, la révélation faite au malade du malheur dont il est frappé et des conséquences auxquelles il est exposé »* ne viennent aggraver sa maladie voire, le rendre incurable. Ainsi ils plaidaient également : *« l'isolement a souvent besoin d'être enveloppé d'un profond secret, dans l'intérêt de l'aliéné et de sa famille »* (14). Ce sont finalement les mêmes interrogations qui seront soulevées lors de l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, en ce qui concerne le caractère public des audiences du JLD.

2.1.4 La loi de 1838 ou loi « Esquirol »

Non seulement la judiciarisation de l'internement a été critiquée mais dans les faits, elle n'a été que très peu appliquée. C'est la raison pour laquelle le législateur a préféré, dans la loi du 30 juin 1838, confier à l'administration le pouvoir de prononcer les décisions d'internement (12). La loi régira à la fois l'hospitalisation des « malades mentaux » et leur statut juridique (jusqu'en 1968) durant 152 ans (10). Les médecins et l'administration deviennent décisionnaires de l'internement. La loi le justifie en rappelant que d'une part, il s'agit de mesures de sureté publique et que d'autre part, contrairement à *« la lenteur et la solennité des formes judiciaires »*, ces autorités semblent plus à même de statuer sur de mesures d'isolement exigeant *« célérité, prudence et discrétion »* (15). A noter que pour certaines mesures d'internement, l'avis médical n'était pas toujours requis (notamment pour les placements d'office).

Dans le cadre de cette loi, la prise en charge psychiatrique se déroule dans un lieu unique, l'asile, encadrée par une mesure d'internement qui s'impose à la personne et est associée à une mise sous protection des biens. Le juge judiciaire a en effet toujours le pouvoir de prononcer une « mesure d'interdiction » pour accompagner l'internement et garantir une protection

tutélaire. Mais du fait de la longueur de la procédure et de sa complexité, elle ne sera presque jamais mise en place (16). En revanche, le Procureur du Tribunal contrôlait la validité des certificats d'internement ou de sortie (17).

Le législateur a prévu des garanties contre le risque d'internement arbitraire dont la possibilité du recours judiciaire (18). Le Tribunal de Grande Instance (TGI) a en effet le pouvoir de faire cesser l'internement (art L. 351 du Code de la Santé Publique). L'interné peut à tout moment contester celui-ci et saisir l'autorité judiciaire. Deux juges sont alors compétents pour statuer dans ce domaine : le juge administratif, la décision de placement étant administrative, et le juge judiciaire. Le juge administratif contrôle ainsi la régularité de la décision (contrôle sur la forme) et le juge judiciaire juge *« la nécessité de cette mesure et les conséquences qui peuvent en résulter »* (contrôle sur le fond) (19). En réalité, les recours au tribunal sont peu nombreux. De plus, incompétent pour porter un diagnostic et ainsi statuer sur la validité d'un internement, le magistrat *« se contente dans l'immense majorité des cas, de contresigner le diagnostic porté par le médecin expert appelé à l'assister »* (14).

Par ailleurs, l'article 4 de la loi de 1838 confie aux procureurs la mission de visiter les établissements recevant des aliénés. A défaut d'une procédure contradictoire préalable à l'internement, l'intervention des magistrats devait permettre une information complète sur les conditions de la séquestration, en vue de saisir le TGI afin d'ordonner une sortie si nécessaire (14). On constate finalement que les magistrats n'assurent pas ces visites ou s'arrêtent, pour la plupart, au bureau des admissions tant l'hôpital psychiatrique fait peur. Une enquête réalisée en 1977 montre que le Procureur qui reçoit des réclamations d'internés se contente le plus souvent de demander au psychiatre un « certificat de situation » et d'en suivre l'avis (14).

Enfin, les internements irréguliers par des certificats incomplets ne mentionnant parfois même pas l'état mental de l'aliéné, peuvent être dénoncés par le Magistrat de l'ordre judiciaire mais celui-ci n'a aucune compétence pour les faire sanctionner (14).

La loi « Esquirol » a fait autorité pendant un siècle et demi mais a tout de même été aménagée par quelques textes. Ainsi la loi dite « Sécurité et liberté » du 2 février 1981 imposera au Président du TGI, saisi d'une demande de mainlevée d'une décision d'HSC, de motiver sa décision, l'autorisant ainsi à exercer un contrôle rigoureux des procédures administratives. Cette loi pose aussi le principe du débat contradictoire et public (20).

2.1.5 Les réformes de la loi psychiatrique

Dans les années soixante, les pratiques psychiatriques évoluent avec une diversification des lieux de prise en charge. Des soins psychiatriques sont donnés dans des dispensaires ou dans des services d'hospitalisation ouverts, voire dans des services fermés qui accueillent des patients qui pour certains, n'ont pas le statut d'« interné » au sens de la loi du 30 juin 1838. L'écart se creuse donc entre l'encadrement juridique des pratiques de soin et la réalité de sa mise en œuvre. La loi du 30 juin 1838 est promise à disparaitre. Un sénateur propose alors de donner au juge des tutelles le pouvoir de contrôle sur les HSC ; il est même envisagé de donner au juge judiciaire la compétence pour hospitaliser les personnes déclarées comme « pénalement irresponsables » (16). Cependant, le corps médical reste réticent à toute proposition de « judiciarisation » des soins psychiatriques (21).

La loi du 30 juin 1838 n'a été réformée que par celle 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* qui a plutôt consisté, pour certains, en un « toilettage » du vocabulaire conforme à l'évolution des connaissances : on ne parle plus d' « aliénés » mais de « personnes atteintes de troubles mentaux » ou encore « l'internement » devient « l' hospitalisation à temps plein » (17). Pourtant, la loi du 27 juin 1990 modifie l'esprit même de la loi de 1838 : l'hospitalisation libre devient la règle et les HSC des exceptions. Cette loi a également permis d'affirmer les droits du malade, posé le principe du consentement aux soins, restreint les indications des SSC et institué une Commission Départementale des Hospitalisations psychiatriques (CDPH), organe de contrôle qui s'ajoute à ceux que la loi de 1838 avait instaurés.

Cette loi a introduit la possibilité de saisir le Président du TGI à tout moment, pour ordonner la fin d'une HSC (12). De plus, le droit de se pourvoir par simple requête devant le Président du TGI apparait « en tête de loi », au sein du Code de Santé Publique (CSP). Ceci témoignerait pour certains, d'une volonté d'équilibrer les mesures administratives et le contrôle judiciaire *a posteriori* (19). Selon LOPEZ et al. (2005), le recours au juge est peu fréquent puisque *« compte tenu du nombre de TGI (181), chaque JLD n'est saisi, au titre des HSC, que deux à trois fois par an »*. Ils attribuent cette situation à la méconnaissance des patients des modalités du contrôle juridictionnel.

La loi de 1990 n'a été réformée que par celle du 5 juillet 2011. La réforme de la loi de 1990 vise deux objectifs principaux décrits dans le préambule de la loi du 5 juillet 2011. Le premier consiste à *« lever les obstacles à l'accès aux soins et à garantir leur continuité »*. Quant au deuxième, il vise à *« adapter la loi aux évolutions des soins psychiatriques et des thérapeutiques aujourd'hui disponibles, qui permettent à de nombreux patients d'être pris en charge autrement qu'en hospitalisation à temps plein »*.

La loi du 5 juillet 2011 a été votée en procédure d'urgence pour répondre d'une part, à la condamnation de la France par la CEDH et d'autre part, à la déclaration d'inconstitutionnalité des dispositions relatives aux hospitalisations à la demande d'un tiers (décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010) et d'office (décisions n°2011/135-140 QPC d 9 juin 2011) rendues par le Conseil Constitutionnel. Celui-ci a imposé que toute HSC soit examinée par un juge pour pouvoir être prolongée au-delà de 15 jours. C'est au JLD que cette tâche est confiée, la Constitution le désignant comme « garant de la liberté individuelle ». Cette loi du 5 juillet 2011 donne donc au JLD un rôle pivot des SSC.

2.2 La place de l'autorité judiciaire évolue du fait du nouveau rôle donné au JLD dans la loi du 5 juillet 2011

2.2.1 De la détention provisoire aux soins sans consentement, le JLD est garant de la liberté individuelle

La liberté d'aller et venir est une liberté fondamentale, dont l'exercice est susceptible d'être limité par un certain nombre de dispositions juridiques (22). En effet, la justice exige parfois de priver un individu de sa liberté d'aller et venir avant tout jugement. Ainsi, la détention provisoire est une contradiction manifeste avec le principe de présomption d'innocence (23). Une trentaine de réformes législatives se sont succédées pour encadrer au mieux la détention provisoire et notamment la place du juge d'instruction, auparavant unique décisionnaire des placements en détention provisoire.

C’est finalement la loi n° 2000-516 du 15 juin 2000 *renforçant la présomption d'innocence et les droits des victimes* qui a séparé les pouvoirs d'instruction et de placement en détention provisoire. Elle attribue en effet le pouvoir de placement en détention provisoire à un juge distinct du juge d'instruction (24). Ce nouveau magistrat aura en charge de placer les personnes mises en examen en détention provisoire ou de rejeter une demande de placement, de prolonger les détentions provisoires ou de statuer sur les demandes de mises en liberté. Appelé dans un premier temps « juge des libertés », puis « juge de la détention », il sera finalement nommé « juge des libertés et de la détention » (25).

Ce magistrat du siège juge seul, assisté d’un greffier. Expérimenté, il doit avoir au moins sept ans d’exercice (art. 137-1 du CPP) et peut avoir le rang de président, de premier vice-président ou encore, de vice-président du TGI. Il existe des formations non obligatoires à l’attention des présidents et vice-présidents de TGI en vue d’exercice des fonctions de JLD (26).

La loi dispose que le JLD doit proposer une analyse autonome et personnelle des situations variées qui lui sont présentées. Il est rapidement apparu nécessaire au législateur d’étendre la fonction du JLD à tous les domaines dans lesquels peut exister une atteinte portée à la liberté individuelle (27).

L’amendement n° CL84 adopté le 2 mai 2016 est venu modifier l’article 14 concernant le statut du JLD. En effet, la fonction de JLD est désormais une fonction spécialisée. Il est à présent nommé par *« décret du Président de la République, pris sur proposition du garde des Sceaux, après avis conforme de la formation du siège du Conseil supérieur de la magistrature »*. De plus, l’exercice de cette fonction est *« limité dans une même juridiction à dix ans »* (28).

Quoique récemment introduit sur le plan législatif, le JLD doit répondre à de nombreuses missions. Ce juge a en effet deux types d’attributions :

- Des attributions pénales, à toutes les phases de la procédure pénale :

- Pendant la phase d’enquête, il peut être saisi par le Procureur de la République pour autoriser une prolongation de garde à vue au-delà de 48 heures mais également pour les perquisitions, les visites domiciliaires et les saisies.

- Pendant la phase d'instruction, le Juge d'Instruction peut demander au JLD l'autorisation de placement d'un dispositif de mise sur écoute, dans le cadre d'une enquête sur une bande organisée. Le Procureur de la République peut également saisir le JLD dans ce type d'enquête, pour ordonner des mesures conservatoires sur les biens du mis en examen (art. 706-103 CPP) (29). Le JLD doit également assurer la protection de la personne placée en détention provisoire (art 144 du CPP) (30).
- Pendant la phase de jugement, le JLD peut ordonner des détentions provisoires ou la mise en place d'un contrôle judiciaire dans l'attente d'un jugement (art. 394 CPP) (31).

- Des attributions non pénales variées, qu'il s'agisse :

- Du contrôle du séjour des étrangers (prolongation d'une rétention administrative > 48h et d'un maintien en zone d'attente > 4 jours), (32).
- De la possibilité d'autoriser le retrait d'armes dangereuses, en cas de danger pour le détenteur et/ou un tiers (33).
- Du retrait d'informations de fichiers judiciaires des auteurs d'infractions sexuelles (art 706-53-10 CPP).
- Du contrôle des soins psychiatriques sans consentement que nous allons étudier plus en détail.

2.2.2 Les missions spécifiques en psychiatrie

Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011, l'intervention du JLD en matière d'HSC est la règle. Elle est précisée et définie par les articles L. 3211-12 et suivants du CSP et par les articles R. 3211-7 et suivants (34). L'article L. 3216-1 du CSP définit désormais le périmètre d'intervention du juge et a permis l'unification des volets administratif et judicaire du contentieux psychiatrique. Cette disposition applicable depuis janvier 2013, dispose que *« la régularité des décisions administratives* [de SSC] *ne* [peut] *être contestée que devant le juge judiciaire […]* ».

Le juge judiciaire, désormais seul compétent, va déterminer si selon les termes du code de procédure civile, une « atteinte aux droits de la personne » a résulté de la décision administrative (19). La loi ne qualifie pas l'atteinte et elle n'exige, ni une atteinte « grave », ni une atteinte « particulière ». Il est donc possible d'en déduire que toute irrégularité, quelle qu'elle soit,

entraîne une atteinte aux droits. En conséquence, l'ensemble des illégalités soulevées entraînera logiquement la nullité juridique des mesures (35).

2.2.2.1 La soumission systématique des HSC au « contrôle de plein droit »

La loi du 5 juillet 2011 prévoyait initialement que le JLD intervienne au terme des quinze premiers jours d'HSC, qu'il s'agisse du début de la prise en charge ou d'une transformation de mesure pour un patient qui bénéficiait de SSC ambulatoires. Ce délai a ensuite été réduit à douze jours par la réforme du 27 septembre 2013. Dans tous les cas, le JLD doit ensuite être saisi avant l'expiration d'un délai de six mois, si l'HSC se prolonge.

Dans ce cadre, le JLD est saisi par le directeur d'établissement pour les hospitalisations qui relèvent de sa compétence c'est-à-dire pour les Soins Psychiatriques à la Demande d'un tiers (SPDT) et pour Péril imminent (SPPI) et par le préfet pour celles qui lui incombent (Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat ou SPDRE). La saisine du JLD doit être accompagnée de l'avis d'un psychiatre de l'établissement formulé au plus tard au huitième jour et se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète sous une mesure de SSC. Cet avis doit être présenté en même temps que le reste du dossier (35).

L'ensemble des interventions du JLD citées relèvent du « contrôle de plein droit ». Son intervention systématique vient nous rappeler que *« la contrainte existe et qu'elle est une privation de liberté quel que soit son objectif »*. La nouvelle mission du JLD matérialise donc l'idée d'une *« application du droit commun dans les établissements psychiatriques au même titre que tout autre lieu »* (36).

2.2.2.2 Le recours facultatif

Le recours facultatif est ouvert pour toute mesure de SSC (hospitalisation ou soins ambulatoires). En effet l'article L 3211-12 précise que *« le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate »* d'une mesure de SSC (37). Ce délai est fixé à 12 jours, et porté à 25 jours si une expertise psychiatrique est ordonnée par le juge (art R. 3211-16) (38).

La saisine peut être effectuée par :

- La personne faisant l'objet des soins.

- Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure.
- La personne chargée de sa protection si le patient est majeur placé sous mesure de protection juridique.
- Le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité.
- La personne ayant formulé la demande de soins.
- Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet de soins.
- Le Procureur de la République.
- Enfin, le JLD lui-même, qui peut se saisir d'office à tout moment.

2.2.2.3 Procédures en cas de désaccord entre le psychiatre traitant et le préfet

Dans le cas des SPDRE, lorsque le préfet décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre certifiant que l'hospitalisation complète n'est plus nécessaire, il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande alors la délivrance dans un délai maximum de 72 heures d'un second avis médical (art. L.3213-9-1 CSP) (39) :

- en cas d'avis conforme au premier : le préfet doit ordonner la levée de la mesure.
- en cas d'avis différent, le directeur de l'établissement doit alors saisir le JLD conformément à l'article L.3213-5. C'est le magistrat qui tranchera.

2.2.2.4 Cas des patients réputés « dangereux »

Les conditions de saisine du JLD comportent des particularités pour certains patients réputés « dangereux ». Selon la réforme de la loi du 27 septembre 2013, ces patients font *« l'objet d'une mesure de soins sans consentement à la demande du représentant de l'Etat ou d'une décision judiciaire après bénéfice d'une mesure d'irresponsabilité pénale prévue par l'article 122-1 du Code Pénal ou ayant fait l'objet d'une telle mesure depuis un délai pouvant aller jusqu'à dix années »*. La loi du 27 septembre 2013 vient préciser cette définition. En effet, il s'agit *« désormais […] des patients déclarés pénalement irresponsables à la suite d'actes d'une particulière gravité définis comme justifiant d'une peine d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens »*.

Pour statuer sur la nécessité de maintenir les soins psychiatriques pour ces patients, la loi du 27 septembre 2013 impose au JLD de recueillir l'avis d'un collège médico-soignant ainsi que celui de deux expertises établies par des psychiatres inscrits sur des listes spécifiques et n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Les experts doivent remettre leur rapport dans un délai fixé par le JLD et qui ne peut pas excéder quinze jours après leur désignation (art L. 3211-12 CSP) (37).

Dans tous les cas, le JLD peut demander une ou deux expertise(s) s'il estime que les pièces du dossier sont insuffisantes pour rendre son ordonnance. Les délais proposés aux experts sont de dix jours.

2.2.3 Les modalités de saisine du JLD pour statuer d'une mainlevée

2.2.3.1 En cas de saisine par requête

2.2.3.1.1 Saisine par un tiers

La requête est déposée au secrétariat de l'établissement et est alors transmise par tout moyen au greffe du TGI. Celle-ci doit être datée et signée et comporter :

- L'identification du requérant.
- Les renseignements concernant la personne faisant l'objet de soins dont l'existence éventuelle d'une mesure de protection.
- Ainsi que l'exposé des faits et son objet (art. R. 3211-8 C.S.P) (40).

2.2.3.1.2 Saisine par le patient lui-même

Dans ce cas, la demande peut être également déposée au secrétariat de l'établissement d'accueil et constituer une simple déclaration verbale recueillie par le directeur de l'établissement qui établit un procès-verbal.

Dans l'un et l'autre cas, le directeur transmet sans délai, par tout moyen, au greffe du tribunal la requête ou le procès-verbal en y joignant, outre les pièces justificatives que l'intéressé entend produire, dans le délai de cinq jours suivant le dépôt de la requête :

- En cas de SPDT : les nom, prénoms et adresse de ce tiers ainsi qu'une copie de la demande d'admission.

- En cas de SPDRE : une copie de l'arrêté préfectoral initial et, le cas échéant la copie de l'arrêté municipal ou le plus récent des arrêtés préfectoraux ayant maintenu la mesure de soins.
- Une copie des certificats et avis médicaux au vu desquels la mesure de soins a été décidée.

En cas d'admission en SPDRE ordonnée à la suite d'un jugement d'irresponsabilité pénale, le directeur d'établissement transmet également une copie de la décision et de l'expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale. Il y joint l'avis du collège médico-soignant mentionné à l'article L.3211-9 ou le cas échéant, l'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition (41).

2.2.3.2 En cas de saisine par le JLD lui-même

Lorsque le JLD se saisit d'office en application du dernier alinéa du I de l'article L. 3211-12, à savoir à tout moment, il en informe la personne qui fait l'objet de soins et, le cas échéant, son tuteur, son curateur ou ses représentants légaux, le tiers signataire de l'admission en SPDT ou le préfet qui a ordonnée ou maintenue la mesure de SSC, le directeur d'établissement ainsi que le ministère public.

Il les fait aviser de la date, de l'heure, du lieu et des modalités de tenue de l'audience, à charge pour le directeur de l'établissement de transmettre toutes les pièces mentionnées ci-dessus dans le délai de cinq jours suivant l'avis de saisine (art. L.3211-12I et R.3211-14 C.S.P), (41).

2.2.4 *L'audience du JLD en pratique : organisation et tenue des débats dans le cadre des HSC*

La présence d'un avocat *« choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office »* devient obligatoire par modification de la loi en date du 27 septembre 2013. Dans le cas d'impossibilité d'audition du patient pour motif médical, le psychiatre traitant rédige un certificat médical justifiant cette impossibilité. Son avocat le rencontre alors préalablement, s'assure de la persistance de l'impossibilité de son audition et le représente à l'audience (42).

Pour pallier les difficultés posées par le déplacement des malades, le législateur pose le principe de l'audience foraine (audience dans une salle aménagée au sein de l'hôpital). Toutefois, le juge conservera, si nécessaire, la possibilité de statuer au siège du TGI. De plus,

la possibilité du recours à la visioconférence, initialement prévue par la loi du 5 juillet 2011, est actuellement supprimée (43).

Le JLD peut entendre différentes parties, qui peuvent faire parvenir leurs observations par écrit ; auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience (35) :

- Le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques s'il souhaite s'exprimer.
- La personne qui fait l'objet de soins, le cas échéant assistée de son avocat ou représentée par celui-ci.
- Les personnes présentes ou représentées qui ont été, comme ceux précédemment cités, destinataires de l'avis prévu à l'article R.3211-12 (le ministère public et le directeur d'établissement).

A l'adoption de la loi du 5 juillet 2011, beaucoup se sont interrogés sur l'atteinte au secret médical que pourrait constituer le fait de porter à la connaissance du JLD et de l'ensemble du public présent le contenu des certificats médicaux du patient (44). La loi du 27 septembre 2013 prévoit que les débats devant le JLD pourront avoir lieu en chambre du conseil s'il peut *« résulter de la publicité des débats une atteinte à l'intimité de la vie privée, s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice ou si l'une des parties le demande »* (art L. 3211-12-2 CSP) (43).

2.2.5 Conséquences de l'intervention du JLD

L'article L. 3216-1 prévoit que *« l'irrégularité affectant une décision administrative […] n'entraine la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet. Le Tribunal de Grande Instance statue [alors] sur les réparations des conséquences dommageables résultant des décisions administratives ».* Ainsi, le JLD apprécie les conditions de privation de liberté du patient et le TGI reconnait par la suite le préjudice éventuel occasionné. Comme rappelé précédemment, la privation de liberté entraine des conséquences dommageables pour l'individu et doit donc rester exceptionnelle.

Finalement, les effets produits par l'intervention du juge sont de deux types. Un premier effet direct qui se concrétise par la possibilité d'ordonner la mainlevée de l'hospitalisation, au vu des éléments du dossier et par « ordonnance motivée ». Il peut décider que cette mainlevée ne prendra effet que dans un délai de 24h afin de permettre au psychiatre

assurant la prise en charge de proposer un programme de soins ambulatoire. A l'issue des 24 heures, la mesure prend fin quoiqu'il ait été décidé par le psychiatre traitant (45). Le second effet est indirect : la perspective du contrôle systématique du juge dans les SSC amène chaque acteur de soin à reconsidérer le patient sous un nouveau jour. C'est la fin du « paternalisme bienveillant » et la reconnaissance plus marquée du patient comme étant un citoyen titulaire de droits devant être respectés et dont il doit être informé. Cette intervention entraine également une plus grande rigueur pour les praticiens tant sur la forme, avec une rédaction des certificats et avis médicaux irréprochables, que sur le fond, en pesant plus encore les indications des soins sans consentement (46).

Le JLD devient un nouveau partenaire pour le psychiatre : la culture et la fonction du magistrat le conduisent à porter son intérêt davantage sur la préservation de la liberté individuelle que sur la nécessité des soins. Comme le souligne C. Jonas, *« ce partenariat impose une réflexion sur le rôle attendu du psychiatre par le magistrat, qui va au-delà de son rôle de soignant »* (47). Les mainlevées du JLD cristallisent souvent les différends et les incompréhensions mutuelles entre les deux mondes, judiciaires et psychiatriques. Il semble donc important de les connaitre afin de mieux répondre aux exigences du magistrat.

2.3 Les motifs de mainlevées du JLD dans les soins sans consentement

Comme rappelé précédemment, la loi du 5 juillet 2011 a permis l'unification des volets administratif et judicaire du contentieux psychiatrique. Ainsi le JLD peut actuellement statuer en faveur d'une mainlevée en soulevant deux types d'illégalité : l'illégalité externe ou mainlevée sur la « forme » ou l'illégalité interne ou mainlevée sur le « fond ». C'est ce que nous allons développer ci-dessous.

2.3.1 Les éléments de légalité externe : les mainlevées sur « la forme »

Les éléments de légalité externe qui peuvent justifier une mainlevée regroupent l'ensemble des irrégularités des actes administratifs.

2.3.1.1 *Les défauts de compétences*

2.3.1.1.1 L'incompétence territoriale et matérielle du JLD

Un juge ne peut être saisi, que dans la mesure où les dispositions sur l'organisation judiciaire et celles qui fixent les règles de la procédure, lui donnent le pouvoir de la juger. Ce pouvoir, c'est ce qu'on appelle « la compétence ».

L'article R 32-11-10 du CSP dispose que « *le juge des libertés et de la détention soit saisi par requête dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil »*(48). C'est la compétence territoriale ou compétence *ratione loci*. Il est à noter qu'il s'agit d'une exception au principe de procédure civile défini par les articles 42 à 48, selon lequel le tribunal compétent pour statuer sur une procédure civile est celui dont dépend le domicile du défendeur (49). Il convient de noter que le JLD ni aucun autre magistrat en France n'a de compétence territoriale propre et peut donc siéger dans n'importe quelle juridiction.

La compétence matérielle ou compétence *ratione materiae* répond, en matière civile, du double degré de juridiction. Ainsi, dans le cadre des SSC, on ne peut pas saisir la Cour d'Appel avant que le TGI n'ait statué auparavant. Puis, parmi les juridictions de première instance, il convient de saisir la juridiction compétente pour statuer de l'objet du litige : dans notre objet d'étude, seul le TGI est compétent (50).

2.3.1.1.2 L'incompétence de l'auteur des décisions administratives

Selon l'article 4 de la *loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, « toute décision prise par une autorité administrative doit comporter la signature de son auteur, la mention lisible du prénom, du nom et de la qualité de celui-ci »*. La jurisprudence est souple sur le prénom s'il n'y a pas de confusion possible.

Les décisions administratives d'admission sont prises par le directeur de l'établissement psychiatrique d'accueil pour les SPDT et les SPPI, et par le représentant de l'Etat, pour les SPDRE. La délégation de compétences est possible et régulière à trois conditions :

- Elle doit, en premier lieu, être autorisée par l'article L 6143-7 du CSP.
- Conformément aux principes généraux du droit, la délégation doit être explicite. Il ne doit y avoir de doute ni sur son existence, ni sur l'identité du délégataire. Elle

doit être établie avec une précision suffisante sur l'étendue des compétences déléguées.

- La décision de délégation doit être publiée *: « les délégations […] de même que leurs éventuelles modifications sont notifiées aux intéressés et publiées par tout moyen les rendant consultables »* (51).

Au moment de l'audience, s'il apparait que l'auteur de l'acte bénéficie d'une délégation de signature, le JLD doit s'assurer de la nature et de la durée de cette délégation et si elle a été publiée ; sans quoi, la mainlevée est acquise (52).

2.3.1.1.3 L'incompétence légale du médecin

La compétence du médecin certificateur répond à des exigences précises. Comme dans le cas des situations de péril imminent sans tiers demandeur ou encore d'ASPDRE, le premier médecin certificateur doit être externe à l'établissement d'accueil. Les médecins rédigeant ces certificats ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement, ni du patient (53).

2.3.1.2 Le vice de forme ou l'absence de motivation des décisions administratives

La loi du 11 juillet 1979 dispose que *« les personnes physiques* […] *ont le droit d'être informées, sans délai, des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent* […] *A cet effet, doivent être motivées les décisions qui […] restreignent l'exercice des libertés publiques […]* ». Selon l'article L. 3213-1 CSP, les arrêtés préfectoraux prononçant l'admission *« sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire ».*

La jurisprudence prouve ainsi que *« l'autorité administrative, lorsqu'elle prononce ou maintient l'hospitalisation d'office d'un aliéné, doit indiquer dans sa décision les éléments de droit ou de fait qui justifient cette mesure »*. Elle peut répondre à l'exigence de motivation *« en se référant au certificat médical circonstancié […] »*. Dans ce cas elle doit *« s'en approprier le contenu et […] joindre ce certificat à la décision »* (CE, 9 novembre 2001, n°235247. Publié au recueil Lebon, Deslandes).

Cette motivation doit être clairement établie dans l'arrêté administratif du directeur d'établissement et dans celui du préfet : son absence peut justifier une mainlevée par le JLD.

2.3.1.3 *Le vice de procédure*

2.3.1.3.1 Le défaut de procédure contradictoire : l'absence de considération des observations du patient

La prise en compte des observations du patient est impérative pour chaque décision qu'elle soit d'admission ou de maintien. Selon l'article L. 3211-3 du CSP, *« l'avis* [du patient] *sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible »*. De plus, l'article 14 du code de procédure civile (CPC) indique *que « nulle partie ne peut être jugée sans avoir été entendue ou appelée »* et que *« toute personne partie à une procédure judiciaire doit avoir la possibilité d'être entendue en personne ou doit pouvoir bénéficier de certaines formes de représentation »*.

En effet, la jurisprudence confirme par exemple que le préfet est tenu d'organiser une forme de contradictoire avec le patient lorsqu'il va le priver de liberté (CAA de Lyon, 17 octobre 2013, n°13LY00455. Inédit au recueil Lebon) (52).

2.3.1.3.2 Le défaut d'assistance par un avocat

« La personne placée en hospitalisation complète sans son consentement doit être mise en mesure, si elle le demande, de se faire assister par un avocat » (TGI Meaux, ordonnance du JLD, 1er juillet 2014) (54). Dans le cas de cette situation, le JLD a statué en faveur d'une mainlevée d'HSC en raison de l'absence d'information de l'avocat du patient, en dépit de la demande réitérée de ce dernier, et de l'impossibilité du centre hospitalier de fournir la preuve *« soit qu'il a contacté l'avocat conformément à la demande du patient, soit qu'il a mis ce dernier en mesure de le contacter lui-même »*.

Ainsi le défaut d'assistance ou de représentation par un avocat commis d'office ou choisi, imposée par la loi du 27 septembre 2013, peut faire l'objet d'une mainlevée par le JLD.

2.3.1.3.3 L’absence de notification de ses droits au patient

La personne en SSC doit recevoir une information exhaustive sur ses droits. Cette information porte à la fois sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours et sur les garanties prévues par l’article L. 3211-12-1 du CSP, relatives à la saisine systématique du JLD. Les droits sont énumérés de manière non limitative *et « en tout état de cause »*, par l’alinéa 5 de l’article L. 3211-3 du même code (52). Les personnes faisant l’objet de SSC ont le droit de :

- *« Communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 »,* c’est-à-dire le représentant de l’État, le président du TGI le procureur de la République et le maire de la commune ».
- *« Saisir la commission départementale des soins psychiatriques et la commission des relations avec les usagers ».*
- *« Porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ».*
- *« Prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ».*
- *« D'émettre ou de recevoir des courriers ».*
- *« Consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ».*
- *« Exercer son droit de vote ».*
- *« Se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix ».*

Cette notification de droits doit être immédiate, dès l’admission ou aussitôt que l’état du patient le permet, et par la suite, à la demande et après chacune des décisions (55).

2.3.1.3.4 Le défaut d’information préalable du patient sur les décisions qui le concernent

L’article L. 3211-3 du CSP prévoit que le patient doit être informé du projet de décision le concernant et mis à même de faire valoir ses observations. Ainsi *« avant chaque décision prononçant le maintien des soins* […] *ou définissant la forme de la prise en charge* […], *la personne* […] *est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état ».* C’est l’administration qui doit justifier de la délivrance de cette information, du recueil

des observations des patients et des difficultés éventuelles rencontrées pour recueillir les observations (36).

2.3.1.3.5 Le défaut de notification au patient des décisions le concernant

L'article L. 3211-3 du CSP prévoit que *« toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques* [sans consentement] *est informée le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions* […], *ainsi que des raisons qui les motivent »*. Si la notification se révèle impossible et doit être différée, du fait de l'état de santé du patient, le dossier administratif devra le mentionner. Il devra également faire figurer le motif de ce report et préciser à quel moment cette notification a finalement été possible.

2.3.1.3.6 Le non-respect des délais

Le Conseil d'État tolérait un certain délai pour la mise en œuvre des décisions de SSC. Ainsi, *« une personne majeure présentant des signes de maladie mentale et dont le comportement paraît présenter un danger imminent pour sa propre sécurité, ou pour celle d'autrui, peut être retenue contre son gré dans un établissement d'hospitalisation »*. Cependant, ceci est limité au *« temps strictement nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'internement* […] *prévues par le code de la santé publique »* (56).

Le respect des délais de saisine est tout à fait essentiel. En effet, l'article L. 3211-12-1 du CSP dispose que *« lorsque le juge des libertés et de la détention n'a pas statué dans les délais* […], *la mainlevée est acquise à l'issue de chacun de ces délais »*. Enfin, s'il est saisi hors délai, le juge ordonne la mainlevée car il s'agit dans ce cas d'une rétention arbitraire.

2.3.1.3.7 La production de l'ensemble des certificats médicaux

La production de l'ensemble des certificats médicaux est également indispensable. S'il en manque un pour l'admission, la décision d'admission initiale est irrégulière. C'est aussi le cas pour les certificats successifs qui entraînent une nouvelle décision du directeur et du préfet. Enfin l'avis du psychiatre pour saisir le JLD est nécessaire avant le contrôle systématique.

Toute absence de ce type de document constitue une irrégularité et porte nécessairement atteinte aux droits ; cela justifie également une mainlevée (57).

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

Le tiers est celui qui demande les soins quand le patient est dans l'incapacité d'y consentir. Il peut s'agir d'*« un membre de la famille du malade ou d'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* […] » (58). En revanche, une assistante sociale de l'établissement peut avoir les qualités nécessaires pour être tiers mais personne ne peut la contraindre. De plus, le *« tuteur ou le curateur d'un majeur protégé peut faire une demande de soins pour celui-ci »* (58). Si la demande est formulée pour un majeur protégé par son tuteur ou curateur, celui-ci doit fournir à l'appui de sa demande un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle (59).

La demande de tiers manuscrite sur papier libre doit dater de moins de 15 jours avant l'admission du patient et est accompagnée de la photocopie de la pièce d'identité du tiers en question. Si le tiers ne sait pas écrire, sa demande est reçue par le maire, le commissaire de police ou le directeur de l'établissement qui en donne acte (art L 3212-1).

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

Le patient en HSC doit être informé qu'il peut avoir accès aux pièces transmises au greffe du JLD, mentionnées à l'article R.3211-11 du CSP.

Quand l'admission a été effectuée à la demande d'un tiers, le patient a accès, à sa demande, à la fois aux noms, prénoms et adresse de ce tiers, ce qui n'était pas le cas dans le cadre de la loi du 27 juin 1990 (60). Le patient accède aussi à une copie de la demande d'admission. Quand l'admission a été ordonnée par le représentant de l'Etat, le patient a accès aux copies de l'ensemble des arrêtés préfectoraux et municipaux. Dans tous les cas, le patient peut accéder à la copie des certificats et avis médicaux au vu desquels la mesure de soins a été décidée. Enfin, il a accès à tout autre certificat ou avis médical utiles (52).

2.3.2 Les éléments de légalité interne : les mainlevées sur « le fond »

La loi ne donne aucune recommandation formelle au JLD sur ce point. Pourtant la jurisprudence du Conseil Constitutionnel est constante (21 février 2008, 26 novembre 2010, 20 avril 2012) : *« La liberté individuelle ne saurait être entravée par une rigueur qui ne soit nécessaire »*. Ainsi, *« les atteintes portées à l'exercice des libertés constitutionnellement garanties* [doivent être] *adaptées, nécessaires et proportionnées aux objectifs poursuivis »* (article L 3211-3 du CSP). Les sages du Conseil Constitutionnel rappellent que la liberté d'aller et de venir et le respect de la vie privée sont des droits fondamentaux protégés par les articles 2 et 4 de la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen. Le JLD doit donc évaluer si au jour du contrôle qu'il effectue, l'hospitalisation complète du patient demeure nécessaire, adaptée et proportionnée aux objectifs poursuivis (42).

2.3.2.1 La nécessité médicale des soins sans consentement

La nécessité des soins médicaux doit apparaitre clairement dans les certificats et les avis de saisine du JLD. Le JLD peut ordonner d'une mainlevée au vu d'un certificat médical initial insuffisamment circonstancié. Ainsi le JLD peut s'appuyer sur plusieurs motifs :

- L'hospitalisation complète n'est plus proportionnée ni adaptée à la situation clinique du patient.
- L'adhésion aux soins et l'absence de preuve de l'impossibilité de consentir.
- L'absence de preuve de l'état de dangerosité du patient pour lui-même et pour autrui en cas d'admission en SPDRE (52).

2.3.2.2 Actualisation insuffisante des certificats médicaux

Certains magistrats avaient déjà noté « *l'usage du copier-coller courant* », en raison du nombre important de certificats exigés légalement avant la réforme du 27 septembre 2013 et en l'absence d'une évolution marquée de l'état clinique du patient dans les premiers jours d'hospitalisation (61). Actuellement, l'actualisation insuffisante des certificats médicaux peut constituer un motif de mainlevée car elle peut être considérée comme reflétant une absence d'examen psychiatrique préalable à la rédaction du certificat.

L'évolution des connaissances en psychiatrie a permis une modification du regard porté sur le malade souffrant de troubles psychiques. L'« insensé » des derniers siècles médiévaux banni des cités a été progressivement reconnu comme un citoyen dont les droits fondamentaux nécessitent d'être respectés. La liberté d'aller et venir est un droit fondamental et priver les patients de cette liberté n'est pas anodin. C'est pourquoi le JLD a été désigné pour s'assurer du respect des droits des patients hospitalisés sans consentement. Ce magistrat est par nature « garant de la liberté individuelle ». Les missions de ce Juge se sont progressivement élargies dans le domaine pénal mais également non pénal, notamment par la loi du 5 juillet 2011 en particulier dans le domaine des SSC. Le Juge est en effet actuellement le seul décisionnaire de la prolongation des mesures de SSC. Il s'assure du respect de la procédure d'HSC (légalité externe) mais s'attache également à la justification médicale de celle-ci (légalité interne). Les situations de mainlevées cristallisent souvent les différends et les incompréhensions mutuelles entre les deux mondes, judiciaire et psychiatrique. C'est pourquoi nous avons choisi d'étudier les situations de mainlevées ordonnées au contrôle de plein droit à l'hôpital Charles Perrens à Bordeaux, étude présentée dans notre deuxième partie.

III. Etude personnelle

3.1 Objectifs

Dans le contexte de la publication d'une étude de la Cour de Cassation sur les SSC parue en décembre 2014, la présente étude a pour objectif de documenter les décisions de mainlevées d'HSC par le JLD afin de mieux en comprendre les fondements.

3.2 Méthodes

3.2.1 Calendrier et lieu de recrutement

Les cas de mainlevées d'HSC ont été inclus dans la période du 1er août 2011 au 1er août 2016, au sein de l'ensemble des pôles de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier Charles Perrens à Bordeaux. Il s'agit d'une étude observationnelle monocentrique rétrospective, jusqu'au 1er septembre 2015, puis prospective, jusqu'au 1er août 2016.

3.2.2 Critères d'inclusion

Les patients ont été inclus selon les critères suivants :

- Patient hospitalisé sans consentement (ASPDT, ASPPI, ASPDRE).
- Mainlevée de l'HSC par le JLD.
- Dossier de première instance, 1er contrôle avant le 12ème jour d'hospitalisation.

3.2.3 Recueil de données

3.2.3.1 Identification des cas

Les cas ont été identifiés grâce à la consultation de listes annuelles tenues par la Direction des Usagers du Centre Hospitalier Charles Perrens, répertoriant toutes les situations de mainlevées d'HSC. Ces listes renseignent les noms des patients hospitalisés, la date de leur hospitalisation, la nature de la mesure d'HSC, la date de rencontre avec le JLD ainsi que la date de la mainlevée.

Les données concernant les cas de cette étude sont recueillies grâce à la consultation des dossiers médicaux informatisés (logiciel *« Hopital Manager »*). L'utilisation de ce logiciel aux fins de recherche a nécessité le recueil de l'accord des chefs de pôles de psychiatrie adulte via la consultation du Comité du Médicament et des Dispositifs Médicaux Stériles (CMDMS) de l'établissement, conformément aux règles établies au sein de cet hôpital.

3.2.3.2 Méthodes statistiques

Les données ont été recueillies sur un tableur EXCEL, selon le questionnaire présenté en Annexe. Les variables qualitatives ont été décrites en termes d'effectifs et de pourcentages. Les variables quantitatives ont été décrites en termes de moyennes et d'écart-types, sous l'hypothèse d'une distribution normale des données. Les analyses ont été réalisées avec le logiciel EXCEL.

Le diagnostic « trouble psychotique » regroupe les diagnostics de schizophrénie, trouble schizo-affectif, trouble délirant et trouble psychotique aigu (F20, F20.6, F22, F 23.2, F25). Le diagnostic de « trouble de l'humeur » regroupe les syndromes et états dépressifs ainsi que les décompensations de trouble bipolaire avec ou sans symptômes psychotiques associés (F31, F 31.1, F31.2, F31.9, F32.2, F32.31, F39). Si plusieurs diagnostics étaient renseignés, nous avons fait le choix de ne conserver que le diagnostic principal, noté comme tel par le médecin responsable de la prise en charge du patient en question.

La liste des motifs de mainlevée différenciée en légalité externe et interne est issue de l'*Etude sur les Soins sans Consentement de la Cour de Cassation*, parue en décembre 2014 (24). Nous avons ajouté une réponse « autre » pour la prise en compte d'éventuelles décisions de mainlevée qui ne s'intégreraient pas dans les motifs relevés par la Cour de cassation. Pour chaque dossier, nous avons côté un ou plusieurs motif(s) de mainlevée, en fonction de l'interprétation du contenu de l'ordonnance qu'a effectuée l'investigateur.

3.2.4 Résultats

3.2.4.1 Descriptif de l'échantillon

3.2.4.1.1 Nombre de patients recrutés

Sur une durée totale de cinq ans, soixante-dix-neuf patients répondant aux critères d'inclusion ont été répertoriés.

A noter que vingt-neuf patients inclus dans la liste annuelle de la Direction des Usagers comme ayant bénéficié d'une mainlevée par le JLD au contrôle de plein droit n'ont pas été intégrés dans notre étude. En effet, il s'agissait soit d'une patiente ayant bénéficié d'une mainlevée par caducité un mois après sa fugue, soit de mainlevées demandées par le psychiatre traitant pour neuf d'entre eux, soit d'une saisine du JLD dans le cadre d'un recours facultatif pour cinq d'entre eux, soit d'une absence de mainlevée effective (sortie en programme de soins)

pour six d'entre eux ou encore d'une absence d'ordonnance de mainlevée dans le dossier informatisé pour huit d'entre eux.

3.2.4.1.2 Caractéristiques sociodémographiques

Plus de la moitié des patients sont des femmes et pour la plus grande partie, célibataires à 44, 3 % (tableau 1). Les patients inclus sont âgés en moyenne de 44,7 ans (écart-type = 18,9), (minimum – maximum = 17 – 93), (tableau 2). Le niveau scolaire n'est pas renseigné dans près de 40 % des cas ; ceux dont le dossier médical le renseigne ont en majeure partie un niveau d'éducation supérieur au baccalauréat avec deux années d'études supérieures. 68,4 % des patients résident dans des logements indépendants, comme le renseigne le tableau 1 bis. Un quart des patients inclus bénéficient de l'allocation adulte handicapé, près d'un cinquième des patients sont retraités et les autres statuts professionnels sont représentés en majorité par les travailleurs en milieu normal (17,7%) et les bénéficiaires du RSA (17,7 %). Près de 13 % de la population étudiée bénéficient d'une mesure de protection (tableau 1 ter).

Table 1. Caractéristiques socio-démographiques		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Sexe		
Homme	38	48,1
Femme	41	51,9
Statut conjugal		
Célibataire	35	44,3
En concubinage	5	6,3
Pacsé (e)	0	0
Marié (e)	19	24,1
Divorcé (e)	17	21,5
Veuf (ve)	3	3,8
Niveau d'éducation		
Inférieur au CAP/BEP	6	7,6
CAP/BEP	10	12,7
Inférieur ou égal au BAC	7	8,9
Inférieur ou égal au BAC +2	4	5
Supérieur au BAC +2	20	25,3
Non renseigné	32	40,5

Table 1 bis. Caractéristiques socio-démographiques		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Statut résidentiel		
Logement indépendant	54	68,4
Vivant chez ses parents ou chez d'autres membres de la famille	14	17,7
Vivant chez des personnes n'appartenant pas à sa famille	0	0
Foyer (occupationnel, de réadaptation, d'hébergement)	2	2,5
Sans domicile fixe	4	5,1
Autre (maison de retraite, hôtel…)	5	6,3
Statut socio-professionnel		
Travail en milieu normal	14	17,7
Travail en milieu protégé	0	0
Chômage	0	0
Invalidité	1	1,3
Retraité (e)	15	18,9
Homme ou femme au foyer	1	1,3
Bénéficiaire du RSA	14	17,7
Bénéficiaire de l'AAH	20	25,3
Etudiant (e) / Lycéen (ne)	4	5,1
Autre	10	12,7

Table 1 ter. Caractéristiques socio-démographiques		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Mesure de protection des biens		
Pas de mesure de protection	69	87,3
Mesure de protection	10	12,7
Sauvegarde de justice	1	1,3
Curatelle	6	7,6
Tutelle	3	3,8

CAP = Certificat d'Aptitude Professionnelle ; BEP = Brevet d'Etudes Professionnelles ; BAC = Baccalauréat ; PACS = Pacte Civil de Solidarité ; SDF = Sans Domicile Fixe ; RSA = Revenu de Solidarité Active ; AAH = Allocation Adulte Handicapé.

Table 2. Age des patients inclus (années)	
Moyenne	44,7
Ecart-Type	18,9
Médiane	41
Min / Max	17/93

3.2.4.2 Antécédent d'hospitalisation sans consentement avant et après 2011

Le tableau 3 révèle que 20 % des patients répertoriés ont déjà été hospitalisés sans leur consentement avant 2011, selon les données recueillies sur leur dossier informatisé. Dans la plupart des cas, les modes d'hospitalisation, les antécédents de contestation de la mesure et les mainlevées par le JLD ne sont pas notifiés dans leur dossier médical informatisé, comme le révèle le tableau 4. En effet, avant 2011, il n'existait pas de dossier médical informatisé mais un dossier manuscrit, ce qui peut expliquer ce manque d'informations. Parmi les résultats renseignés dans le tableau 4, il est notable qu'une seule contestation effective de la mesure de soins avec saisine du JLD n'ait été répertoriée et qu'aucune mainlevée n'ait été prononcée.

Table 3. Antécédent d'HSC avant 2011		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Antécédent d'HSC avant 2011	16	20,2
Pas d'ATCD d'HSC avant 2011	60	75,9
Non renseigné	3	3,8

Table 4. Informations complémentaires en cas d'HSC avant 2011		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Mode d'hospitalisation		
HDT	7	43,4
HO	1	6,3
Non renseigné	8	50
Antécédent de constatation de la mesure		
Contestation effective	1	6,3
Pas de contestation	4	25
Non renseigné	11	68,7
Antécédent de mainlevée		
Mainlevée prononcée	0	0
Pas de mainlevée	9	56,3
Non renseigné	7	43,7

Le tableau 5 nous renseigne sur les antécédents d'HSC après 2011. Moins de 30 % des patients ont été hospitalisés en HSC après 2011 et 8,7 % d'entre eux ont déjà bénéficié d'une mainlevée du JLD.

Table 5. Antécédent d'HSC après 2011		
Antécédent d'HSC après 2011	23	29,1
Pas d'antécédent d'HSC>2011	56	70,9
Non renseigné	0	0
Si antécédent d'HSC après 2011, antécédent de mainlevée		
Mainlevée acquise	2	8,7
Pas de mainlevée	19	82,6
Pas de renseignement		8,7

3.2.4.3 Antécédent d'hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles

Dans le tableau 6, nous constatons qu'un seul patient, parmi ceux inclus dans notre étude, a déjà été admis en UMD.

Table 6. Antécédent d'hospitalisation en UMD		
	Effectif (n)	**Pourcentage (%)**
Oui	1	1,3
Non	78	98,7
Non renseigné	0	0

3.2.4.4 Antécédent carcéral

Dans le tableau 7, nous notons que seuls cinq patients inclus ont des antécédents carcéraux dont la nature n'est pas spécifiée dans le dossier médical informatisé.

Table 7. Antécédent carcéral		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Oui	5	6,3
Non	72	91,1
Pas d'information	2	2,5

3.2.4.5 Conditions de l'hospitalisation actuelle

Près de deux tiers des patients ont été admis en SPDT. Le tableau 8 met en évidence le faible recours aux SPPI soit 5,1 % de l'effectif. Pour la quasi-totalité des patients, il s'agit d'une

mesure de soins initiale et non pas d'une réintégration d'un programme de soins ambulatoire. Le délai moyen entre le début du séjour et la décision de mainlevée par le JLD, rapporté dans le tableau 9, est de 11,2 jours (écart type = 2,7), ce qui s'explique par la diminution du délai de saisine du JLD au contrôle de plein droit de 15 à 12 jours selon la loi du 27 septembre 2013.

Le motif d'admission renseigné dans le tableau 8, est dans 13,9 % des cas une tentative de suicide et le diagnostic principal est majoritairement un trouble de l'humeur (40,5 % des cas).

Table 8. Conditions de l'hospitalisation actuelle		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Mode d'hospitalisation		
SPDT	50	63,3
SPDRE	25	31,6
SPPI	4	5,1
Caractéristiques de l'HSC		
Mesure initiale	76	96,2
Réintégration d'un PSA	3	3,8
TS motivant l'admission	11	13,9
Diagnostic principal CIM 10		
Trouble de l'humeur	32	40,5
Trouble psychotique	24	30,4
Trouble de la personnalité	9	11,4
Trouble lié à l'utilisation de drogues et/ou alcool	5	6,3
Trouble anxieux	3	3,8
Retard mental	3	3,8
Démence	3	3,8

Table 9. Délai entre le début et la fin de la mesure	
Moyenne	11,2
Ecart-type	2,7
Médiane	11
Quartile 1	9,5
Quartile 2	11
Quartile 3	13

3.2.4.6 Déroulement de l'audience

Le patient est présent dans 94,9 % des cas, comme le révèle le tableau 10. S'il est absent à l'audience, c'est en grande partie en raison de l'incompatibilité de son état psychiatrique (5,1 % d'absents parmi lesquels 75 % pour état psychiatrique incompatible). Deux patients n'ont pas été représentés par un avocat avant la modification de la loi en 2013 sachant que cette information n'a pas été renseignée dans six dossiers informatisés. Les avocats présents aux audiences sont en majorité commis d'office (89,9 %).

Table 10. Déroulement de l'audience		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Situation du patient		
Présent	75	94,9
Absent	4	5,1
• *Etat psychiatrique incompatible*	3	75
• *Patient en fugue*	1	25
• Refus du patient d'assister	0	0
• *Pas d'information*	0	0
Représentation par un avocat	71	89,9
Non renseigné	6	7,6
Non représenté	2	2,5
Si représenté par un avocat : avocat commis d'office	67	94,4
Si représenté par un avocat : avocat contacté par les proches	4	5,6

3.2.4.7 Motifs de mainlevées

Les mainlevées du JLD sont, dans plus de la moitié des cas, fondée sur des motifs de légalité externe c'est-à-dire sur la « forme » des procédures d'admission en SSC (graphe 1 ci-dessous). Le tableau 11 nous montre que la majorité de ces dites mainlevées ont été prononcées après 2013 (93,4 % et 62,9 % des mainlevées ordonnées respectivement sur motifs d'illégalité externe et interne).

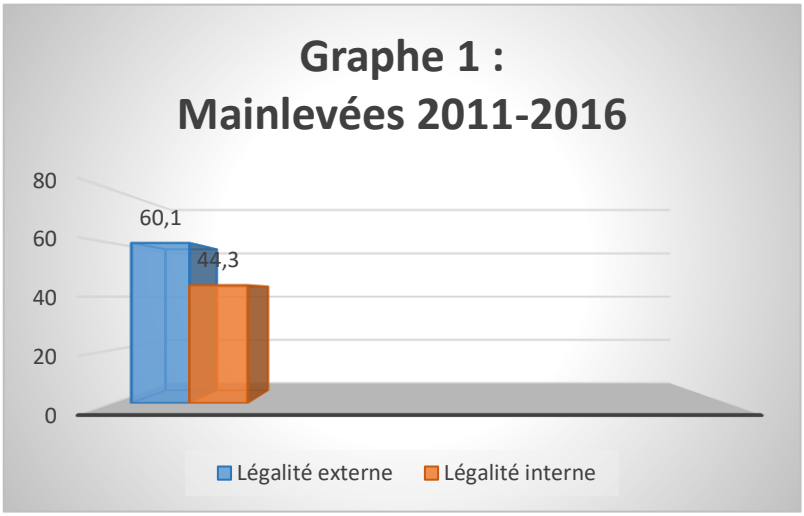


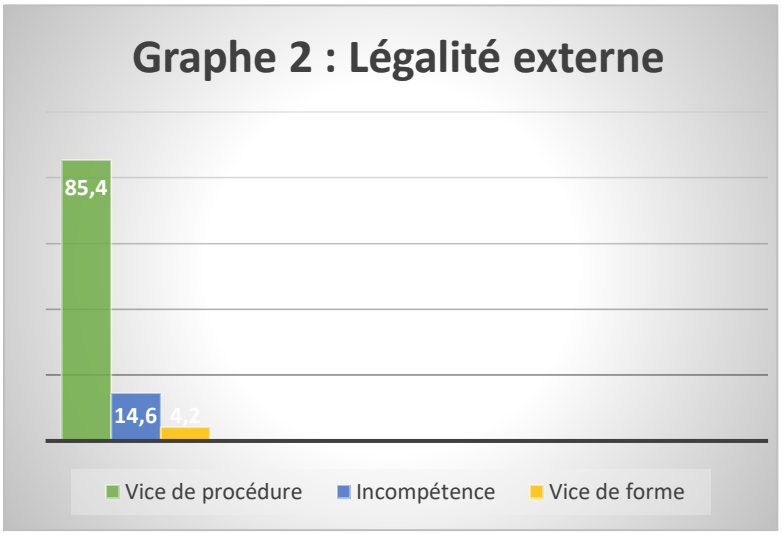
Table 11. Motifs de mainlevées		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Légalité externe	48	60,1
Avant sept 2013	3	6,3
Après sept 2013	45	93,4
Légalité interne	35	44,3
Avant 2013	13	37,1
Après 2013	22	62,9
Association légalité externe et interne	4	5,1

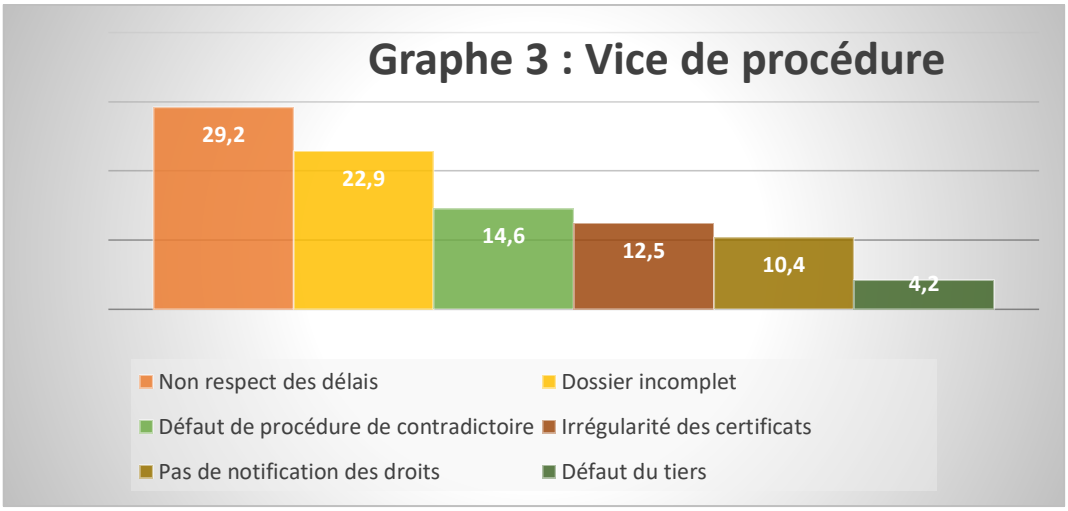
En ce qui concerne les mainlevées justifiées par irrespect de la légalité externe, il s'agit, comme le révèle le tableau 12, dans 85,4 % des cas, de vices de procédure. Le motif le plus invoqué parmi les vices de procédure est celui de l'irrespect des délais de procédure (29,2%).

Le deuxième vice de procédure le plus invoqué par les JLD est l'absence de production du dossier complet au moment de l'audience du JLD (22,9%). Dans 14,6 % des cas de mainlevée sur la « forme », la mainlevée est acquise par absence de délégation de signature.

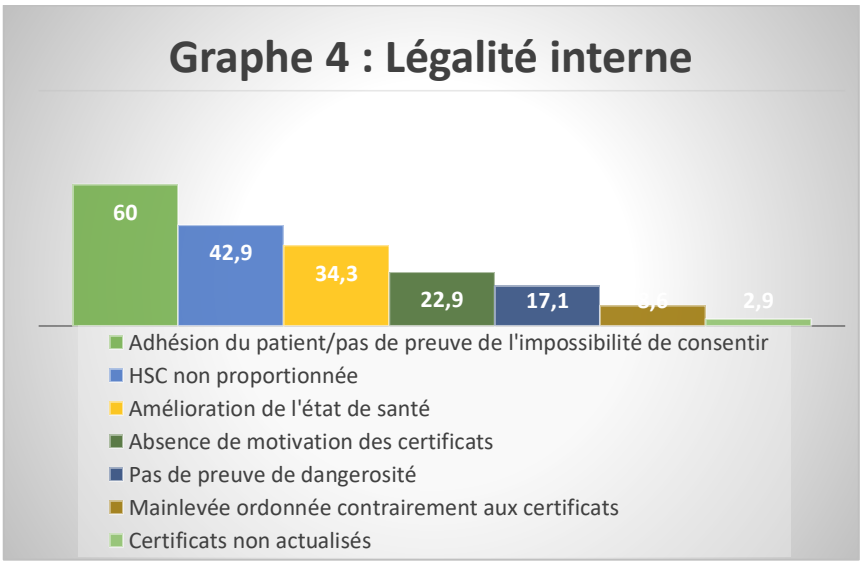
Table 12. Légalité externe		
	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Vice de procédure	41	85,4
Incompétence	7	14,6
Incompétence territoriale	0	
Incompétence matérielle	0	
Impossibilité d'identifier le nom et la qualité du signataire	0	
Pas de délégation de signature	7	
Vice de forme	2	4,2

Les graphes 2 et 3 ci-dessous récapitulent respectivement les proportions de mainlevées au titre de la légalité externe et celles des différents vices de procédure comptabilisés.



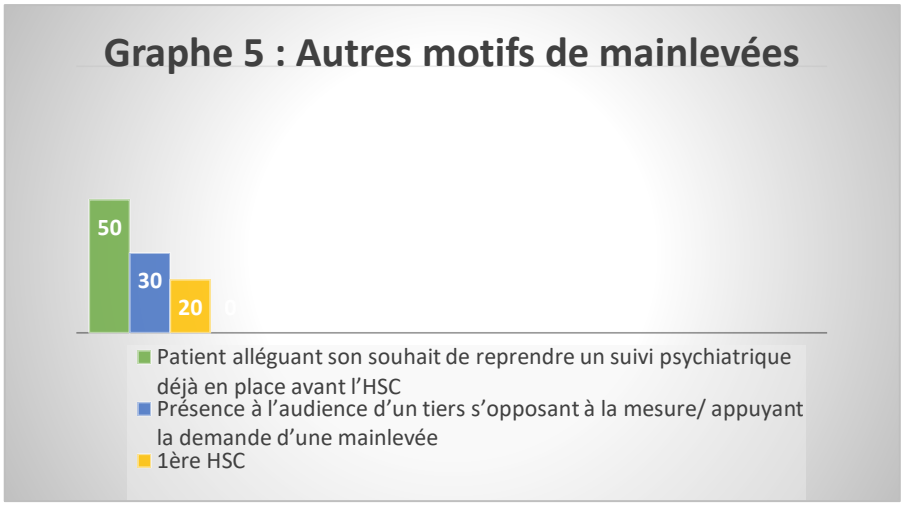


En ce qui concerne les mainlevées justifiées par irrespect de la légalité interne de la mesure représentées dans le graphe 4, il s'agit dans 60 % des cas d'une adhésion du patient aux soins ou de l'absence de preuve de son incapacité à consentir aux soins proposés. Les deux autres motifs de légalité interne les plus énoncés dans les ordonnances de mainlevée sont la non proportionnalité de l'hospitalisation complète par rapport à l'état clinique du patient (42,9 %) et l'amélioration de l'état de santé du patient (34,3 %). L'insuffisance de motivation des certificats médicaux est le quatrième motif le plus invoqué par les JLD (22,9 %).



D'autres motifs de mainlevées, non répertoriés dans l'étude de la Cour de Cassation mais évoqués lors de la rédaction du protocole de notre étude, ont été retrouvés dans dix ordonnances de JLD. Ces motifs n'ont jamais été évoqués seuls dans l'argumentaire du JLD ; en effet, tous ces motifs s'associent à une mainlevée de légalité interne. Le souhait du patient de reprendre

un suivi ambulatoire antérieur à l'hospitalisation est évoqué par le JLD dans 6,3% des cas. Dans trois ordonnances, le JLD s'est appuyé sur le témoignage d'un tiers qui s'opposait à la mesure de SSC. Enfin, le JLD a ordonné une mainlevée dans deux situations où il s'agissait d'une première HSC du patient, sans argumenter davantage autour de ce motif (graphe 5).



De plus, quatre ordonnances de mainlevées sont justifiées par des motifs à la fois de légalité externe et interne.

3.2.4.8 Devenir des patients après les mainlevées

Le tableau 13 nous présente les résultats concernant le devenir de ces patients. Suite à la mainlevée ordonnée par le JLD, les patients sortent de l'hôpital dans la moitié des cas et dans plus d'un tiers des cas, ils choisissent de rester librement hospitalisés. La mesure de soins sans consentement est renouvelée immédiatement dans 12,7 % des cas et de manière différée dans le mois suivant la mainlevée, dans 8,9 % des cas.

Table 13. Devenir des patients

	Effectif (n)	Pourcentage (%)
Fin de l'hospitalisation temps plein	37	46,8
Poursuite de l'hospitalisation en soins libres	29	36,7
Réhospitalisation immédiate avec nouvelle mesure d'HSC	10	12,7
Réhospitalisation différée (dans le mois) au Centre Hospitalier Charles Perrens	7	8,9
Programme de soins	2	2,5

3.2.4.9 Plaintes et contentieux

Les mesures de SSC s'étant soldées par une mainlevée au contrôle de plein droit n'ont fait l'objet que de très peu de plaintes et d'aucun contentieux. Les plaintes ont toutes été réalisées par les patients eux-mêmes et dans deux cas sur trois, ont été appuyées par des plaintes de la famille.

Table 14. Plaintes et contentieux		
Plaintes et contentieux (dans les trois mois) suivant l'ordonnance de mainlevée	3	3,8
- Plainte du patient ou prise de contact avec la Direction des Usagers à des fins contentieuses	2	2,5
- Plaintes des proches ou prise de contact avec la Direction des Usagers à des fins contentieuses	3	3,8
Pas de plainte	76	96,2

IV. Discussion

4.1 Rappel des principaux résultats

4.1.1 Description de l'échantillon

Les patients inclus sont âgés en moyenne de 44 ans et pour plus de la moitié d'entre eux, il s'agit de femmes, célibataires avec un niveau d'éducation élevé et sans antécédent judiciaire. La majorité d'entre eux n'ont pas de mesure de protection judiciaire, ni d'antécédent d'HSC. 40,5 % des patients inclus souffrent de troubles de l'humeur et 30,4 % des patients sont atteints de troubles psychotiques. Les patients sont admis dans plus de 60% des patients en SPDT et dans 30% des cas en SPDRE. Dans la grande majorité des cas, le patient est présent à l'audience devant le JLD, assisté par un avocat commis d'office.

4.1.2 Principaux motifs de mainlevées

Le recueil des ordonnances motivées des JLD révèle une majorité de mainlevées sur des motifs de « forme » (60,1%). 93,4 % de ces mainlevées ont été acquises après septembre 2013, date de la réforme du 5 juillet 2011. Il s'agit principalement de vices de procédure (85,4%). Parmi les vices de procédure, il s'agit principalement d'un irrespect des délais impartis (défaut de production d'un des certificats médicaux ou des avis médicaux), soit 29,2% des cas d'illégalité externe, et de l'absence de production du dossier complet au moment de l'audience devant le JLD, soit 22,9% des cas. On compte aussi parmi les motifs d'illégalité externe des mainlevées pour incompétence exclusivement celle de l'auteur de la décision administrative en raison d'une absence de délégation de signature (14,6%) et également des vices de forme (4,2%). Pour mémoire, le vice de forme correspond à l'absence de motivation des décisions administratives.

Il est aussi remarquable que dans plus de 40% des cas, des motifs de légalité interne justifient la mainlevée c'est-à-dire sur le « fond ». Parmi ces motifs, l'adhésion du patient aux soins proposés en hospitalier et/ou l'absence de preuve de son incapacité à consentir aux soins, est le motif le plus fréquemment utilisé par les JLD (60%). Les autres motifs de mainlevée de légalité interne les plus invoqués sont la non proportionnalité de la mesure de soins sans consentement (42,9%), l'amélioration de l'état de santé du patient (34 ,3%) et enfin l'insuffisance de motivation des certificats (22,9%).

4.1.3 Devenir des patients

Dans près de la moitié des cas, la mainlevée obtenue entraine une fin de l'hospitalisation complète du patient. Il est important de notifier que plus d'un tiers des patients restent hospitalisés librement malgré la décision de mainlevée ordonnée par le JLD. Une réhospitalisation immédiate avec nouvelle mesure de SSC est observée dans près de 13% des cas, et une réhospitalisation à l'hôpital Charles Perrens dans le mois suivant n'est observée que dans 9% des cas. D'autre part, peu de plainte et de contentieux font suite aux mainlevées d'HSC à l'hôpital Charles Perrens.

4.2 Limites méthodologiques

Les limites méthodologiques reposent principalement sur la taille limitée de notre échantillon et donc sur la généralisation limitée des résultats à l'échelle nationale. En effet, les cas n'ont été inclus que dans un seul Centre Hospitalier à Bordeaux et seuls les cas de mainlevées au contrôle de plein droit à l'audience du 15ème puis du 12ème jour du JLD ont été retenus.

De plus, avant 2013, il n'existait pas de protocole formalisant le relevé systématique des mainlevées à l'hôpital Charles Perrens. Ainsi il est possible que certaines mainlevées antérieures à 2013 n'aient pas été comptabilisées dans notre étude ; un biais de sélection est donc probable.

Un biais d'information peut également être relevé dans notre étude. Les informations recueillies ont été recherchées uniquement informatiquement via le logiciel *Hopital Manager*. Certaines données, notamment celles datant d'avant 2013, sont majoritairement notifiées dans le dossier papier des patients, ce qui conduit nécessairement à une perte d'information.

4.3 Interprétation des résultats

4.3.1 Le faible pourcentage de mainlevées à l'hôpital Charles Perrens

A l'hôpital Charles Perrens, entre le 1er août 2011 et le 1er août 2016, il y a eu 6209 saisines de JLD au contrôle de plein droit selon les données recueillies auprès de la Direction des Usagers : 4353 de ces saisines sont intervenues dans le cadre de mesures de SPDT, contre 1650 pour des mesures de SPDRE et 206 pour des mesures de SPPI. Ainsi le pourcentage de mainlevées d'HSC au contrôle de plein droit durant cette période est de 1,27%.

En France, près d'une saisine sur dix aboutit à une mainlevée de la mesure d'HSC avec des variations importantes entre les départements. On constate une variabilité de ce taux dans un même département et même au sein d'un même TGI (62). En février 2017, l'étude de l'IRDES

révèle, pour l'année 2015, des pourcentages de mainlevées au contrôle de plein droit allant de 0% dans le Finistère et le Lot à 38% dans les Ardennes. En Gironde, le pourcentage de mainlevées au contrôle de plein droit en 2015 s'élève à 15 % selon cette même étude.

Ce résultat dénote avec notre étude qui retrouve un pourcentage bien plus faible autour d'1,23 %. Cette différence peut s'expliquer en partie par le fait que nous nous sommes intéressés uniquement aux HSC et plus particulièrement, aux dossiers de contrôle de plein droit à J15 puis J12 et uniquement à Charles Perrens. Cette importante variation reste cependant difficilement explicable, tout en sachant que les données nationales du Ministère de la Justice rapportent un pourcentage de mainlevées d'HSC au contrôle de plein droit en augmentation depuis la loi de 2011 autour de 8 % : 7,7 % en 2012, 8,2 % en 2013, 8,02 % en 2014 et enfin 8,31 % en 2015 (63). Après avoir interrogé Magali Coldefy, co-auteure de l'étude de l'IRDES, une première version des données plus proche de nos résultats lui a été fournie par le Ministère de la Justice. Puis une deuxième version corrigée lui a été renvoyée suite à une erreur informatique ayant entrainé un décalage dans les données. Ce taux important révélé par l'étude de l'IRDES semble cependant aussi surprendre le coordonnateur des JLD de Gironde, le Juge Philippe Mao. Ce dernier estime que le taux de mainlevée à Bordeaux se situe dans la moyenne nationale, c'est-à-dire autour de 8 %. Cependant, le TGI ne dispose pas de données statistiques exploitables en l'état.

4.3.2 La spécificité de la population bénéficiant de mainlevées par le JLD

Dans notre étude, les femmes célibataires de 44 ans environ, avec un haut niveau d'études et/ou de formation, sans mesure de protection ni antécédent d'HSC et ayant reçu un diagnostic de trouble de l'humeur représentent une majorité des bénéficiaires des mainlevées par le JLD. Il est à noter que dans 40,5 % des dossiers inclus, le niveau d'études n'était pas renseigné.

Ainsi la population bénéficiant de mainlevées dans notre étude se distingue nettement de la majorité des patients hospitalisés sans leur consentement. En effet, selon les données de l'IRDES, 60% des patients sont des hommes âgés de 43 ans ayant reçu un diagnostic de troubles schizophréniques ou psychotiques pour la moitié d'entre eux (64).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat. Il est possible que le haut niveau d'études et/ou de formation leur permette de mieux comprendre les tenants et les aboutissants de l'intervention du JLD et ainsi pendant l'audience, celles-ci seraient plus aptes à pouvoir exposer

leurs arguments pour une sortie d'hospitalisation. Ce raisonnement est également valable vis-à-vis du diagnostic puisque les symptômes psychotiques et de désorganisation sont moins fréquents dans les troubles de l'humeur que dans les troubles psychotiques. Il est possible aussi que les JLD perçoivent ces femmes comme moins « dangereuses » que les hommes en général, ce qui faciliterait les mainlevées.

63,3 % des cas de mainlevées dans notre étude concernaient des mesures de SPDT. L'étude de l'IRDES rapporte que les SPDT restent largement majoritaires avec 64% des mesures de SCC en 2015. De plus, les patients admis en SPDRE représentent 31,6% des patients inclus dans notre étude alors qu'ils ne représentent que 18% des cas à l'échelle nationale. Enfin, les admissions en SPPI représentent 5 % des cas dans notre étude, donnée relativement faible comparée aux 21 % des admissions annuelles de 2015. Cela s'explique sans doute par le fait qu'il y a très peu de SPPI à l'hôpital Charles Perrens (206 mesures de SPPI prononcées de 2011 à 2016). Les différences de résultats entre les deux études peuvent s'expliquer par les disparités nationales quant aux taux d'HSC soulignées dans l'étude de l'IRDES et le dernier rapport de l'Assemblée Nationale (62,65).

4.3.3 Une importante augmentation des mainlevées sur des motifs de « forme » après 2013

Près de 60% des mainlevées rapportées par les ordonnances motivées des JLD de notre étude relèvent de motifs de légalité externe et parmi eux, plus de 93% des mainlevées ont été acquises après 2013. Pour rappel, la loi du 5 juillet 2011 a été réformée par celle du 27 septembre 2013 et impose l'assistance juridique de la représentation par un avocat commis d'office ou choisi pour tout patient hospitalisé sans son consentement pour des soins psychiatriques. Cette forte proportion peut donc être corrélée soit à ce nouveau regard porté par l'avocat sur le dossier du patient hospitalisé, soit par le fait que de nouveaux magistrats ont pu être nommés sur la juridiction.

Le rôle et la place de l'avocat depuis la réforme de la loi du 5 juillet 2011 soulèvent de nombreuses questions. Selon Jean Danet, maître de conférences en droit privé et en sciences criminelles à la faculté de droit de Nantes, à partir du moment où l'avocat accepte le mandat du patient, il est dans l'obligation de le respecter. La question éthique du bien-fondé du mandat confié par le patient doit être posée mais résolue avant de plaider. Il peut en effet s'acquitter d'une clause de conscience s'il considère qu'il ne peut pas respecter son mandat, par exemple

s'il estime que le patient représente un danger pour autrui s'il quitte l'hôpital alors que celui-ci ne souhaite pas rester hospitalisé. Au contraire, si le patient exprime à son avocat le souhait de rester hospitalisé sans son consentement, Jean Danet rappelle qu'il est de son devoir de ne pas révéler une nullité éventuelle de la mesure de soins lors de l'audience, et ce, dans l'intérêt du patient. Pour lui, le rôle de l'avocat est de *« concourir au respect des garanties processuelles, avant et durant l'audience »*. Il est également le *« porte-parole du patient ou le témoin de sa situation d'incapacité de mandater »*. A son sens, l'avocat a finalement un *« rôle pédagogique d'autant plus intéressant qu'il est, lui, au seul service du patient »* (66).

4.3.4 Une proportion importante de patients qui restent hospitalisés librement malgré une mainlevée

Notre étude rapporte qu'un tiers des patients ayant fait l'objet d'une mainlevée d'HSC restent à l'hôpital librement. Cet élément révèle l'existence possible d'une inadéquation entre le mode d'hospitalisation et le sentiment de contrainte ressenti par le patient. Dans une étude d'Iversen et al.(67), on note que 40 à 50 % des patients admis volontairement rapportent *« un élément majeur de contrainte »* alors que pour 20 à 30 % de ceux admis en HSC, la prise en charge était *« en grande partie un choix volontaire »*. Dans une autre étude, 32 % des patients admis librement ont perçu une forte contrainte à l'admission, alors que 41 % de ceux qui étaient en HSC en ont perçu une faible (68).

Ces éléments nous font réfléchir sur nos pratiques, et notamment, sur la pertinence de l'indication de certaines HSC qui sont initiées pour des patients incapables de consentir aux soins mais qui, en même temps, ne sont pas forcément opposés à l'hospitalisation ni aux soins et conservent un minimum d'insight. Une autre hypothèse peut expliquer cette forte proportion de patients restant « librement » à l'hôpital. En effet, il est possible que le travail d'alliance thérapeutique réalisé dès les premiers jours d'hospitalisation et/ou l'amélioration clinique obtenue aient permis leur libre acceptation des soins. L'amélioration de la symptomatologie et la meilleure compréhension des soins dispensés leur permettent de consentir à prolonger l'hospitalisation bien qu'une mainlevée ait été prononcée.

4.3.5 Peu de réhospitalisations après une mainlevée

Dans notre étude, les patients sortent définitivement dans la moitié des cas suite à la mainlevée prononcée par le JLD. La mesure de SSC est renouvelée immédiatement dans 12,7 % des cas et de manière différée dans le mois suivant la mainlevée, dans 8,9 % des cas.

Ce pourcentage de réadmission différé nous semble faible même s'il n'a pas été retrouvé d'étude dans la littérature rapportant le taux de réhospitalisation en psychiatrie un mois après la sortie d'hospitalisation. On peut citer toutefois une étude lilloise de 2014 qui rapporte les taux de réhospitalisation en psychiatrie à 3, 6 et 12 mois des patients bénéficiant d'une hospitalisation complète en 2011 et 2012 dans la région Nord Pas-de-Calais, tous modes d'hospitalisation confondus. Le taux de réhospitalisation à 3 mois est de 22 % dans cette étude (69). En outre, bien qu'il s'agisse de deux situations différentes, une revue de la littérature montre que les patients sortant prématurément en demandant une sortie contre avis médical à l'hôpital général, présentent un risque plus important de réadmission notamment dans les deux semaines suivant leur sortie (21 % vs 3 %, $p<0,001$), (70). Le taux de réadmission après une sortie contre avis médical a été étudié à l'hôpital psychiatrique, mais uniquement chez des patients souffrant de schizophrénie. Cette étude confirme le risque élevé de réadmission après une sortie contre avis médical ($p< 0,001$), (70).

Plusieurs hypothèses peuvent expliquer le faible pourcentage de réhospitalisation objectivé dans notre étude. D'une part, il est possible qu'à l'admission des patients, il existe une surestimation médicale du risque pour lui et/ou pour autrui. Suite à la mainlevée du JLD, les patients ne présenteraient plus des symptômes qui seraient de nature à alerter l'entourage ou les autorités. Les quelques jours d'hospitalisations précédant les mainlevées ont pu également suffire à apaiser leur état psychique. D'autre part, suite aux mainlevées, les patients peuvent être aussi être perdus de vus sur leur secteur psychiatrique (long délai d'attente au CMP, répartition démographique médicale inégale, voyage pathologique…). Enfin, leur entourage ayant participé à leur HSC une première fois, peut ne plus se tourner vers les soins psychiatriques. La décision de mainlevée rendue par le JLD les a peut-être « découragés », l'information portée à l'entourage du patient concernant l'intervention du JLD pouvant être parfois insuffisante.

4.3.6 Comparaison des résultats avec l'étude de la Cour de Cassation

Les différents motifs répertoriés dans notre étude ont été classés selon le type de légalité à laquelle ils se réfèrent (légalité externe et interne) et sont directement issus de l'étude de la Cour de Cassation de décembre 2014. Cette étude rapporte des résultats issus de l'examen des arrêts de cour d'appel extraits de la base de données jurisprudentielles Jurica. Elle ne porte que sur les procédures de contrôle de plein droit applicables aux HSC et sur une cohorte de 1236 arrêts. Une grille d'analyse des arrêts a été mise en place et validée par des magistrats.

Nous avons fait le choix de comparer nos résultats à cette étude car, comme précisé dans l'introduction, actuellement aucune étude en France n'a analysé de manière systématique les motifs de mainlevées au contrôle de plein droit en première instance. Il convient de garder à l'esprit la comparabilité relative des données, compte tenu du fait que l'étude en question porte sur les arrêts de la Cour d'Appel et non ceux de première instance, comme c'est le cas dans notre étude.

4.3.6.1 Une majorité de mainlevées « sur la forme »

Dans notre étude, les motifs de mainlevées relèvent majoritairement d'une illégalité externe de la mesure de SSC. Dans 85,4 % des cas, il s'agit d'un vice de procédure parmi lesquels on relève en grande partie des mainlevées pour irrespect des délais (29,2%). Dans l'étude de la Cour de Cassation, 59 % des griefs sont relatifs à l'existence d'un vice de procédure ; résultat inférieur à nos données. L'absence de respect des délais est un motif utilisé dans 4% des ordonnances analysées dans l'étude de la Cour de Cassation, pourcentage bien inférieur à celui de notre étude. A noter que dans notre étude, l'absence de respect du contradictoire et de notifications des droits et des décisions prises concernant le patient constituent respectivement 14,6 % et 10,4 % des cas de mainlevées. Pour les mêmes griefs, les résultats de l'étude de la Cour de Cassation sont comparables pour le premier motif mais nettement supérieurs pour le deuxième soit respectivement 11 % et 28 % des cas de mainlevées (24).

4.3.6.2 Une proportion non négligeable de mainlevées « sur le fond »

Les résultats de notre étude révèlent que dans 44,3 % des cas, les motifs invoqués dans les ordonnances du JLD sont des motifs de légalité interne, c'est-à-dire des motifs « sur le fond » de la mesure de SSC.

Dans l'étude de la Cour de Cassation, 26 % des ordonnances sont motivées sur des arguments de légalité interne ; un pourcentage beaucoup plus faible que constaté dans notre étude. 10% des motifs de mainlevées concernent l'absence de mise en évidence d'une maladie ou d'un trouble mental rendant impossible le consentement de l'intéressé. La non proportionnalité de la mesure d'HSC est soulevée dans 14 % des cas et l'amélioration de l'état de santé dans 7 % des cas. L'absence de motivation ou le caractère « laconique » de certains certificats justifient d'une mainlevée que dans 1% des cas alors que dans notre étude, ce motif est invoqué dans 22,9 % des cas.

4.3.6.3 La difficulté du JLD à apprécier l'existence d'un grief portant atteinte aux droits de la personne hospitalisée sans son consentement

L'étude de la Cour de Cassation rappelle que l'article L 3216-1 du CSP précise que *« l'irrégularité affectant une décision administrative n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en résulte une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet »*. Ainsi la jurisprudence laisse le soin au JLD de préciser les contours de l'atteinte aux droits. Dans cette étude, 66 % des cas où l'irrégularité de l'acte administratif est soulevée, les juges d'appel ont considéré qu'en l'absence de preuve de l'existence d'un grief, la mainlevée de la mesure ne peut être ordonnée. A l'inverse, 13 % des décisions ont estimé que la seule irrégularité affectant l'acte administratif fait nécessairement grief, de sorte que la mainlevée doit être prononcée.

4.3.6.4 La difficulté du JLD à apprécier le bien-fondé d'une mesure

Dans l'étude de la Cour de Cassation, il est précisé que le juge d'appel se déclare compétent pour contrôler la légalité externe de l'acte administratif soumis à son contrôle dans 83 % des cas étudiés, tandis que dans 2 % des cas, il se déclare incompétent pour exercer un contrôle sur la légalité interne de l'acte (24).

Le rapport de l'Assemblée Nationale de février 2017 souligne encore la difficulté du JLD pour statuer sur le bien-fondé d'une mesure de SSC. Il associe le raccourcissement du délai du contrôle obligatoire du JLD opéré par la loi du 27 septembre 2013 avec l'augmentation du nombre de saisines et du nombre de recours contre ses décisions alors même que le JLD ne parvient pas toujours à cerner avec précision et certitude les contours de son office (contrôle de la régularité formelle de la procédure ? et/ou proportionnalité de la mesure privative de liberté ? et/ou de la nécessité médicale de l'hospitalisation complète ?). Il précise que certains JLD ne

seraient pas loin d'intervenir dans la définition du contenu du programme de soins. Ainsi les rapporteurs ont demandé à l'HAS d'élaborer des recommandations afin de clarifier le dispositif des programmes de soins et d'harmoniser les pratiques en la matière sur l'ensemble du territoire (65).

Un exemple d'ordonnance motivée analysée lors de notre étude permet d'illustrer ce propos. Le JLD statue alors à J14 dans le cadre du contrôle de plein droit sur le maintien d'une hospitalisation en SPDT d'une patiente ayant commis un geste suicidaire.

« Attendu qu'à l'audience, Me X s'est montrée calme, cohérente et a analysé avec beaucoup de finesse et d'intelligence les raisons de son geste suicidaire, attendu qu'elle a expliqué les dysfonctionnements familiaux et les manœuvres de son mari pour empêcher ses enfants de la voir, qu'elle a décrit son mari comme un pervers narcissique qui chercherait à la détruire, qu'elle en donne pour exemple les voyages en Afrique à bord d'un avion privé, chaque année à Noel, attendu qu'il est évident qu'en tant que mère elle souffre de voir ses enfants la délaisser, en particulier son fils qu'elle n'a pas vu depuis un an au moins et qui a même refusé de lui donner son numéro de téléphone personnel ; attendu enfin qu'il est tout aussi évident qu'il lui soit pénible pour manier l'euphémisme, de voir son mari « acheter ses enfants », selon sa formule, grâce à sa fortune ;

Attendu que ce sont là des raisons objectives qui peuvent expliquer son geste suicidaire et qu'il est parfaitement compréhensible que la souffrance d'une vie détruite par la volonté destructrice de son conjoint et son impuissance à se défendre, voire tout simplement à se protéger, puisse l'amener à baisser les bras, que rien dans les certificats médicaux ne permet d'imputer son geste à des troubles mentaux plutôt qu'à des causes extérieures, sauf à postuler que le suicide est à lui seul le signe de la maladie mentale et à expliquer la souffrance psychique comme le résultat de dysfonctionnements organiques, en négligeant toute cause extérieure ; que la question se pose de la pathologisation de la souffrance et des difficultés existentielles […] ».

Dans cet extrait d'ordonnance, la question du positionnement et de la neutralité du JLD est posée. En effet, le discours de la patiente n'est pas délirant, elle défend sa position pendant l'audience et trouve une oreille attentive et compréhensive auprès du JLD qui va jusqu'à remettre en cause le caractère pathologique de la crise suicidaire. Même si cet exemple reste

caricatural et exceptionnel, il révèle toute la complexité du travail du JLD pour statuer sur le bien-fondé d'une mesure dans le domaine médical et de surcroît psychiatrique. Il souligne également l'importance des formations croisées entre professionnels du monde de la justice et de la médecine et d'une bonne communication entre ces différents intervenants pour parvenir à une acculturation réciproque.

V. Conclusion

L'évolution des connaissances en psychiatrie a permis une modification du regard porté sur le malade souffrant de troubles psychiques. L'« insensé » des derniers siècles médiévaux banni des cités a été progressivement reconnu comme un citoyen dont les droits fondamentaux nécessitent d'être respectés. La liberté d'aller et venir est un droit fondamental et priver les patients de cette liberté n'est pas anodin.

La loi du 5 juillet 2011 désigne le JLD, magistrat d'expérience et par nature « garant de la liberté individuelle », comme unique décisionnaire du maintien des HSC. Il s'assure du respect de la procédure d'HSC (légalité externe) mais s'attache également au bien-fondé de celle-ci (légalité interne). Les situations de mainlevées des mesures d'HSC par le JLD cristallisent souvent les différends et les incompréhensions mutuelles entre les deux mondes, judiciaire et psychiatrique. L'intérêt de notre travail est de documenter les fondements des décisions de mainlevées d'HSC par le JLD pour améliorer la compréhension de ces deux mondes, contraints de collaborer dans un souci commun de protection du patient au titre, pour les uns, du droit à la santé et, pour les autres, du droit à la sûreté.

Il ressort de notre étude une majorité de mainlevée pour illégalité externe (60,1 %) et principalement pour vice de procédure. La quasi-totalité de ces mainlevées ont été acquises après la réforme de la loi de septembre 2013 qui introduit un nouvel acteur des soins spécifiquement formé à la question : l'avocat. Leur intervention semble soulever davantage d'irrégularités des mesures de SSC et explique la majorité des mainlevées. Une formation plus complète et régulière des professionnels de santé et administratifs sur le droit médical, et sur la loi du 5 juillet 2011 spécifiquement, semble primordiale pour limiter ces mainlevées.

Un autre résultat remarquable de notre étude est l'importante proportion de mainlevées (40 %) pour illégalité interne. Le JLD doit également statuer sur le bien-fondé des mesures de soins, sans qu'il ait de connaissance médicale spécifique sur la question. Ce résultat souligne l'importance de la qualité des certificats, seul support médical sur lequel le JLD peut s'appuyer. Mieux communiquer avec le JLD sur la situation clinique du patient et sur la nécessité médicale clairement établie de soins en milieu hospitalier pourrait contribuer à une diminution des mainlevées sur « le fond ».

De plus, notre étude révèle la spécificité de la population concernée par ses mainlevées, bien différente de la majeure partie de la population bénéficiant d'HSC : il s'agit de femmes d'une quarantaine d'années au niveau d'études et de formation élevées et généralement bien insérées. Ces patientes argumentent-elles mieux leur souhait de sortir d'hospitalisation ou sont-elles plus « rassurantes » sur le plan de la dangerosité psychiatrique ? D'autres études sont nécessaires pour répondre à ces questions en comparant nos données aux caractéristiques socio-démographiques de la population bénéficiant d'HSC sur cette même période à Charles Perrens.

Pour poursuivre notre réflexion sur cette loi du 5 juillet 2011, il serait intéressant de se pencher sur le point de vue du JLD et des avocats : sur l'intérêt de leur intervention dans le domaine des SSC, sur leurs méthodes d'appréciation des situations, et sur leurs éventuelles difficultés ou revendications.

Bibliographie

1. **Bellahsen M., Brunessaux V., Klopp S.** (2012) "Peut-on réellement se soigner sans consentement ?" Soins Psychiatrie ; (281) : 18-21.

2. **Couturier M.** (2012) "La loi du 5 juillet 2011 : vers un contrôle social psychiatrique ?" Collectif des 39. http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=3236.

3. **Quétel C.** (2012) "Histoire de la folie : de l'Antiquité à nos jours." Tallandier. Paris ; 619.

4. Le prêteur : le juge romain - Le droit - Travail Social Histoire et Cours de droit http://cours-de-droit.jimdo.com/histoire-du-droit/l-antiquit%C3%A9/le-pr%C3%AAteur-le-juge-romain/

5. **Verdon J.** (2013) "Le Moyen - Age, ombres et lumières." Perrin. Paris ; 1407.

6. **Pouget R.** (2004) "Evolution de l'enfermement psychiatrique." Académie des Sciences et des Lettres de Montpellier ; p. 305-16. (Bull.35).

7. **Carrez J-P.** (2008) "La Salpêtrière de Paris sous l'Ancien Régime : lieu d'exclusion et de punition pour femmes." Criminocorpus, Revue d'Histoire de la justice, des crimes et des peines, Varia. https://criminocorpus.revues.org/264

8. **El Ghoul F.** (2004) "Enfermer et interdire les fous à Paris au XVIIIe siècle : une forme d'exclusion ?" Cahiers de la Méditerranée ; (69) : 175-87. https://cdlm.revues.org/796

9. **Foucault M.** (1961) "Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique". Civilisations d'hier et d'aujourd'hui. Plon. Paris ; 674.

10. **Postel J., Quétel C.** (2004) "Nouvelle histoire de la psychiatrie." Nouvelle édition Paris. Dunod ; 647.

11. **Germain GA.** (2011) "L'évolution juridique des soins psychiatriques sans consentement en France de l'Ancien régime à la loi du 05 juillet 2011." Faculté de médecine de Grenoble.

12. **Bernardet P.** (1998) "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. Nanterre, Université Paris X, Faculté de droit.

13. **Duvergier JB.** (1824) "Collection complète des lois, décrets, ordonnances, règlements et avis du Conseil d'Etat : publiée sur les éditions officielles du Louvre, de l'Imprimerie nationale par Baudouin et du Bulletin des lois, de 1788 à 1824 inclusivement." Vol. 1. Paris : A. Guyot et Scribe ; 506.

14. **Guérin O.** (1987) "Le juge garant de la liberté individuelle : l'illusion du droit." Psychiatrie et Justice ; (116-117) : 7-14.

15. **Landron G.** (1995) "Du fou social au fou médical : genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés." Déviance et Société ; 19(1) : 3-21.

16. **Marques A., Eyraud B., Velpry L.** (2015) "Les enjeux d'une judiciarisation tardive, inévitable et embarrassante." L'information Psychiatrique ; 91(6) : 471-7.

17. **Garrabé J.** (2014) "Historique des soins « psychiatriques". In: Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie, sous la direction de Jean-Charles Pascal et Cécile Hanon. Doin Editions. Reuil-Malmaison ; 3-24.

18. **Gauthier J-L.** (2012) "Hospitalisation psychiatrique sous contrainte et droit fondamentaux, la réforme des soins psychiatriques, une menace pour la liberté individuelle ?" Les éditions du menhir. Plouharnel ; 406.

19. **Rossini K., Senon J-L., Verdoux H**. (2014) "La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises dans les soins sans consentement." L'évolution psychiatrique ; 80 (1).

20. **Passemard A.** (2012) "La loi du 5 juillet 2011 : étude des pratiques chez les psychiatres hospitaliers d'Aquitaine." Bordeaux II.

21. **Deschamps J-L.** (2008) "La judiciarisation de la psychiatrie." Synapse ; (236) : 8.

22. **Eyraud B., Velpry L.** (2015) "La liberté d'aller et venir comme révélateur du tournant juridique des régulations du soin en santé mentale : une mise en perspective « internationale »." RDSS Revue de Droit Sanitaire et Social ; (6) : 951-62. https://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-01256976/document

23. **Bordereau.** (2010) "Le juge des libertés et de la détention, Cours de préparation au concours de commissaire", Université Paris X.

24. **Legohérel D.** (2014) "Etude sur les soins psychiatriques sans consentement." Service de documentation, des études et du rapport de la Cour de Cassation ; 133.

25. **Martin E.** (2006) "Le rôle du Juge de la Liberté et de la Détention en procédure pénale" Mémoire pour le master 2 droit privé spécialité droit privé et sciences criminelles. Université Pierre Mandès France - Faculté de droit, Grenoble.

26. **Journal Officiel de la République Française** (2007). Art 137-1 modifié par la loi du 5 mars 2007, art 10. Code de procédure pénale.

27. **Acquarone D.** (2016) "La nomination du juge des libertés et de la détention par décret". http://www.village-justice.com/articles/nomination-juge-des-libertes-detention-par-decret,22672.html

28. **Journal Officiel de la République Française** (2016) Amendement n°CL84, art 14. http://www.assemblee-nationale.fr/14/amendements/3200/CION_LOIS/CL84.asp

29. **Journal Officiel de la République Française** (2004). Article 706-103. Code de procédure pénale.

30. **Journal Officiel de la République Française** (2009). Article 144 modifié par la loi n° 2009 - 1436 du 24 novembre 2009 - art 93. Code de procédure pénale.

31. **Journal Officiel de la République Française** (2016). Article 394. Code de procédure pénale.

32. **Journal Officiel de la République Française** (1945). « Ordonnance n° 45-174 du 2 février 1945 relative à l'enfance délinquante. - Article 4 ».

33. **Journal Officiel de la République Française** (1939). "Décret du 18 avril 1939 fixant le régime des matériels de guerre, armes et munitions". www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=LEGITEXT000006071834&dateTexte=19940 228

34. **Jonas C., Senon J-L.** (2013) "Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011." In : "Psychiatrie légale et criminologie clinique de Senon, Carol et Voyer." Les âges de la vie. Elsevier-Masson. Issy-les-Moulineaux ; 53-64.

35. **Etcheverry J-M.** (2011) "Procédures judiciaires de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques", Cour d'Appel de Lyon. http://www.calyon.justice.fr/fichiers/Actualite/procdures_judiciaires_de_mainleve_et_de_contrle_des_mesures_de_soins_psychiatriques_-_prsentation_de_la_loi_et_du_dcret_-_mise__jour_23.08.2011.pdf

36. **Panfili J-M.** (2013) "Soins psychiatriques sans consentement : la réduction du délai d'intervention du juge des libertés et de la détention constitue-t-elle une bonne réponse ?". Droit, déontologie et soins ; (13) : 436,442.

37. **Journal Officiel de la République Française** (2013) Article L3211-12. Code de la santé publique.

38. **Journal Officiel de la République Française** (2011). "Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques", art R 3211 - 16.

39. **Journal Officiel de la République Française** (2011). Article L3213-9-1. Code de la santé publique.

40. **Journal Officiel de la République Française** (2011). Article R3211-8 modifié par décret n°2014 - 897 du 15 août 2014 - art 1. Code de la santé publique.

41. **Journal Officiel de la République Française** (2014). "Décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement."
https://www.legifrance.gouv.fr/eli/decret/2014/8/15/JUSC1405663D/jo/texte49.
JORF.

42. **Rome I.** (2012) "Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011." Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique ; 170(10) : 703-5.

43. **Journal Officiel de la République Française** (2013) Article L3211-12. Code de la santé publique.

44. **Cambier G., Bougerol T., Micheletti P.** (2014) "Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie." Santé Publique ; 25(6) : 793-802. http://www.cairn.info/resume.php?ID_ARTICLE=SPUB_136_0793

45. **Journal Officiel de la République Française** (2011) "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."

46. **Panfili J-M.** (2013) "Soins psychiatriques sans consentement : la réduction du délai d'intervention du juge des libertés et de la détention constitue-t-elle une bonne réponse ?". Droit, déontologie et soins (13) : 436-442.

47. **Jonas C.** (2013) "Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011." EMC - Psychiatrie. 10(2) : 1-14. http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0246107212581599

48. **Journal Officiel de la République Française** (2011) Article R3211-10. Code de la santé publique.

49. **Journal Officiel de la République Française** (1981) Article 42. Code de procédure civile.

50. **Journal Officiel de la République Française** (1976). Articles 33 à 41. Code de Procédure Civile.

51. **Journal Officiel de la République Française** (2009) " Décret n° 2009-1765 du 30 décembre 2009 relatif au directeur et aux membres du directoire des établissements publics de santé ".

52. **Panfili J-M.** (2013) "Le juge, l'avocat et les soins psychiatriques sans consentement", CRPA, Centre de Réflexions et de Propositions d'Actions en Psychiatrie.

53. **Journal Officiel de la République Française** (2011). Article L3212-1. Code de la santé publique.

54. **Lauria C.** (2015) "Soins sans consentement et droit à un avocat" http://prevention.sham.fr/sham/layout/set/print/Prevention/Accueil/DroitPratiques/Actualites-jurisprudentielles/Soins-sans-consentement-et-droit-a-un-avocat55.

55. **Journal Officiel de la République Française** (2013) Article L3211-3. Code de la santé publique.

56. **Conseil d'Etat** (1997), n° 155196 ; publié au recueil Lebon.

57. **Journal Officiel de la République Française** (2016). Article L3212-7. Code de la santé publique.

58. **Journal Officiel de la République Française** (2011). Article L3212-1. Code de la santé publique.

59. **Journal Officiel de la République Française** (2011). Article L3212-2. Code de la santé publique.

60. **Haute Autorité de Santé** (2005) "Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux, Recommandation pour la pratique clinique."

61. **Union syndicale des Magistrats** (2013) "Proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie, observations de l'USM." ; 1223.

62. **Coldefy M., Fernandes S.** (2017) "Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011." Questions d'économie de la Santé ; 222.

63. **CRPA**, Centre de Réflexions et de Propositions d'Actions en Psychiatrie (2016) "Statistiques 2015 des contrôles judiciaires des hospitalisations sans consentement. Une première analyse."

64. **Coldefy M., Tartour T., Nestrigue C.** (2015) "De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011." Questions d'économie de la Santé ; 205.

65. **Robilliard D., Jacquat D.** (2017) "Rapport n°4486 d'information déposé en application de l'article 145-7 alinéa 3 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales en conclusion des travaux de la mission d'évaluation de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n°011-803 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." Assemblée Nationale : 9 - 10.

66. **Danet J.** (2012) "La loi du 5 juillet 2011. Place et questionnement de l'avocat dans l'application de la loi." Annales Médico-psychologiques ; 170 : 720 - 4.

67. **Iversen KI., Høyer G., Sexton H., Grønli OK.** (2002) "Perceived coercion among patients admitted to acute wards in Norway" ; Nordic Journal of Psychiatry ; 56(6) : 433-9.

68. **Rossini K., Senon J-L., Verdoux H.** (2015) "Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale". Annales Médico-psychologiques. http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2015.07.039

69. **Plancke PL.** (2014) "Les réhospitalisations psychiatriques. Qui ? Quand ? Comment ? Les enseignements du RimP. " European Psychiatry ; 29(8) : 617.

70. **Hwang SW., Li J., Gupta R., Chien V., Martin RE.** (2003) "What happens to patients who leave hospital against medical advice? " CMAJ ; 168(4) : 417-20.

Annexes

<u>Annexe.</u> Thesaurus de l'étude sur les mainlevées du JLD à Charles Perrens du 1er août 2011 au 1er août 2016

1. Caractéristiques sociodémograpiques

Sexe

- Homme = 1
- Femme = 2

Âge

- < 20 ans = 1
- Entre 21 et 30 ans = 2
- Entre 31 et 40 ans = 3
- Entre 41 et 50 ans = 4
- Entre 51 et 65 ans = 5
- 66 ans = 6

Statut conjugal

- Célibataire = 1
- En concubinage = 2
- Pacsé(e) = 3
- Marié(e) = 4
- Divorcé(e) = 5
- Veuf (ve) = 6

Niveau d'éducation

- Inférieur au CAP/BEP = 1
- CAP/BEP = 2
- Inférieur ou égal au BAC = 3
- Inférieur ou égal au BAC +2 = 4
- Supérieur au BAC +2 = 5
- Non renseigné = 6

Statut résidentiel

- Logement indépendant (vit seul, en couple, autre…) = 1
- Vivant chez ses parents ou chez d'autres membres de la famille = 2
- Vivant chez des personnes n'appartenant pas à sa famille = 3
- Foyer (occupationnel, de réadaptation, d'hébergement) = 4
- Sans domicile fixe = 5
- Autre (maison de retraite, hôtel…) = 6

Statut socio-professionnel

- Travail en milieu normal = 1
- Travail en milieu protégé = 2
- Chômage = 3
- Invalidité = 4
- Retraité(e) = 5
- Homme ou femme au foyer = 6
- Bénéficiaire du RSA = 7
- Bénéficiaire de l'AAH = 8
- Etudiant(e)/ Lycéen (ne) = 9
- Autre = 10

Mesure de protection des biens

- Aucune = 1
- Sauvegarde de justice = 2
- Curatelle = 3

- Tutelle = 4

2. Antécédent d'HSC avant la loi du 5 juillet 2011

- Oui = 1
- Non = 2
- Non renseigné = 3

Mode d'hospitalisation

- Hospitalisation à la demande d'un tiers = 1
- Hospitalisation d'office = 2
- Non renseigné = 3

Antécédent de contestation de l'HSC (droits de recours ouverts par la loi)

- Oui = 1
- Non = 2
- Pas d'information = 3

Antécédent de mainlevée de l'HSC

- Oui = 1
- Non = 2
- Pas d'information = 3

3. Tentative de suicide motivant l'hospitalisation actuelle (motif d'admission)

- Oui = 1
- Non = 2

4. Antécédent d'hospitalisation en Unité pour Malades Difficiles

- Oui = 1
- Non = 2
- Pas d'information = 3

5. Antécédent d'HSC après la loi du 5/7/11

- Oui = 1
- Non = 2
- Pas d'information = 3

ATCD de mainlevée d'HSC sur contrôle de plein droit du JLD

- Oui = 1
- Non = 2
- Pas d'information = 3

6. Antécédent carcéral

- Oui= 1
- Non = 2
- Pas d'information = 3

7. Conditions de l'hospitalisation actuelle

Mode d'hospitalisation

- SPDT = 1
- SPPI = 2
- SPDRE = 3

Caractéristiques de l'HSC

- Mesure initiale = 1
- Réintégration en hospitalisation complète (après prise en charge en programme de soins) = 2

Diagnostic principal selon la CIM 10

- Trouble psychotique = 1
- Trouble de l'humeur = 2
- Trouble anxieux = 3
- Trouble de la personnalité = 4
- Retard mental = 5
- Démence = 6

- Trouble lié à l'utilisation de drogues et/ ou alcool = 7

Délai entre la début et fin de la mesure d'hospitalisation sans consentement (mainlevée d'HSC)

- Inférieur à 10 strictement = 1
- Entre 10 et 12 compris = 2
- Entre 12 et 15 compris = 3
- Supérieur à 15 strictement = 4

8. Déroulement de l'audience

Situation du patient

- Présent à l'audience = 1
- Absent à l'audience = 2
    - Refus du patient d'assister à l'audience = 21
    - Etat psychiatrique incompatible = 22
    - Patient en fugue = 23
    - Pas d'information = 24

Assistance/ représentation par un avocat

- Oui = 1
    - Avocat commis d'office = 11
    - Avocat contacté par le patient et/ou ses proches = 12
- Non
- Non renseigné = 3

9. Motif (s) de l'ordonnance de mainlevée

Irrégularité des actes administratifs (légalité externe) = 0

- Oui = 1
- Non =2

Incompétence = 1

Incompétence territoriale = 11

- Oui = 1
- Non =2

Incompétence matérielle = 12

- Oui = 1
- Non =2

Impossibilité d'identifier le nom et la qualité du signataire = 13

- Oui = 1
- Non =2

Absence de délégation de signature = 14

- Oui = 1
- Non =2

Vice de forme = 2

- Oui = 1
- Non =2

Vice de procédure = 3

- Oui = 1
- Non =2

Défaut de respect du contradictoire à l'audience = 31

- Oui = 1
- Non =2

Absence de notification de ses droits au patient = 32

- Oui = 1
- Non =2

Non-respect des délais impartis (production d'un arrêté préfectoral ou des certificats/avis médicaux, ordonnance du JLD) = 33

- Oui = 1
- Non =2

Absence ou irrégularité des certificats médicaux =34

- Oui = 1
- Non =2

Qualité de l'auteur du premier certificat d'ASPDT et des certificats initiaux d'ASPPI ou d'ASPDRE = 341

- Oui = 1
- Non =2

Qualité du type de certificat produit (certificat à la place d'un avis médical par exemple) = 342

- Oui = 1
- Non =2

Dossier incomplet : l'intégralité des certificats médicaux et des arrêtés préfectoraux n'est pas présentée à l'audience = 35

- Oui = 1
- Non =2

Défaut de qualité du tiers à l'origine du placement en hospitalisation complète (nécessité de relations antérieures avec le patient, lui donnant qualité pour agir dans son intérêt) / Défaut de vérification de l'identité du tiers demandeur par le Directeur de l'Etablissement = 36

- Oui = 1
- Non =2

Absence d'examen médical de l'intéressé en fugue = 37

- Oui = 1
- Non =2

Placement non fondé (mainlevée sur le fond/légalité interne) = 4

- Oui = 1

- Non =2

L'HSC n'est plus proportionnée ni adaptée à la situation clinique du patient = 41

- Oui = 1
- Non =2

Adhésion du patient aux soins ou absence de preuve de l'impossibilité de consentir aux soins = 42

- Oui = 1
- Non =2

Adhésion aux soins et/ou amélioration de l'état de santé du patient = 43

- Oui = 1
- Non =2

Absence de preuve de l'état de dangerosité du patient pour lui-même et/ou autrui = 44

- Oui = 1
- Non =2

Mainlevée ordonnée contrairement aux certificats médicaux après audition du patient= 45

- Oui = 1
- Non =2

Absence de motivation des certificats médicaux ou certificats n'établissant pas l'existence d'un trouble mental = 46

- Oui = 1
- Non =2

Actualisation insuffisante des certificats médicaux (suspicion de « copier-coller ») = 47

- Oui = 1
- Non =2

Autres motifs de mainlevée

Première HSC = 51

- Oui = 1
- Non =2

Pas de prescription de psychotropes depuis le début de l'HSC = 52

- Oui = 1
- Non =2

Présence à l'audience d'un tiers s'opposant à la mesure d'HSC = 53

- Oui = 1
- Non =2

Présence à l'audience d'un tiers témoignant en faveur du patient = 54

- Oui = 1
- Non =2

Patient alléguant son souhait de reprendre un suivi psychiatrique déjà en place avant l'HSC = 55

- Oui = 1
- Non =2

4. Devenir des patients après la décision de mainlevée

Poursuite de l'hospitalisation en soins libres = 1

- Oui = 1
- Non =2

Fin de l'hospitalisation temps plein = 2

- Oui = 1
- Non =2

Programme de soins =3

- Oui = 1
- Non =2

Réhospitalisation immédiate avec nouvelle mesure d'HSC = 4

- Oui = 1
- Non =2

Réhospitalisation différée (dans le mois) au Centre Hospitalier Charles Perrens = 5

- Oui = 1
- Non =2

5. Plaintes et contentieux (dans les trois mois) suivant l'ordonnance de mainlevée = 1

Plainte du patient ou prise de contact avec la Direction des Usagers à des fins contentieuses = 11

- Oui = 1
- Non =2

Plaintes des proches ou prise de contact avec la Direction des Usagers à des fins contentieuses = 12

- Oui = 1
- Non =2

Pas de plainte = 2

- Oui = 1
- Non =2

SERMENT

D’HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité. Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément. Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés. J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque ».

Version du Serment d'Hippocrate réactualisée et publiée

dans le Bulletin de l'Ordre National des Médecins (Avril 1996, n° 4)

Résumé :

Titre : La loi du 5 juillet 2011 : étude observationnelle des mainlevées d'hospitalisations sans consentement par le juge des libertés et de la détention à Charles Perrens.

La loi du 5 juillet 2011 prévoit l'intervention systématique du JLD dite « contrôle de plein droit » pour statuer sur la prolongation d'une HSC au-delà de 15 jours, délai diminué à 12 jours par la réforme du 27 septembre 2013. Il peut ordonner une mainlevée sur la forme (légalité externe) ou sur le fond de la mesure (légalité interne).

Notre travail consiste en une étude menée sur l'hôpital Charles Perrens et centrée sur l'ensemble des 79 mainlevées d'HSC prononcées dans le cadre du contrôle du plein droit du 1er août 2011 au 1er août 2016. Les 79 patients inclus sont âgés en moyenne de 44 ans et pour plus de la moitié d'entre eux, il s'agit de femmes, célibataires avec un niveau d'éducation élevé, travaillant dans un milieu normal. 40,5 % des patients inclus souffrent de troubles de l'humeur et 30,4 % des patients sont atteints de troubles psychotiques. Le recueil des ordonnances motivées des JLD révèle une majorité de mainlevées sur des motifs de « forme » (60,1%). 93,4 % de ces mainlevées ont été acquises après septembre 2013, date de la réforme du 5 juillet 2011. Il s'agit principalement de vices de procédure (85,4%) et plus particulièrement d'un irrespect des délais impartis (29,2% des cas d'illégalité externe). D'autre part, 40 % des mainlevées sont justifiées par une illégalité interne. Parmi ceux-ci, l'adhésion du patient aux soins proposés en hospitalier et/ou l'absence de preuve de son incapacité à consentir aux soins, est le motif le plus fréquemment utilisé par les JLD (60%). Dans près de la moitié des cas, la mainlevée obtenue entraine une fin de l'hospitalisation complète mais plus d'un tiers des patients restent tout de même hospitalisés librement. Une formation plus complète et régulière des professionnels de santé et administratifs sur la loi du 5 juillet 2011 est nécessaire pour

limiter les mainlevées de « forme ». La proportion non négligeable de mainlevées sur le « fond » souligne l'importance de la qualité des certificats médicaux, seul support médical sur lequel le JLD peut s'appuyer.

Mots-clés : hospitalisation sans consentement, loi du 5 juillet 2011, juge des libertés et de la détention, mainlevée.

Discipline : PSYCHIATRIE
UFR DES SCIENCES MÉDICALES, UNIVERSITÉ BORDEAUX 2 – VICTOR SEGALEN
146, rue Léo Saignat 33076 Bordeaux cedex