



HAL
open science

Le processus d'initiation des soins psychiatriques sans consentement en Savoie : description épidémiologique et analyse des décisions de mainlevée du juge des libertés et de la détention lors du contrôle systématique au douzième jour

Pierre Aussedat

► **To cite this version:**

Pierre Aussedat. Le processus d'initiation des soins psychiatriques sans consentement en Savoie : description épidémiologique et analyse des décisions de mainlevée du juge des libertés et de la détention lors du contrôle systématique au douzième jour. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-02169358

HAL Id: dumas-02169358

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02169358>

Submitted on 1 Jul 2019

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

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



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il n'a pas été réévalué depuis la date de soutenance.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact au SID de Grenoble :
bump-theses@univ-grenoble-alpes.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4
Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

<http://www.cfcopies.com/juridique/droit-auteur>

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>



UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
UFR DE MÉDECINE DE GRENOBLE

Année : 2017

**LE PROCESSUS D'INITIATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS
CONSENTEMENT EN SAVOIE :**

**DESCRIPTION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET ANALYSE DES DÉCISIONS DE
MAINLEVÉE DU JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION LORS DU
CONTRÔLE SYSTÉMATIQUE AU DOUZIÈME JOUR**

THÈSE
PRÉSENTÉE POUR L'OBTENTION DU TITRE DE DOCTEUR EN MÉDECINE
DIPLOME D'ÉTAT

Présentée par : Pierre AUSSE DAT

[Données à caractère personnel]

THÈSE SOUTENUE PUBLIQUEMENT À LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE GRENOBLE
Le : 14 Décembre 2017

DEVANT LE JURY COMPOSÉ DE

Président du jury :

M. le Professeur Thierry BOUGEROL

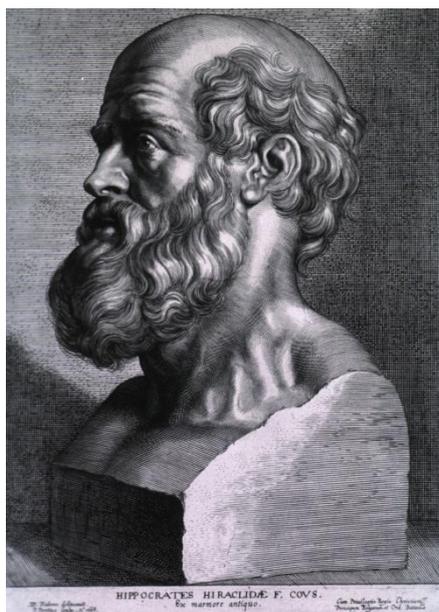
Membres :

M. le Professeur Mircea POLOSAN

Mme. le Professeur Virginie SCOLAN

M. le Docteur Philippe SECHIER

M. le Docteur Fabien DROUX – Directeur de thèse



Serment d'Hippocrate

En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'HIPPOCRATE,

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerais mes soins gratuitement à l'indigent et n'exigerais jamais un salaire au dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis dans l'intimité des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, de parti ou de classe sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

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

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

À monsieur le professeur Thierry BOUGEROL, vous me faites l'honneur de présider le jury de cette thèse. J'ai pu bénéficier de la richesse de vos enseignements tout au long de mes études de médecine, depuis ma première année, et j'espère m'en rendre digne. Je vous suis très reconnaissant de la bienveillance dont vous avez fait preuve au cours de mon internat.

À monsieur le professeur Mircea POLOSAN, j'ai grandement apprécié, depuis mon externat, votre implication, votre enthousiasme et votre bienveillance. Je vous remercie d'avoir accepté de participer à mon jury de thèse.

À madame le professeur Virginie SCOLAN, vous avez accepté sans hésitation de participer à mon jury de thèse. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à mon travail.

Au docteur Philippe SECHIER, après avoir été mon directeur de mémoire, c'est un immense plaisir de pouvoir te compter parmi les membres de mon jury. Merci pour tout ce que tu m'as apporté, ton grand sens clinique, ta bienveillance, ton humanité.

Au docteur Fabien DROUX, merci d'avoir accepté avec enthousiasme de m'encadrer pour ce travail. Tu m'as tout simplement impressionné par l'engagement avec lequel tu t'es investi dans mon travail de thèse, par ton intérêt sur le sujet, les réflexions que tu y as apporté, ton soutien et ta très grande disponibilité. Même si je pars vers d'autres horizons, j'espère que cette collaboration va se poursuivre, il nous reste des projets à réaliser !

Au docteur Annie Laurent, tu as su confirmer mon choix d'orientation vers la pédopsychiatrie. Merci pour la confiance que tu m'as accordé en m'accueillant dans ton équipe, j'espère être à la hauteur de celle-ci. Tu as toute mon admiration.

Aux médecins m'ayant transmis leur expérience tout au long de mon internat, aux équipes et aux secrétaires :

Au Dr Zohra Gaoua, au Dr Claire Buis et à l'équipe du CHU : vous avez su m'initier et m'intéresser à la psychiatrie, et m'avez beaucoup transmis.

Au Dr Bruno Schmitt et à l'ensemble des médecins de Tarentaise, aux équipes, à Fabrice. C'est grâce à vous que je me suis senti si bien à Bassens, j'y ai d'ailleurs passé une grande partie de mon internat !

Au docteur Elodie Haxaire et à son équipe : s'il n'y avait qu'une chose à retenir, c'est le dévouement dont vous faites preuve envers tous ces jeunes. Merci pour ce merveilleux stage.

Au docteur Patrick Lesage et à l'équipe des urgences de Chambéry (Florent et Philippe mes tuteurs) : même si je ne vous rends pas particulièrement honneur dans cette thèse, j'ai eu beaucoup de plaisir à travailler avec vous, vous m'avez beaucoup apporté, et je tiens à souligner l'engagement dont vous faites preuve auprès des patients, dans des conditions souvent bien difficiles.

Au Dr Stéphane Cabrol, au Dr Guillaume Metge, au Dr Gentiane Cambier Stéphane, au Dr Legrand Frédérique, à l'équipe du CESA et du 2^{ème} intersecteur. Au docteur Hélène Rigaud, vous m'avez donné la fibre de la pédopsychiatrie (à moins que ça ne soit les enfants, ou la pâte à modeler...).

À cette grande famille qui est Chambéry sud, dont on ne ressort jamais vraiment. Elisabeth, Agnès, Chanel, merci pour votre accueil.

À l'équipe de pédopsychiatrie du CHU, au Dr Christelle Prost-Lehmann, au Dr Marc Dubuc, à Isabelle, Aurélie : merci de m'accueillir, c'est un grand plaisir de venir travailler avec vous.

Au Dr Claire Gekière, au Dr Jean-Marc Julerot. Aux médecins et aux équipes de Pinel (je ne suis pas resté allez longtemps !). À l'équipe de Bachelard, vous êtes tout simplement exceptionnels ! Merci de m'avoir soutenu à grand coup de café durant ce travail.

À madame Martine Badin, à l'équipe du DIM et l'équipe des archives, merci pour votre disponibilité qui m'a permis de réaliser ce travail.

À notre merveilleuse promotion : Mircea et Aida, Manuel, Ryad, Vincent, Lisa, Loulou, Camille, Charlène, Vincent. Ne partez pas trop loin !

À mes collègues et amis : Django, Caro, Arnaud, Jérôme et Elodie, Boris et Jess, Aude, Robin, Véra, Marion et Arnaud, Laura, Anne So, Grégoire, Ariane, Benoit, Emmanuel, Mathieu, Nico, Sylvain, Jérémie, Arnaud, Christophe, Brice, et à tous ceux qui ont rendu ma vie d'interne bien sympathique !

Aux amis : Benoit, Nicos, Laura, Marion, Guims, Poupie, Pili, Marthy, Lenouch, Jet lounette, Miss, Alexandre, Pierre, Thibault, Alexis, Gabriel, les Miozzo, Fabien, Xavier, et tous les « man ».

À ma famille : merci d'être là pour moi, vous comptez tellement. Merci infiniment pour toute l'aide et le soutien que vous m'avez apporté sur ce travail, et toi aussi Barthélémy.

À Daddy,

À Janine Collet, je vous dois tellement,

À Arthur,

À Cécile.

RÉSUMÉ

La loi du 5 juillet 2011 a modifié la législation encadrant les soins sans consentement, en instaurant le contrôle judiciaire systématique, les soins ambulatoires sans consentement et les Soins en cas de Péril Imminent.

Cette étude monocentrique descriptive, réalisée au CHS de la Savoie entre 2011 et 2016, a pour objectif de retracer le processus d'initiation des soins sans consentement, d'identifier la proportion et les motifs des mainlevées ordonnées par le juge lors de l'audience systématique à douze jours, et de recenser les réactions médicales y faisant suite. Une évaluation de la compréhension des décisions de mainlevées faite par deux médecins indépendants a complété la description.

Nous ne retrouvons pas d'augmentation globale du nombre d'hospitalisation sans consentement, mais nous constatons que les soins psychiatriques en péril imminent représentent plus de 40% de l'ensemble des mesures instaurées. Sur les 2081 audiences systématiques réalisées, 79 (3,8%) mainlevées ont été recensées : dans 47 cas (59,5%), la levée reposait sur une remise en cause de la justification clinique des soins sans consentement ; dans 20 cas (25,3%), elle était liée à un problème de forme ; et dans 12 situations (15,2%), les deux étaient impliquées. 73,4% des décisions des juges étaient comprises par les médecins examinateurs, avec une concordance des avis modérée (Kappa de Cohen = 0,59), identifiant néanmoins 11 décisions problématiques.

Ce travail met en exergue l'importance de la communication entre les psychiatres et les juges, identifie quelques problématiques inhérentes à ce nouveau dispositif médico-légal, et propose des pistes de réflexion et d'amélioration.

Mots clés : « psychiatrie », « loi du 5 juillet 2011 », « juge des libertés et de la détention », « décision de justice », « mainlevée », « soins sans consentement », « soins sous contrainte ».

ABSTRACT

On July 5th 2011, a new mental health law regarding involuntary psychiatric commitment was issued. It introduced systematic judiciary control, outpatient commitment, and "imminent peril involuntary commitment".

This monocentric descriptive study, which was carried out in the psychiatric hospital of Savoie between 2011 and 2016, describes the initiation process of psychiatric involuntary commitment, the proportion of and the reasons behind releases ordered after the systematic audience with the judge on the 12th day, and identifies the medical reactions to these releases. The comprehension of the release orders was evaluated by two independent doctors.

There was no increase in the number of involuntary commitments, but the "imminent peril involuntary commitment" represented over 40% of these commitments. Over the period of the study 2081 systematic audiences took place, among which 79(3.8%) releases were ordered. In 47 cases (59.5%), the clinical indication of involuntary psychiatric commitment was questioned; in 20 cases (25.3%), it was due to a lack of form; and in 12 cases (15.2%), a combination of the two situations was found.

73.4% of the judges decisions were understood by the medical staff, with a moderate concordance of opinions between the two doctors (Cohen's kappa = 0.59). 11 problematic decisions were identified.

This study highlights the importance of the judge-psychiatrist dialogue, identifies new inherent problems created by this new medicolegal device, and suggests some lines of thought and improvements.

Sommaire

LISTE DES ABREVIATIONS	11
INTRODUCTION	12
I. Aperçu historique de l'hospitalisation sous contrainte de la fin du XVIII^e à la loi de 2011 ..	12
1. La période pré-asilaire.....	12
2. La loi sur les aliénés du 30 Juin 1838 (Loi Esquirol).....	13
3. La loi du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation »	15
4. Préparation de la loi du 5 juillet 2011	17
II. La mise en place de 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 »	19
1. Les apports de la loi du 5 juillet 2011.....	19
2. Le prolongement de la loi à travers la loi du 27 septembre 2013.....	21
III. Description des modalités actuelles de la loi régissant les soins sans consentement en psychiatrie en France	22
1. Les SDT (Soins psychiatriques à la demande d'un tiers) et SPI (Soins psychiatriques en péril imminent).....	22
2. Les SDRE (Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État)	24
3. Les sorties de courte durée	25
4. Le programme de soins	25
5. Action et rôle du Juge des Libertés et de la Détention	26
6. Voies de recours en cas de levée	28
IV. Aperçus des principales législations européennes :.....	29
1. Le modèle belge	29
2. Le modèle allemand	30
3. Le modèle italien	30
4. Le modèle britannique	31
5. Le modèle espagnol.....	31
6. Le modèle suisse.....	32
V. Données actuelles concernant les soins sans consentement et l'intervention du juge des libertés et de la détention en France	33
1. Données épidémiologiques des mesures de soins sans consentement	33
2. Données épidémiologiques de l'intervention du JLD.....	35
VI. Objectifs de l'étude	37

MATÉRIEL ET MÉTHODES	38
I. Étude épidémiologique des nouvelles mesures de contrainte et de l'intervention du JLD ..	38
II. Étude des ordonnances de mainlevée	39
1. Échantillon.....	39
2. Collecte des données.....	40
3. Analyse des données	40
III. Étude des décisions médicales et de l'évolution des patients	41
1. Collecte des données.....	41
2. Autorisations	42
3. Analyse des données	42
IV. Étude de la compréhension des décisions de mainlevée	43
RESULTATS.....	45
I. Données épidémiologiques.....	45
1. Mesures d'hospitalisation sans consentement antérieures à la loi du 5 juillet 2011	45
2. Mesures de soins sans consentement depuis la loi du 5 juillet 2011	47
3. Évolution des nouvelles admissions en soins psychiatriques sans consentement	51
4. Épidémiologie des audiences du Juge des Libertés et de la Détention et des mainlevées ..	53
II. Étude des décisions de mainlevée et des demandes d'expertise prononcées par le JLD	56
1. Caractéristiques de population	56
2. Étude des mainlevées ordonnées par le JLD	58
III. Étude des décisions médicales et du devenir des patients suite à une mainlevée ordonnée par le JLD.....	66
IV. Double lecture indépendante des ordonnances de mainlevée.....	71
DISCUSSION	73
I. Principaux résultats du processus d'initiation des soins sous contrainte, de l'intervention du JLD, de l'étude des ordonnances de mainlevée et des décisions médicales	73
II. Limites de l'étude.....	74
III. Analyse et discussion des nouvelles mesures de soins sans consentement	75
1. Bilan des données épidémiologiques : l'utilisation massive des mesures de soins en péril imminent.	75
2. Comment expliquer cette utilisation massive des SPI ?.....	76
IV. Analyse et discussion des ordonnances de mainlevée par le JLD.....	78
1. Bilan des données épidémiologiques concernant les ordonnances de mainlevée.....	78
2. Typologie et taux de répartition des causes de mainlevée	79

3.	Discussion concernant les levées sur le fond : une réflexion sur la capacité à consentir en psychiatrie	82
4.	Discussion concernant les levées sur la forme	87
5.	Causes justifiant d'une levée immédiate de la mesure.....	89
V.	Synthèse de l'étude des décisions médicales et du devenir des patients	90
1.	Appels des décisions de mainlevée	90
2.	Les cas de réitération d'une mesure de soins sans consentement.....	91
3.	Les programmes de soins : poursuite de l'hospitalisation sans consentement.....	92
4.	Levée de la mesure de contrainte : des difficultés de prises en charge	96
VI.	Enseignements tirés de la double lecture médicale des mainlevées.....	96
VII.	La place du juge dans la relation médecin-patient	99
VIII.	Propositions d'amélioration.....	102
BIBLIOGRAPHIE		108
ANNEXES.....		112
	Annexe 1 : Données nationales des audiences du JLD et des décisions de mainlevée.....	113
	Annexe 2 : Exemple d'ordonnance du JLD circonstanciée	115
	Annexe 3 : Exemple d'ordonnance du JLD non circonstanciée.....	118
	Annexe 4 : Exemples de jugements cliniques du JLD	120
	Annexe 5 : Exemple d'un programme de soins ambulatoire	129
	Annexe 6 : Programmes de Soins : Hospitalisation à Temps Partiel	130
	Annexe 7 : Programmes de Soins : Hospitalisation Complète	131
	Annexe 8 : Caractéristiques de la population étudiée	134
	Annexe 9 : Modalités et causes de mainlevée	136
	Annexe 10 : Décisions médicales.....	139

Liste des abréviations

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CMP : Centre Médico-Psychologique

CSP : Code de la Santé Publique

DIM : Département d'Information Médicale

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HO : Hospitalisation d'Office

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

SASC : Soins Ambulatoires Sans Consentement

SDRE (SPDRE) : Soins psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État

SDT (SPDT) : Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SDTU (SPDTU) : Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence

SPI (SPPI) : Soins psychiatriques en Péril Imminent

UMD : Unité pour Malade Difficile

Introduction

Pour commencer, nous allons proposer un historique de l'évolution de l'hospitalisation sous contrainte, en montrant le rôle qui a été celui des institutions judiciaires à travers les différentes périodes qui constituent cette évolution. Cela nous permettra alors de présenter les modalités actuelles de la législation française sur cette question, et d'envisager sa spécificité par rapport aux législations de quelques pays voisins.

I. Aperçu historique de l'hospitalisation sous contrainte de la fin du XVIII^e à la loi de 2011

1. La période pré-asilaire

Avant la Révolution française, il n'existe pas d'établissement, de personnel spécialisé ni de législation spécifique sur la séquestration, dans les hospices ou les prisons, de ceux qu'on appelait les « insensés ». Cette séquestration peut être prononcée par différentes autorités : le ministre de la maison du Roi (sous la forme de lettre de cachet), le procureur général au parlement, par jugement de toute cour de justice, et par ordonnance du lieutenant général de police. Cette dernière, qui s'apparente aux placements d'office de la loi de 1838, est alors la plus couramment utilisée [21].

La décision de sortie dépend à cette époque de l'autorité ayant décidé de l'admission. Il existe cependant la possibilité pour les proches de l'interné de faire appel devant le Parlement de Paris, conformément au droit commun – exception faite des internements ordonnés par lettres de cachet [21].

La révolution met fin aux lois régissant la séquestration des individus et entraîne la fermeture des institutions concernées. La notion de liberté et d'égalité devant la loi apparaît dans la Déclaration des Droits de l'Homme et du Citoyen de 1789.

Se pose alors la question de la mise en liberté des personnes détenues pour cause de démence : la loi des 16-26 mars 1790 prescrit leur interrogatoire par des juges suite à l'examen préalablement pratiqué par des médecins. C'est alors la justice, éclairée par la

médecine, qui peut prononcer la privation de liberté d'un individu malade afin qu'il soit soigné [21].

On observe alors une judiciarisation de l'internement des personnes démentes. Entre 1800 et 1838, le placement provisoire des insensés est du recours de l'administration policière. Cependant, seuls les tribunaux peuvent déclarer la démence d'un individu lors d'un jugement, après l'avoir interrogé et fait vérifier son état par des officiers de santé [21]. Cette disposition montre des similarités avec les pratiques actuelles de régulation des soins psychiatriques sans consentement.

Le pouvoir judiciaire est renforcé par le code civil de 1804 qui institue le statut d'« interdiction légale » (équivalent à l'actuelle mise sous tutelle) pour les personnes en état « habituel d'imbécilité, de fureur ou de démence ». Cette « interdiction légale » est déclarée après jugement, à l'initiative de la famille ou du ministère public ; elle est souvent associée à l'internement des insensés [21].

Nous notons par ailleurs que c'est l'Article 64 du code pénal de 1810 qui qualifie pour la première fois la démence de pathologie suspendant la responsabilité légale : « il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action... » [42].

Dans les années 1830, la notion d'isolement comme base du traitement médical va se développer, soutenue par Esquirol et de nombreux aliénistes. Ils revendiquent alors leur compétence dans la prise en charge de l'aliénation mentale, lors des débats précédant la mise en place de la loi du 30 Juin 1838.

2. La loi sur les aliénés du 30 Juin 1838 (Loi Esquirol) [11]

La loi du 30 juin 1838 est à l'origine de la psychiatrie moderne qui marque le début de l'institutionnalisation asilaire : chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés.

Elle entraîne la déjudiciarisation de la décision d'internement, qui dépend alors de l'autorité administrative (préfet, chef d'établissement). Elle affirme également le caractère médical de l'internement, donnant une place importante au corps médical.

Cette loi distingue deux modalités de placements :

- Le placement volontaire (à l'initiative de la famille ou d'un tiers)

Il s'établit sur la base d'un certificat médical d'un médecin extérieur à l'établissement, accompagné de la demande d'admission du tiers ou du tuteur. En cas d'urgence, le chef d'établissement peut se dispenser d'exiger le certificat médical.

Un premier certificat doit être réalisé par un médecin de l'établissement dans les 24 heures, un second dans les 15 jours suivant le placement, puis tous les mois (l'ensemble des documents étant adressé au préfet).

La sortie s'effectue lorsque les médecins de l'établissement déclarent que la guérison est obtenue. La famille et les tiers peuvent également demander la sortie. Cependant, si le médecin est d'avis que l'état mental du malade pourrait compromettre l'ordre public, il doit en informer le préfet qui peut s'opposer à la sortie.

- Le placement d'office (ordonné par l'autorité publique)

Ce placement est ordonné par le préfet pour le cas des personnes « dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes ». Cette décision ne nécessite pas obligatoirement un certificat médical, bien qu'il soit recommandé.

Un certificat médical est ensuite adressé chaque semestre au préfet qui se prononce sur le maintien du patient dans l'établissement ou sur sa sortie.

Par l'obligation de produire des certificats médicaux réguliers, la loi a introduit une garantie contre les internements illégitimes et abusifs. Le médecin apparaît comme garant de la liberté individuelle, par sa capacité à constater l'existence, la prolongation et la cessation de la maladie [21].

Si la décision d'internement ne dépend plus du juge, la loi de 1838 prévoit un contrôle judiciaire *a posteriori*, non systématique : une procédure d'appel peut être engagée sur simple requête auprès du président du tribunal ou du procureur de la république. Le juge a alors le pouvoir de lever la mesure de contrainte contre l'avis du médecin et du préfet. Ce pouvoir est conservé en 1990 et en 2011.

Les voies de recours sont en 1838 très dépendantes de la qualité de l'information dispensée aux patients ainsi qu'à leurs proches, et sont confrontées à la lenteur des procédures. Cela reste le cas dans la loi de 1990.

Cependant, la loi de 1838 met en place un contrôle des placements par le pouvoir administratif (autorité préfectoral) et judiciaire (président du tribunal, procureur) : les

membres représentant ces différentes instances doivent être systématiquement informés des placements et des sorties des patients, et contrôlent la validité des certificats médicaux rédigés à cette fin. Ces autorités sont également chargées de visiter les établissements : elles reçoivent alors les réclamations des personnes qui y sont placées et peuvent consulter un registre contenant l'ensemble des pièces et certificats nécessaires au placement.

Suite à cette loi de 1838, un des tournants majeurs a été la création en 1922 à l'asile St-Anne du premier service dédié aux personnes qui ne dépendent pas d'un placement sous contrainte [42].

Il faut attendre 1937 pour que Marc Rucart, dans la Circulaire du 13 Octobre 1937 [7], officialise la création de services libres, de consultations externes et l'intervention de services sociaux pour chaque département.

Entre 1870 et 1990, de nombreux projets de réforme vont avoir lieu, et la plupart interrogeront la nécessité soit de redonner aux instances judiciaires le pouvoir de décision de placement soit d'instaurer un contrôle judiciaire systématique. Les psychiatres vont s'opposer à cette judiciarisation, bloquant ainsi toute tentative de réforme, en affirmant la nécessité d'une compétence médicale sur la décision de placement et la durée des soins évaluée « au jour le jour ». Selon les psychiatres consultés lors des projets de réforme de la loi, il revient au médecin d'évaluer la nécessité des soins et la validité du jugement du patient, au préfet d'apprécier la dangerosité de ce dernier, et au juge de contrôler la régularité de la mise en œuvre des pouvoirs respectifs [42].

3. La loi du 27 juin 1990 « relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation » [12]

La Loi du 27 juin 1990 vient réformer la loi de 1838 : elle affirme les droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Le terme « hospitalisation » remplace celui de « placement » ; désormais l'hospitalisation libre devient la règle.

Dans le cas où celle-ci n'est pas possible, la décision d'hospitalisation sans consentement demeure sous l'autorité du pouvoir administratif, avec la poursuite d'un contrôle judiciaire *a posteriori* (Art. L. 351 du code de santé publique), selon des modalités similaires à celles de la

loi de 1838 : il est possible de faire appel par requête du patient (ou d'un tiers agissant dans l'intérêt du malade) auprès du président du tribunal de grande instance, qui peut ordonner la sortie immédiate après débat contradictoire.

Parallèlement, on observe un renforcement du pouvoir médical, notamment au niveau des procédures d'admissions :

- L'hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT), qui remplace le Placement Volontaire, nécessite désormais deux certificats médicaux (dont un provenant d'un psychiatre extérieur à l'établissement) au lieu d'un dans la loi de 1838.

En cas de péril imminent, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat.

Un certificat médical doit être réalisé dans les 24 heures, puis dans les 15 jours suivant l'hospitalisation, et ensuite tous les mois.

- L'hospitalisation d'Office (HO), remplaçant le placement d'office, nécessite obligatoirement un certificat médical concluant à sa nécessité. Le préfet garde toutefois le pouvoir d'admission.

En cas de danger immédiat pour la sûreté des personnes, le maire et les commissaires de police à Paris, par avis médical ou à défaut par la notoriété publique, peuvent mettre en place des mesures provisoires nécessaires. Ils en réfèrent au préfet dans les 24 heures et ce dernier statue sans délai.

Un certificat médical est réalisé dans les 24 heures, à 1 mois, à 3 mois puis tous les 6 mois. Le préfet peut à tout moment mettre fin à l'hospitalisation après avis d'un psychiatre ou d'une commission.

Ce renforcement du pouvoir médical, introduit entre autre par la nécessité d'un certificat médical antérieur à toute hospitalisation, a pour but de limiter les indications d'hospitalisation sous contrainte et ainsi de renforcer les garanties du patient. Cependant, une exception persiste pour les HO « d'urgence ». Ce n'est que le 6 octobre 2011 que le conseil constitutionnel déclare la possibilité d'admission « par la notoriété publique » contraire à la constitution. Les maires et commissaires de polices doivent alors systématiquement s'appuyer sur un avis médical [10].

La loi de 1990 légalise également les sorties d'essai, qui avaient fait l'objet d'un encadrement par la circulaire du 4 Mars 1957. Ces sorties d'essai étaient déjà largement

pratiquées dans le cadre de la loi de 1838, par une application de l'article 170 de la circulaire du 20 Mars 1857 [38].

Aux représentants de l'autorité administrative et judiciaire chargés de contrôler les hospitalisations sous contrainte (préfet, procureur de la république, président du tribunal de grande instance) s'ajoute la création des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP), qui sont chargées d'examiner la situation des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes. La validité des certificats médicaux est également contrôlée par les médecins de la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS).

Par la suite, la **loi du 4 mars 2002 (Loi Kouchner)** [13] va renforcer les droits des patients, en posant le principe selon lequel les soins reposent sur un consentement libre et éclairé : « aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment » (Art. L.1111-4 du Code de Santé Public ou CSP). Cette loi assure ainsi au patient un droit d'information et d'accès à son dossier médical, ainsi que le droit à refuser un traitement.

4. Préparation de la loi du 5 juillet 2011

A partir de 1990, plusieurs rapports de réforme de la loi vont être proposés. Ceux-ci se prononcent tous en faveur d'une expertise psychiatrique systématique en amont de la décision d'hospitalisation sous contrainte, mais deux types de positions s'opposent [42] :

- Certains perçoivent les hospitalisations sans consentement comme des mesures purement sanitaires, argumentant « que le juge n'est pas plus spécialiste que le préfet ».
- D'autres y voient une disposition privative de liberté, en faveur d'une compétence judiciaire.

La plupart de ces rapports proposent une période d'observation initiale de 72 heures, ainsi que la mise en place d'une obligation de soins en ambulatoire et d'une possibilité de ré-hospitalisation immédiate en cas de non-respect de cette obligation de soin [42].

L'élaboration de la nouvelle loi sous le gouvernement Fillon fait suite au discours du président de la république du 2 décembre 2008 [46], que celui-ci prononce après le meurtre

d'un étudiant à Grenoble par un patient hospitalisé en psychiatrie. Ce discours va dans le sens d'un projet de loi sécuritaire, annonçant des mesures de sécurisation des hôpitaux, de protection, d'enfermement et d'encadrement des sorties, avec un renforcement du pouvoir du préfet pour les HO.

Dans ce contexte de projet de réforme, la loi de 1990 fait l'objet de deux questions prioritaires de constitutionnalité, les 26 novembre 2010 [8] et 9 juin 2011 [9], suite à l'intervention de deux patients ayant été hospitalisés en psychiatrie. Les membres du Conseil constitutionnel considèrent que les HDT et les HO doivent être soumises au contrôle systématique du juge, et ce dans les plus brefs délais, conformément à l'article 66 de la Constitution de 1958. La possibilité de maintenir l'hospitalisation sans consentement au-delà de quinze jours sans intervention judiciaire est jugée non constitutionnelle. Cependant, cet article n'impose pas que ce contrôle soit préalable à la mesure.

Dans le cadre des HO, ils notent que la non-validation de la nécessité de soin en hospitalisation par le certificat de 24 heures ne mène ni à une levée systématique de l'hospitalisation par le préfet, ni à un réexamen dans un bref délai de la nécessité de cette mesure. En ce sens, cela ne garantit pas que ces mesures soient adaptées et proportionnées, ce qui constitue également en soi une inconstitutionnalité.

Les articles L 3212-7 (L 337), 3213-1 et 3213-4 sont donc déclarés anticonstitutionnels. L'abrogation de ces lois est prévue le 1 août 2011, afin de permettre au législateur de remédier à l'inconstitutionnalité.

Parallèlement, le 14 Avril 2011, la Cour européenne des droits de l'homme condamne la France devant les délais longs - de 46 jours en moyenne - qui existent entre une requête de levée d'hospitalisation et l'audience devant le juge, ce qui est en opposition avec l'article 5.4 de la Convention européenne des droits de l'homme qui prévoit pour toute privation de liberté la possibilité d'un recours auprès du tribunal à *bref délais* [47].

Pour se conformer aux demandes du Conseil constitutionnel, la loi du 5 Juillet 2011 est donc rédigée dans une certaine urgence, et le législateur se trouve dans l'obligation de concilier la protection de la santé des personnes souffrant de troubles mentaux, la prévention des atteintes à l'ordre public et la garantie de l'exercice des libertés constitutionnelles : liberté d'aller et venir, respect de la vie privée (Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789), contrôle judiciaire relatif à la liberté individuelle (article 66 de la constitution).

II. La mise en place de 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 » [14]

Nous allons désormais nous intéresser à la mise en place de la Loi du 5 Juillet 2011, en présentant d'abord brièvement les nouvelles modalités introduites par cette loi, puis en abordant le prolongement qu'elle a connu à travers la loi du 27 septembre 2013. Nous examinerons plus en détails dans la partie suivante les différents aspects de cette loi, prolongée par celle du 27 septembre 2013.

1. Les apports de la loi du 5 juillet 2011

Dans le cadre de cette loi, la notion d'hospitalisation sous contrainte est remplacée par celle de « soins sans consentement » : l'HDT est remplacée par les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SDT ou SPDT), et l'HO est remplacée par les Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE ou SPDRE). La loi élargit ainsi l'hospitalisation aux *soins ambulatoires sans consentement*. Ceux-ci s'organisent sous la forme de programmes de soins qui viennent remplacer et encadrer les sorties d'essai. Ils peuvent être mis en place après une période initiale d'hospitalisation complète de 72 heures.

L'autre grande nouveauté de cette loi est la mise en place d'un contrôle judiciaire *systématique* par le Juge des Liberté et de la Détention (JLD), qui s'effectue dans les 15 jours suivant toute hospitalisation sous contrainte se poursuivant sous la forme d'une hospitalisation complète, puis tous les 6 mois (dans le cas où l'hospitalisation complète se poursuit).

Le JLD intervient ici dans le cadre de la psychiatrie en matière civile, mais nous pouvons noter que cette juridiction a été créée en matière pénale pour décider du placement en détention provisoire.

La loi du 5 juillet simplifie également la juridiction encadrant les soins sous contrainte : antérieurement à celle-ci, les hospitalisations sous contrainte dépendaient de deux juridictions [36] :

- *Le juge administratif* : duquel dépendait le contentieux de la régularité formelle de la décision administrative d'hospitalisation, et son éventuelle annulation, mais qui ne pouvait pas prononcer la mainlevée.

- Le *juge judiciaire* : en tant que protecteur de la liberté individuelle, c'est à lui que revenait le pouvoir de prononcer la levée de la mesure, en jugeant de la nécessité de la mesure, du bien-fondé de celle-ci, et des conséquences qui pouvaient en résulter. Il ne pouvait se prononcer qu'après avoir saisi le juge administratif.

Il existait entre ces deux juridictions des difficultés d'articulation, pour lesquelles la France a été condamnée le 18 novembre 2010 par la Cour européenne des droits de l'homme [36].

Depuis la loi du 5 juillet 2011, les mesures de soins sous contrainte dépendent désormais de la *compétence exclusive du juge judiciaire*.

Ce contrôle judiciaire reste postérieur à l'admission en soins psychiatriques. C'est l'autorité administrative (préfet, maire, directeur d'établissement) qui garde le pouvoir de décision concernant l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement.

La loi introduit aussi l'existence des Soins sous contrainte en Péril Imminent (SPI) qui ne nécessitent plus la demande d'un tiers : cette modalité de soins répond à deux objectifs ayant fait l'objet de débats sur les projets de réforme de la loi de 1990 [34, 40, 47] :

- Faciliter l'accès aux soins des personnes isolées et désocialisées, sans domicile fixe, en voyage pathologique, celui des patients dont l'identité reste inconnue et de ceux pour lesquels on ne parvient pas à identifier ou contacter un proche ou un membre de la famille. En effet, les associations de familles et d'usagers rapportaient une difficulté d'accès aux soins pour ces personnes.
- Eviter pour ces personnes la mise en place par défaut d'Hospitalisations d'Office (HO), où l' élu municipal devient « tiers » pour palier à l'absence de celui-ci – mesures que l'on peut considérer comme abusives au sens où elles s'appliquent alors à des patients qui ne présentent pas de dangerosité ni de risque grave d'atteinte à l'ordre public.

Les CDHP deviennent les Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP). Elles se composent de deux psychiatres, d'un magistrat, de deux représentants d'associations et d'un médecin généraliste. Elles sont informées de toute décision d'admission en soins psychiatrique, reçoivent les réclamations des personnes faisant l'objet de soins sans consentement, visitent les établissements et établissent un rapport annuel adressé au Tribunal de grande instance, au préfet, à l'ARS, au procureur de la République et au Contrôleur général

des lieux de privation de liberté. Elles sont également chargées d'examiner la situation de toute personne admise en cas de péril imminent, et de toute personne dont les soins se prolongent au-delà d'une durée d'un an.

Le dernier point important est que le préfet n'a plus le dernier mot dans la décision de levée SDRE. Dans le cas où il s'oppose à la demande de levée ou de transformation de la mesure en programme de soins par un psychiatre, le directeur demande un second avis : si les deux avis médicaux concordent, le préfet est obligé de les suivre. Cette modification qui renforce le pouvoir médical a pour but de lutter contre la tendance croissante des préfets à refuser les levées et sorties d'essai des HO [42].

2. Le prolongement de la loi à travers la loi du 27 septembre 2013

La loi du 27 Septembre 2013 [15] modifie les conditions spécifiques de mainlevée des mesures de soins des patients ayant séjourné en Unité pour Malades Difficiles (UMD) et des patients déclarés pénalement irresponsables. Celles-ci, dans la loi de 2011, précisait que le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) ne pouvait statuer sur la mesure de contrainte qu'après avoir recueilli l'avis d'un collègue, et ne pouvait décider d'une mainlevée qu'après avoir reçu l'avis de deux experts.

La loi de 2013 supprime ces dispositions pour les patients ayant séjournés en UMD, et les limite aux patients déclarés pénalement irresponsables qui ont commis des actes punis 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.

En ce qui concerne l'intervention du JLD, la loi précise que celle-ci doit avoir lieu dans les douze jours suivant l'admission en hospitalisation complète. L'audition du juge doit se dérouler dans une salle d'audience aménagée au sein de l'établissement d'accueil, sans recours possible à la visio-conférence. De plus, l'assistance par un avocat devient obligatoire (ces dispositions entrent en vigueur le 1^{er} Septembre 2014).

Le certificat de huitaine est remplacé par un avis motivé d'un seul psychiatre. L'avis conjoint n'est plus obligatoire. Cette suppression de l'avis conjoint fait suite à la position de la plupart des psychiatres qui rapportent un nombre trop important de certificats à réaliser, ceux-

ci étant faits selon eux au détriment des soins [22]. Nous notons par ailleurs que cet avis était la plupart du temps peu circonstancié et non informatif.

Dans le cadre d'une hospitalisation complète, la loi ajoute aux sorties accompagnées de moins de 12 heures (prévues par la loi du 5 Juillet 2011) la possibilité de sorties non accompagnées de moins de 48 heures, accordées par le directeur de l'établissement sur avis d'un psychiatre de l'établissement, dans le but de favoriser la réadaptation et la réinsertion sociale des patients (Art. L. 3211-11-1). Cette limitation initiale des sorties d'hospitalisation a été critiquée lors de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011, les psychiatres rapportant ne plus pouvoir évaluer le fonctionnement de leurs patients à l'extérieur avant une sortie définitive [22].

III. Description des modalités actuelles de la loi régissant les soins sans consentement en psychiatrie en France

En tenant compte des modifications apportées par la loi du 27 septembre 2013, nous proposons ici de décrire plus en détails les modalités de la loi de 5 juillet 2011 telle qu'elle s'applique actuellement.

La loi prévoit plusieurs catégories d'admission en soins psychiatrique sans consentement : les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SDT ou SPDT), les Soins Psychiatriques en Péril Imminent (SPI), et les Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SDRE ou SPDRE) :

1. Les SDT (Soins psychiatriques à la demande d'un tiers) et SPI (Soins psychiatriques en péril imminent)

Ces mesures nécessitent qu'il y ait « présence de troubles mentaux rendant impossible le consentement et que l'état mental de la personne impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante en milieu hospitalier ». (Art. L.3212-1 CSP)

Les SDT classique (Art. L.3212-1 CSP) : ils doivent être demandés sur la base de deux certificats médicaux (dont un émis par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil) accompagnés de la demande du tiers.

Les SDT d'urgence (Art. L.3212-3 CSP) : ils sont préconisés en cas de « risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade », qui s'établit sur la base d'un seul certificat médical (émis par un médecin pouvant exercer dans l'établissement d'accueil) accompagné de la demande du tiers.

Les SPI (Art. L.3212-1 CSP) : cette mesure est préconisée « *à titre exceptionnel* » en cas de péril imminent pour la personne quand on se trouve dans l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers. Elle s'établit sur la base d'un certificat médical réalisé par un médecin extérieur à l'établissement : ce certificat doit émettre un avis circonstancié sur la nature du péril imminent et justifier l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers. Dans ce cas où la demande d'un tiers n'a pas pu être recueillie, le directeur de l'établissement doit tout mettre en œuvre pour rechercher et informer un tiers dans les 24 heures.

La décision concernant ces mesures de soin est administrative : elle est prononcée par le directeur de l'établissement. La loi instaure une période d'observation initiale de 72 heures qui doit se réaliser en hospitalisation complète.

Un certificat médical doit ensuite être réalisé par un psychiatre de l'établissement (n'ayant pas réalisé le certificat initial) **dans les 24 heures** suivant l'hospitalisation afin de valider ou non l'indication de soins sous contrainte.

Dans les 72 heures, un second certificat doit être réalisé afin de confirmer ou non la nécessité de soins psychiatriques sous contrainte, et d'indiquer les modalités de prise en charge (poursuite de l'hospitalisation complète ou prise en charge ambulatoire sous la forme d'un programme de soins).

Le psychiatre ne doit pas avoir réalisé le certificat initial, et dans le cas d'une SDTU ou d'une SPI, il doit également être différent du médecin ayant réalisé le certificat des premières 24 heures.

A l'issue de ce certificat, le directeur de l'établissement prononce la poursuite de l'hospitalisation sous la forme d'une hospitalisation complète.

Un **avis motivé est ensuite réalisé entre le cinquième et le huitième jour** suivant l'admission ce qui va déclencher la saisie du JLD par le directeur de l'établissement.

En cas de maintien de l'hospitalisation complète par le JLD, un certificat sera ensuite réalisé avant 30 jours puis tous les mois.

Si la durée des soins sous contrainte excède un an, la situation est évaluée par un collège constitué de deux psychiatres (dont un ne participant pas à la prise en charge) et d'un soignant. Cela donne lieu à une nouvelle saisie du JLD.

La levée d'hospitalisation peut se faire à tout moment de l'hospitalisation, à la demande du psychiatre, d'un tiers, ou du JLD.

2. Les SDRE (Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État)

Cette mesure concerne les personnes « dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » (Art. 3213-1 CSP).

Dans ce cas spécifique, l'admission est prononcée par le directeur de l'établissement, à la demande du représentant de l'État (par arrêté préfectoral motivé) sur la base d'un certificat médical émis par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil (Art. 3213-1 CSP).

Une procédure d'urgence peut être initiée par un arrêté provisoire du maire, également sur la base d'un certificat médical (Art. 3213-2 CSP). Elle devra être confirmée par décision préfectorale dans les 48h.

Un certificat est ensuite réalisé à 24h, 72h, avant 8 jours puis tous les mois. L'hospitalisation est soumise au contrôle du JLD selon les mêmes modalités des SDT.

Le préfet doit être consulté lorsque le psychiatre demande une levée de la mesure ou la transformation de cette mesure en programme de soins : il doit prendre une décision dans les 72 heures suivant la demande.

Si le préfet s'oppose à la demande du psychiatre de levée de la mesure ou de transformation en programme de soins, le directeur demande un second avis médical. Si les deux avis concordent, le préfet est obligé de suivre cet avis (Art. L. 3213-9-1).

En cas de désaccord, le préfet peut maintenir l'hospitalisation complète. Dans ce cas, le directeur de l'établissement saisit le JLD qui doit statuer dans les plus brefs délais.

Les patients détenus sont habituellement pris en charge au sein des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA), qui ont la possibilité d'admettre des

personnes détenues avec ou sans leur consentement. Dans le cas où ces unités ne peuvent pas prendre en charge le patient rapidement alors qu'une hospitalisation en urgence est nécessaire, celui-ci peut être hospitalisé au sein d'un hôpital psychiatrique à la demande du représentant de l'État (même si le patient consent à son hospitalisation), selon l'article D 398 du Code de Procédure Pénal.

3. Les sorties de courte durée

Comme dit précédemment, la loi prévoit dans le cadre d'une hospitalisation complète la possibilité de sorties de courte durée :

- sorties accompagnées de moins de 12 heures.
- sorties non accompagnées de moins de 48 heures.

Celles-ci sont accordées par le directeur de l'établissement sur avis d'un psychiatre. Dans le cas d'une hospitalisation à la demande du représentant de l'État, la demande doit être adressée au préfet 48 heures avant la sortie, et ce dernier doit donner son avis au plus tard 12 heures avant celle-ci.

4. Le programme de soins

La loi du 5 Juillet 2011 introduit un nouveau mode de soins sous contrainte en ambulatoire, sous la forme d'un programme de soins qui peut être réalisé après la période d'observation en hospitalisation complète de 72 heures.

Le programme de soins est rédigé par le psychiatre traitant après discussion avec le patient. Il fixe les modalités des soins, les lieux de réalisation et leur périodicité. Il peut s'agir de consultations en Centre Médico-Psychologique (CMP), de prises en charge en Centre d'Activité Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP) ou en hôpital de jour, de soins à domicile, ou d'hospitalisations à temps partiel (hospitalisation de jour ou de nuit). Lorsqu'il fait état de l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature ni le détail de ce traitement (spécialité, dosage, forme galénique, posologie, modalité d'administration, durée).

Ce programme de soins est réévalué au minimum tous les mois.

Il est rappelé dans l'article L.3211-2-1 que les patients en programme de soins ne peuvent être contraints dans l'administration des soins ou dans la réalisation de séjours d'hospitalisation.

Cependant, en cas d'inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de l'état de santé du patient, un psychiatre responsable de la prise en charge du patient peut décider de réintégrer le patient en hospitalisation complète par le biais d'une procédure facilitée : il doit immédiatement réaliser un certificat de changement de forme de prise en charge, et le directeur prononce l'admission. Le JLD est alors immédiatement saisi. Un certificat de situation est ensuite rédigé par le psychiatre traitant à l'intention du JLD pour justifier de la nécessité d'une réintégration en hospitalisation complète.

5. *Action et rôle du Juge des Libertés et de la Détention*

Le JLD contrôle systématiquement l'ensemble des soins sans consentement se prolongeant en hospitalisation complète, une première fois dans les 12 jours (15 jours avant août 2013), puis tous les 6 mois. La présence d'un avocat est obligatoire depuis septembre 2014.

On note que les patients dont la mesure de soins sous contrainte est transformée sous la forme d'un programme de soins avant 12 jours ne bénéficient pas du contrôle systématique du JLD.

Celui-ci peut également être saisi à tout moment par le patient, par un parent ou par un tiers agissant dans l'intérêt du patient, notamment dans le cas où la personne souhaite contester une mesure de soins sous contrainte ambulatoire.

Comme mentionné précédemment, depuis la loi du 5 juillet 2011, les mesures de soins sous contrainte dépendent désormais de la *compétence exclusive du juge judiciaire*.

L'autorité judiciaire est garante de la liberté individuelle, selon l'article 66 de la constitution de 1958 qui rapporte que « nul ne peut être arbitrairement détenu ». Ce principe découle du fait que le pouvoir judiciaire est indépendant du pouvoir législatif et exécutif, selon l'article 64 du même texte.

L'action du juge judiciaire est alors double :

- Il vérifie la régularité des décisions administratives.
- Il apprécie le bien-fondé de la mesure de soins sans consentement, au regard des certificats médicaux qui lui sont communiqués.

Cependant, l'irrégularité affectant une décision administrative ne pourra aboutir à une mainlevée de la mesure que s'il s'avère que cette irrégularité porte atteinte aux droits de la personne qui en fait l'objet. La mainlevée ne doit pas être une sanction automatique à toute irrégularité [27, 36].

Suite à l'audition du patient par le juge, celui-ci rend une ordonnance avec sa décision qui doit être motivée. Il peut alors décider :

- De valider juridiquement la poursuite de la mesure de contrainte sous la forme d'une hospitalisation complète.
- De mettre fin immédiatement à la mesure de contrainte (compte tenu du délais de 6h laissé pour faire appel de la décision du JLD, le patient est tenu de rester durant ce temps en hospitalisation).
- De lever la mesure de contrainte avec un effet différé de 24h, permettant au médecin référent d'organiser la prise en charge ambulatoire et dans le cas où cela est nécessaire, de poursuivre les soins sous contraintes en ambulatoire, sous la forme d'un programme de soin.
- Il peut également – dans le cas où il doute de la nécessité de l'hospitalisation – demander une expertise psychiatrique, qui a pour objet de confirmer la présence d'une affection psychiatrique, d'évaluer le consentement aux soins que cette affection nécessite, et si ces soins doivent se réaliser sous la forme d'une hospitalisation complète. La situation sera réévaluée dans les 14 jours lors d'une seconde audience.

Dans tous les cas, le JLD doit prendre en compte dans sa prise de décision la pluralité des droits fondamentaux dont jouit le patient, dont la liberté d'aller et venir, le libre consentement aux soins, mais également le droit à la protection de la santé. « Il appartient au juge, dans chaque situation particulière, de rechercher un équilibre entre des droits fondamentaux, éventuellement contradictoires, pour déterminer celui qui doit être en premier lieu protégé » [2].

La décision du JLD peut être frappée d'appel par le patient dans les 10 jours suivant sa notification, que ce soit par le patient, le directeur de l'hôpital ou le préfet. Cet appel doit être motivé.

6. *Voies de recours en cas de levée*

Il existe deux possibilités de recours :

Selon la procédure classique, il est possible de faire appel de la décision de mainlevée dans les 10 jours suivant la notification de juge. Cet appel doit être réalisé par le directeur de l'établissement, en tant que décisionnaire de l'admission en soins sans consentement, et doit être adressé au premier président de la cour d'appel qui statuera à bref délai (dans les 12 jours). Cet appel doit être motivé et n'est pas suspensif : dans l'attente de la décision de la cour d'appel, le patient se retrouve en soins libres (ou en programme de soins), il est donc libre de sortir d'hospitalisation.

En cas de « risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui », le procureur de la République peut demander au premier président de la cour d'appel de donner un effet suspensif à l'appel de la mainlevée, qui doit être justifié. Ce recours doit s'effectuer dans les 6 heures suivant la notification de l'ordonnance du JLD, et un certificat circonstancié quant aux risques encourus par le patient doit être joint à la demande d'appel.

Le premier président de cour d'appel (ou son délégué) statue sans délai sur l'effet suspensif de l'appel. S'il est donné un effet suspensif, il se prononcera sur la demande d'appel dans un délai de trois jours. Le patient est maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que la décision en appel soit rendue.

Notons que l'appel suspensif ne peut pas être initié à la demande du directeur de l'hôpital. Dans les cas où il existe un désaccord sur la mainlevée du JLD et où l'on estime qu'il existe un risque grave en cas de sortie du patient, le directeur de l'hôpital peut solliciter le procureur pour l'informer de la situation. Cependant c'est le procureur de la République qui prend seul la décision ou non de demander un appel suspensif.

IV. Aperçus des principales législations européennes :

Le 12 avril 1994, l'Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe établit la recommandation suivante relative à la psychiatrie et aux droits de l'homme : « en cas de placement non volontaire, la décision de placement dans un établissement psychiatrique doit être prise par un juge » [1].

Cette tendance européenne à renforcer le rôle des juges dans l'appréciation des soins sous contrainte semble se conforter à travers les législations des principaux pays européens, dont nous allons préciser quelques exemples. Avant la mise en application de la loi du 5 juillet 2011, la France se démarquait par le fait de confier la décision des soins sans consentement au seul pouvoir administratif (préfet, directeur d'établissement), nos voisins faisant de manière générale reposer l'aptitude à décider d'un internement psychiatrique par des systèmes soit judiciaires, soit mixtes judiciaires et administratifs.

1. Le modèle belge

Le système belge est un exemple d'intervention purement judiciaire quant à la décision de placement non volontaire en psychiatrie. La loi du 26 juin 1990 établit qu'il appartient au juge de la paix de décider d'un tel placement, juge qui peut être saisi par toute personne concernée sur la base d'un certificat médical circonstancié. Celui-ci fixe dans les 24 heures le jour et l'heure de l'audience qui doit avoir lieu dans les 10 jours. Au terme d'un débat contradictoire, il statue sur la demande d'hospitalisation.

En cas d'urgence, le procureur du Roi peut décider d'une hospitalisation dans l'attente d'une validation par le juge de paix qu'il doit saisir dans les 24 heures. Ce dernier devra rencontrer la personne concernée par cette mesure selon des modalités similaires à la procédure normale, et statuera dans les 10 jours. Cette situation concernerait en pratique plus de 70 % des admissions sous contrainte [16, 18].

2. *Le modèle allemand*

L'hospitalisation sans consentement en Allemagne se fait soit sur demande d'un tuteur préalablement désigné soit par la force de police en cas de danger immédiat. Les modalités de placement sont rigoureusement contrôlées par la justice : tout placement est prononcé par un juge qui est tenu d'entendre la personne hospitalisée dans les 24 heures [33].

Par ailleurs il n'existe pas de dispositif en Allemagne permettant de réaliser des traitements ou soins sous contrainte en ambulatoire [32].

3. *Le modèle italien*

Le modèle italien est un exemple de système mixte administratif et judiciaire.

Il repose sur la loi 180 du 13 mai 1978, issue des mouvements initiés par Franco Basaglia, qui a entraîné la fermeture progressive des hôpitaux psychiatriques - achevée en 1996 - avec un relai vers une prise en charge ambulatoire des patients psychiatriques, organisée autour de départements de santé mentale. Dans cet intervalle, il n'y a plus eu aucune nouvelle admission dans les hôpitaux psychiatriques [37].

Les hospitalisations sans consentement, appelées « traitement sanitaire obligatoire » et destinées aux personnes présentant des troubles psychiques nécessitant une intervention thérapeutique en urgence avec un refus de prise en charge, ont actuellement lieu dans des services psychiatriques situés dans les hôpitaux généraux, dont la capacité est limitée à 16 lits par établissement. La décision du « traitement sanitaire obligatoire » est confiée au maire (en tant que plus haute autorité de la commune) sur la demande motivée d'un médecin, et après confirmation par un second médecin du service sanitaire national. Le maire doit également saisir le juge des tutelles : celui-ci valide, s'il y a lieu, la décision du maire dans les 48 heures par un décret motivé, pour une durée de 7 jours. La mesure peut être renouvelée selon les mêmes modalités [37].

La loi 180 prévoit également un « contrôle médical obligatoire », réalisé par une structure ambulatoire, qui a pour seul but le diagnostic d'une éventuelle maladie mentale. Il n'existe donc pas de soins ambulatoires sans consentement comparables à ceux qui existent dans le modèle français [17].

4. *Le modèle britannique*

La législation britannique limite l'hospitalisation sous contrainte aux troubles mentaux les plus graves (conduites agressives et particulièrement irresponsables) selon une classification juridique établie par le *Mental Health Care* de 1983.

Il s'agit d'un système mixte qui prévoit plusieurs modalités d'admission sans consentement [48] :

- Dans le cadre d'une hospitalisation libre, une personne peut être retenue contre son gré pendant soixante-douze heures, dans le cas où sa sortie pourrait comporter un danger. La décision se fait à l'initiative du médecin chef qui sera validée par l'administration.
- Dans un but d'observation, une hospitalisation d'une durée maximale de 28 jours peut être décidée par l'administration de l'hôpital, au vu de deux certificats médicaux et d'une demande d'admission formulée par un proche ou un travailleur social agréé.
- A la suite d'une des situations précédentes, une hospitalisation à but de traitement peut être décidée pour une durée maximale de 6 mois (renouvelable), selon des formalités similaires à l'hospitalisation pour observation. Cependant le juge intervient de façon systématique dans cette situation.
- Une décision en urgence peut être mise en place sur décision d'un agent de police, après examen médical et entretien avec un assistant social agréé.

Les travailleurs sociaux ont ici une place importante dans la mise en place des mesures de contrainte, et ont à charge d'organiser la réinsertion du patient [48].

Les soins ambulatoires sans consentement (Community Treatment Orders) ont été introduits en Angleterre en 2008 et sont actuellement remis en cause [20].

5. *Le modèle espagnol*

Les soins sans consentement en Espagne se basent sur un système mixte judiciaire et sanitaire.

L'hospitalisation sous contrainte nécessite dans sa procédure ordinaire une *autorisation judiciaire préalable* à celle-ci, qui est amorcée généralement par la famille, avec l'appui d'un avis médical. La personne concernée sera convoquée et entendue par le juge, en présence d'un

médecin légiste désigné par celui-ci. Le juge se prononcera alors sur la nécessité de cette hospitalisation. Dans le cas où la personne ne se présente pas, le juge peut faire intervenir les forces de l'ordre et les services médicaux d'urgence [26, 48].

Il existe aussi une procédure d'urgence, plus souple et fréquemment utilisée. Celle-ci est mise en place par l'autorité sanitaire (le médecin, souvent attaché à un service d'urgence). Le médecin est dans l'obligation de communiquer la décision d'hospitalisation involontaire à l'autorité judiciaire dans les 24 heures. Le juge devra rencontrer et entendre le patient dans les 72 heures, en présence d'un médecin légiste pour valider ou non cette décision. Il sollicitera également l'avis du procureur [26].

Il n'existe pas de législation spécifique concernant les soins ambulatoires sans consentement en Espagne (dérivés des injonctions de soins judiciaires), qui sont utilisés de manière hétérogène dans le pays et font l'objet de nombreuses polémiques sur le plan légal et médical [23, 26].

6. *Le modèle suisse*

La Suisse, malgré des difficultés d'harmonisation de ses législations du fait de ses 26 cantons, définit d'après la réforme fédérale mise en œuvre en 2013 (votée en 2008) deux modalités de placement, la première ordonnée par l'Autorité de protection des adultes (instance judiciaire), la seconde décidée par un médecin. Cette dernière est alors limitée à six semaines, une prolongation pouvant être établie sur décision de l'Autorité de protection des adultes. Notons que l'administration d'un traitement contre le gré de la personne requiert des critères supplémentaires au placement sans consentement, et fait l'objet d'une régulation propre.

Cette réforme introduit également des mesures de traitement ambulatoire contraint. Elle permet enfin la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance [41].

Ce bref aperçu des différentes législations européennes témoigne de la pluralité des manières d'appréhender les soins sous contrainte en psychiatrie. Cela suggère que leur mise en œuvre dépend de facteurs multiples touchant aux dimensions historiques et culturelles, ainsi qu'à l'organisation des dispositifs sanitaires et judiciaires existant dans chaque nation.

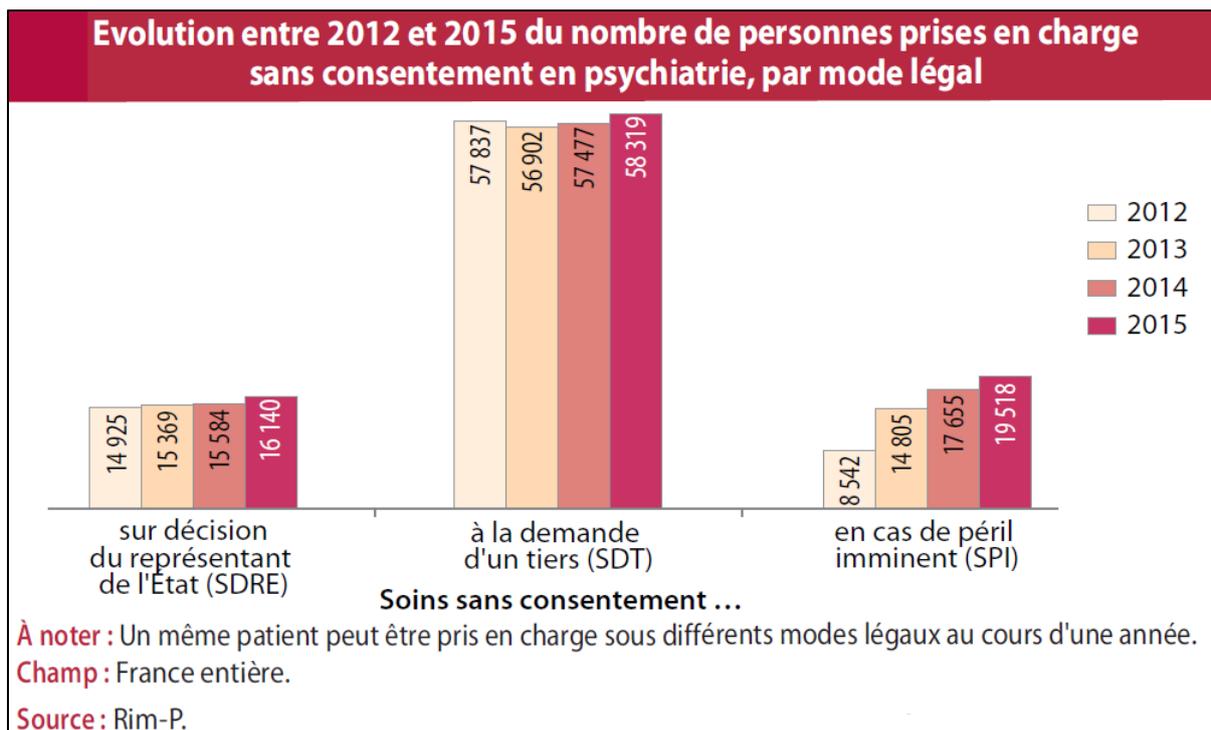
V. Données actuelles concernant les soins sans consentement et l'intervention du juge des libertés et de la détention en France

1. Données épidémiologiques des mesures de soins sans consentement [24, 25, 44]

En 2015, plus de 92 000 patients ont été pris en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie en France. Ils représentent environ 5,4% de la file active totale de la population suivie en psychiatrie.

Ce nombre a connu une augmentation importante depuis 2010, où il était retrouvé 76 000 patients pris en charge sans consentement :

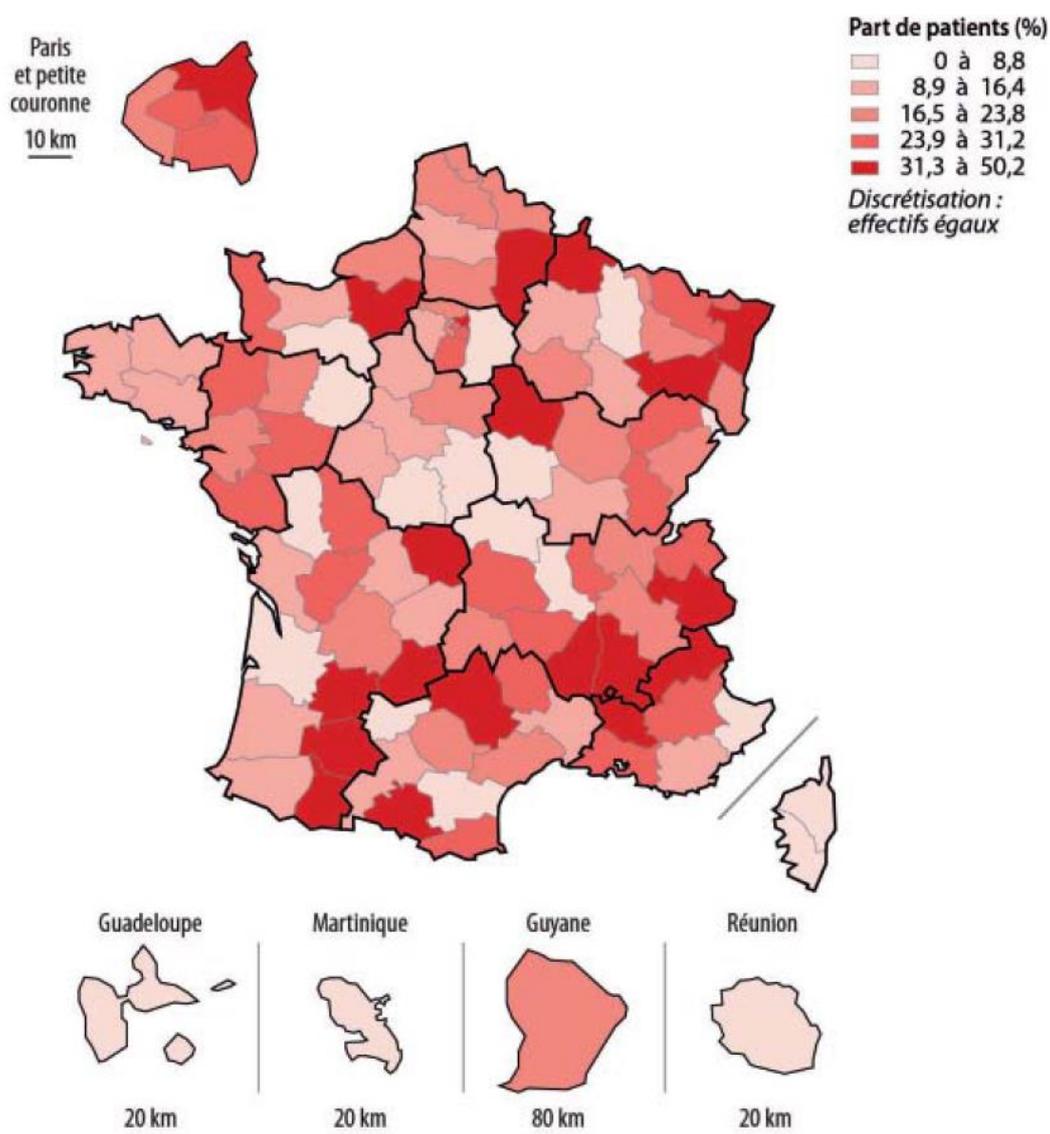
- Une première augmentation de 4,5% a été observée entre 2010 et 2012, arrivant à 79 000 patients hospitalisés sans consentement dans l'année. Cependant, cette hausse était conforme à l'augmentation de la file active totale de personnes suivies en psychiatrie.
- Entre 2012 et 2015, il est rapporté une hausse de 15,9% du nombre de patients suivis dans l'année en soins sans consentement, dépassant largement l'augmentation de la file active des personnes suivies en psychiatrie (qui est de 4.9%). Cette augmentation concerne l'ensemble des modes légaux mais est plus marquée pour les soins en SPI, qui passent de 8 500 à 19 500 (Cf. graphique 1). L'utilisation des SPI a plus que doublée entre 2012 et 2015, où ils atteignent 21% des mesures de soins sans consentement. Les services d'urgences sont dans 63% des cas initiateurs de la mesure de SPI.



Graphique 1. Source : Coldefy M, 2017 [24]

L'augmentation des patients suivis en soins sans consentement en psychiatrie s'explique également par l'utilisation des programmes de soins qui allongent la durée des soins sans consentement en dehors de l'hospitalisation : en 2015, il est estimé que près de 37 000 personnes ont fait l'objet d'un programme de soins, ce qui représente 40% du nombre de personnes en soins sans consentement.

Il existe en France une très grande variabilité dans l'utilisation des SPI selon les départements qui est représentée sur la carte ci-dessous, questionnant les pratiques et modes d'organisation des soins psychiatriques en urgence des établissements de santé. La Savoie fait partie des 10 départements les plus pourvoyeurs de SPI.



Carte 1 : Proportion de patients admis en SPI parmi les patients admis en soins sans consentement en psychiatrie en 2015, par département de prise en charge. Source : Rim-P, Insee [24]

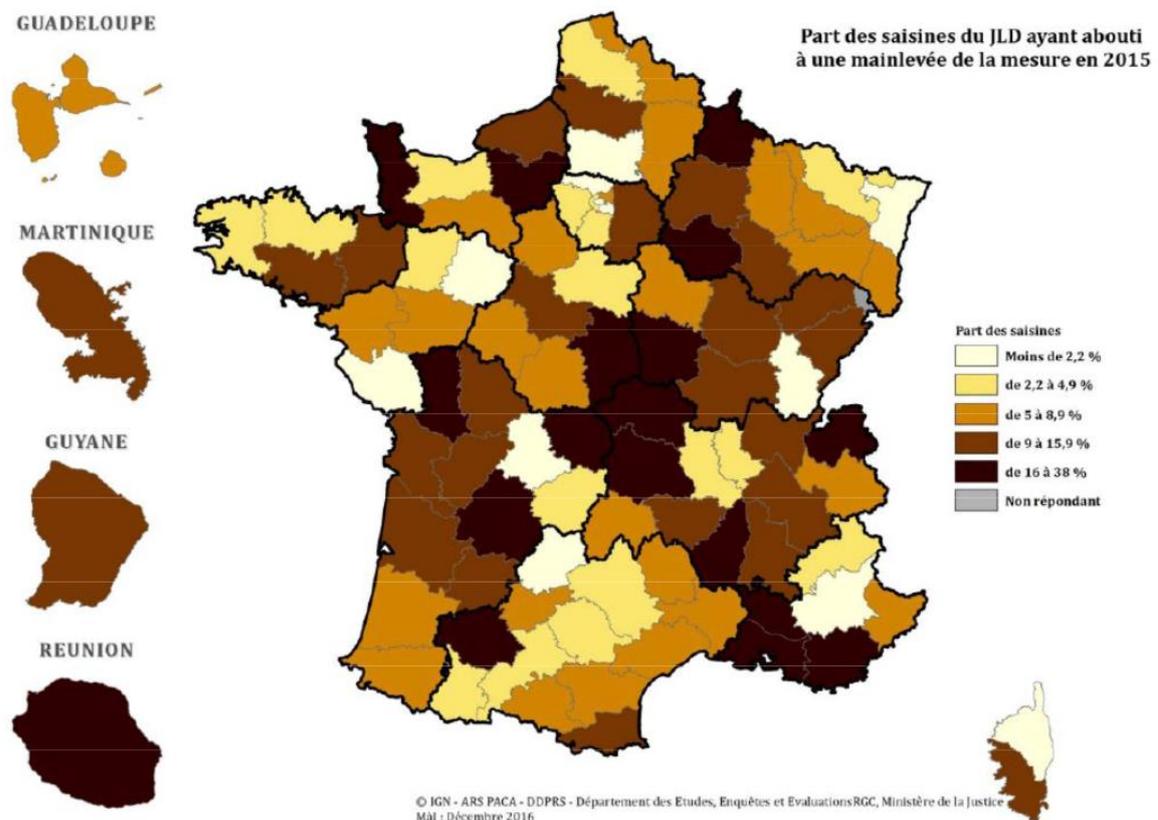
2. Données épidémiologiques de l'intervention du JLD [24, 44]

Entre 2012 et 2015, il est retrouvé une augmentation régulière du nombre total de saisines du JLD. En 2015, plus de 77 900 ordonnances ont été prononcées par les JLD en France, soit 27% de plus qu'en 2012. Cette augmentation est expliquée par la hausse du nombre d'admission et le délai d'intervention du JLD qui a été réduit de 15 à 12 jours dans la loi de 2013. Les principales données nationales concernant les saisines et les mainlevées ordonnées par le JLD sont disponibles en annexe 1.

Les saisines obligatoires (qui concernent les contrôles systématiques du JLD à 12 jours et tous les 6 mois) sont prédominantes : elles représentent 96,8% de l'ensemble des saisines ordonnées par le JLD en 2015.

En France, près d'une saisine sur dix aboutit à une mainlevée de la mesure de contrainte. Concernant les contrôles systématiques du JLD, il est retrouvé selon les années entre 8,4 et 9% de décision de mainlevée. Ce taux est plus élevé dans le cas des saisines facultatives initiées par les patients ou leurs proches (13,5% en 2015)

Il existe des différences importantes entre départements concernant le taux de levées de mesure ordonnées par le JLD, qui varie entre 0 et 38% dans le cadre des contrôles obligatoires en 2015 (carte 2). Cette forte variabilité qui peut s'expliquer tant par les pratiques des médecins que par les pratiques des JLD questionne. Il existe cependant très peu de littérature concernant l'étude des mainlevées de mesure de soins sans consentement, et à notre connaissance, il n'existe pas d'étude ayant analysé de manière systématique les causes de mainlevées concernant des décisions de première instance.



Source : RGC, Ministère de la justice.

Carte 2 : Proportion des saisines obligatoires du JLD aboutissant à une mainlevée de la mesure en 2015 selon les départements en France [44]

VI. Objectifs de l'étude

Etant donné la disparité des pratiques retrouvée en France, il nous a semblé pertinent de nous focaliser sur le département de la Savoie afin de décrire précisément le processus d'initiation des soins sans consentement jusqu'à la rencontre systématique du JLD au douzième jour d'hospitalisation complète, depuis la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. Cet objectif principal a été associé à une contextualisation épidémiologique des soins sans consentement en Savoie, pour permettre d'appréhender l'évolution introduite par la loi de 2011, en comparant les données épidémiologiques liées à ce nouveau cadre légal avec celles antérieures à 2011 (qui dépendaient alors de la loi du 27 juin 1990).

Le deuxième objectif principal de ce travail est d'identifier la proportion d'ordonnances de mainlevée rendues par le JLD lors de l'audience systématique du douzième jour, d'en caractériser les motifs, et d'identifier quelles sont les différentes prises de position médicales après les mainlevées. Cela pourrait apporter un premier éclairage sur les décisions de mainlevée en première instance qui ont peu été étudiées.

En objectif secondaire, nous nous sommes proposés de déterminer dans quelle mesure ces décisions de mainlevée sont comprises par des médecins extérieurs à la prise en charge, à partir de l'ordonnance rendue par le JLD et des certificats médicaux sur lesquels il a fondé une partie de son jugement.

MATÉRIEL ET MÉTHODES

Notre étude est une étude monocentrique, qui s'est déroulée de manière rétrospective au CHS de la Savoie. Ce CHS couvre l'ensemble de la Savoie, via 5 secteurs adultes : Chambéry Sud, Chambéry Nord, Aix-les-Bains, la Tarentaise, la Maurienne.

Nous avons décidé d'étaler notre étude sur plusieurs années, depuis la mise en place de la loi en août 2011 et jusqu'à fin 2016, afin d'augmenter notre échantillon d'ordonnances de mainlevée et d'avoir un aperçu de l'évolution des pratiques, en se basant sur l'hypothèse de l'existence d'un effet de « mise en place de la loi ».

Notre étude se compose de 4 parties :

- Un premier volet épidémiologique descriptif des nouvelles mesures de contrainte et de l'intervention du JLD.
- L'étude des ordonnances de mainlevée et des demandes d'expertise, avec une analyse détaillée des décisions prises par le JLD.
- L'étude des décisions médicales et de l'évolution des patients faisant suite à une mainlevée.
- Dans un dernier temps, une catégorisation de chaque décision de mainlevée du JLD en « comprise » ou « incomprise » a été effectuée par deux médecins extérieurs à la prise en charge, à partir de l'ordonnance du JLD et des certificats médicaux dont ils disposaient.

I. Étude épidémiologique des nouvelles mesures de contrainte et de l'intervention du JLD

Les données épidémiologiques relatives aux admissions sous contrainte (entre 2007 et 2016) et aux audiences du JLD ont été récupérées auprès du Département d'Information Médicale (DIM) et du bureau des entrées.

La mise en place de la loi ayant été effective au cours de l'année 2011, on retrouve sur cette année des modalités de mesure de soins sans consentement relatives aux deux législations (loi de 1990 et loi de 2011). Cette année n'a donc pas été prise en compte dans l'analyse de l'évolution des mesures de contraintes.

Les données relatives aux mainlevées sont issues des informations recueillies auprès du bureau des entrées. Ces données ont été complétées par la lecture de l'ensemble des ordonnances systématiques du JLD à 12 jours disponibles sur les livres de la loi, comme cela est décrit ci-dessous.

II. Étude des ordonnances de mainlevée

Nous avons choisis de nous concentrer sur les décisions prises dans le cadre du contrôle systématique du JLD ayant eu lieu dans les 12 jours d'une nouvelle mesure d'hospitalisation sous contrainte en hospitalisation complète.

Les autres mainlevées (cf. critères d'exclusion) concernent en effet des situations plus particulières, dont la mesure de soins sous contrainte a déjà été validée initialement par le JLD (à l'exception de certains programmes de soins) et pourraient faire l'objet d'une autre étude.

1. Échantillon

- *Critères d'inclusion :*

Pour constituer notre échantillon, nous avons retenu l'ensemble des mainlevées et des demandes d'expertises prononcées par le JLD dans le cadre du contrôle systématique survenant dans les 12 jours de toute nouvelle mesure de soins sans consentement ou de réintégrations de programmes de soins en hospitalisation complète. Nous avons choisi d'intégrer à la population étudiée les mesures de réintégrations, puisqu'elles représentent également une nouvelle mesure privatrice de liberté.

- *Critères d'exclusion :*

Les mainlevées n'ont pas été retenues dans les cas suivants :

- Mainlevée ordonnée par le JLD lors du contrôle systématique survenant tous les 6 mois dans le cadre d'une hospitalisation complète.

- Mainlevée ordonnée par le JLD suite à une saisine facultative par un patient ou un ayant-droit (contestation d'une mesure d'hospitalisation complète ou d'un programme de soins)
- Mainlevée ordonnée en cour d'appel. Il s'agit soit des cas où le patient fait appel à la décision prise par le juge de maintenir la mesure de soin en hospitalisation complète, soit des cas où le procureur fait appel à la décision du juge de lever la mesure.
- Mainlevée faisant suite à la réévaluation à 14 jours d'une demande d'expertise ordonnée par le JLD.
- Mainlevée concernant certains patients déclarés pénalement irresponsables (SDRE 122.1) qui nécessite des conditions spécifiques.

2. *Collecte des données*

Les mainlevées ont été recueillies par deux méthodes :

- Par la consultation des données disponibles au bureau des entrées. Cette méthode a eu l'avantage de permettre de recueillir les mainlevées faisant suite à une réintégration. Cependant, le recueil des mainlevées par le bureau des entrées a débuté en 2013 et n'a pas été réalisé systématiquement (l'enregistrement des mainlevées n'étant pas automatisé).
- Par la lecture de l'ensemble des ordonnances (disponibles sur les livres de la loi) prononcées par le JLD suite à une nouvelle admission en soins sous contrainte entre 2011 et 2016. Cette méthode a permis de recenser de manière plus exhaustive les décisions de mainlevée ainsi que les demandes d'expertise. Cependant, en 2011, ces recueils n'étaient pas complètement renseignés.

Pour chaque mainlevée recensée, l'ordonnance du JLD et les certificats médicaux impliqués ont été recueillis dans le dossier administratif des archives du CHS.

3. *Analyse des données*

L'analyse des mainlevées s'est faite à partir de la lecture de l'ordonnance du JLD et des différents certificats réalisés. Nous avons à chaque fois indiqué la présence ou l'absence du patient et d'un avocat à l'audience, la décision du JLD (mainlevée immédiate ou différée, expertise) et les raisons motivant sa décision.

Les motifs de mainlevée ont été classés selon deux grandes catégories :

- Levées sur le fond : nous avons défini comme « le fond » ce qui se rapporte à la *justification clinique* de l'hospitalisation sans consentement, fondée sur la symptomatologie présentée par le patient (rapportée sur les certificats médicaux).
- Levées sur la forme : il s'agit à l'inverse de tout ce qui ne se rapporte pas à la justification clinique de la contrainte : le respect du cadre légal, des procédures d'admissions, des règles de rédaction des certificats, des droits des patients. Ainsi, par exemple, l'absence de recherche d'un tiers dans le cas d'une mesure de SPI constitue une atteinte à la forme du cadre de l'hospitalisation sous contrainte, dans le sens où il s'agit là d'une nécessité légale à celle-ci, indépendamment de la symptomatologie du patient et de la nécessité de soins. Il en va de même pour la demande de levée de mesure par un tiers lors de l'audience.

L'intérêt de cette classification est de mettre facilement en évidence les cas où la contestation du JLD porte sur la décision ou la justification *médicale* des soins sans consentement.

Les causes de mainlevée ont ensuite été regroupées par sous-groupes selon leur similarité.

III. Étude des décisions médicales et de l'évolution des patients

La décision médicale faisant suite à une mainlevée dépend du positionnement du patient, notamment de son acceptation ou non à poursuivre les soins (sous la forme d'une hospitalisation complète ou en ambulatoire).

C'est pour cette raison que nous avons décidé de traiter les décisions médicales et le devenir des patients de manière conjointe. Concernant ce dernier point : l'objectif de l'étude n'est pas d'évaluer précisément l'évolution des patients suite à une mainlevée, la méthode rétrospective n'étant pas la plus adaptée à cet objectif. Il s'agit là seulement d'un aperçu de la situation à court terme des patients et des difficultés qui peuvent être rencontrées.

1. Collecte des données

Les données relatives à l'étude de la réaction des médecins suite à la mainlevée d'une mesure de soins et du devenir à court terme des patients (inférieur à 3 mois) ont été obtenues par la lecture du dossier médical informatisé (Cortexte).

Plusieurs données ont également été récupérées : âge du patient, sexe, antécédent d'hospitalisation (avec ou sans contrainte) sur le CHS, service à l'origine de la mesure de soins sans consentement, type de mesure de soins sans consentement. L'ensemble des données a été anonymisé.

2. Autorisations

L'étude et l'accès aux dossiers médicaux informatisés ont été réalisés avec l'accord du collège du Département d'Information Médicale (DIM), de l'ensemble des chefs de service et du directeur de l'hôpital. Une trace écrite explicative a été consignée dans le dossier informatisé de chaque patient.

3. Analyse des données

Les décisions médicales ont été classées selon les groupes suivants :

- Appel de la décision de mainlevée
- Remise en place d'une nouvelle mesure de soins sans consentement
- Réalisation d'un programme de soins
- Levée de la mesure et poursuite de l'hospitalisation en soins libres
- Levée de la mesure et sortie d'hospitalisation. Dans ce cas, les conditions de la sortie ont été identifiées.

Nous avons choisi de nous intéresser plus particulièrement au devenir des patients ayant accepté de poursuivre l'hospitalisation en soins libres et aux patients qui sont sortis contre avis, suite à la levée de la mesure.

Les programmes de soins réalisés à la suite des levées d'hospitalisation complète ont quant à eux été classés selon les modalités de prise en charge proposées et leurs degrés de contrainte. Une difficulté a été de définir les notions d'hospitalisation complète et d'hospitalisation partielle :

- Sur le plan administratif, toute personne hospitalisée plus de 24h est considérée comme faisant l'objet d'une hospitalisation complète. L'hospitalisation à temps partiel est limitée à l'hospitalisation de jour ou de nuit.

- La loi du 5 Juillet 2011 prévoit (par l'article L 3211-11-1) que l'hospitalisation complète sous contrainte peut être assortie de sorties de courte durée ou de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48h. De ce fait, toute sortie supérieure à 48h doit faire l'objet d'un programme de soin, et peut être considérée comme prenant la forme d'une hospitalisation partielle, ne répondant plus aux critères de l'hospitalisation complète.

C'est cette dernière définition que nous avons utilisée dans cette étude. Nous avons ainsi distingué :

- Les programmes de soin ambulatoires (consultations à l'hôpital ou en CMP, passages infirmiers à domicile, prises en charges en CATTP).
- Les programmes de soin sous la forme d'une hospitalisation à temps partiel (hospitalisation de jour, de nuit, ou toute hospitalisation ne répondant pas aux critères d'une hospitalisation complète).
- Les programmes de soin consistant en la poursuite d'un équivalent « d'hospitalisation complète ».

IV. Étude de la compréhension des décisions de mainlevée

Il ne s'agit pas ici de « juger » la décision prise par le JLD, mais de cerner à posteriori comment des médecins extérieurs à la prise en charge comprennent ou non les décisions de mainlevée.

Ce point nous a paru intéressant, dans la mesure où tout psychiatre traitant recevant une ordonnance de mainlevée se trouve dans une position difficile qui rend complexe l'évaluation objective de cette décision, alors même qu'il aura à l'aborder avec son patient.

En pratique quotidienne, le vécu relaté par les psychiatres dans cette situation se réfère à une incompréhension, voire une disqualification de cette décision, au motif que le JLD n'aurait pas compris, ou pas soutenu l'équipe de soins. Si ces impressions sur le moment sont humainement compréhensibles, il nous a semblé utile de tenter de les dépasser en proposant une lecture distanciée et neutre de la situation, se voulant plus objective vis-à-vis de l'analyse des mainlevées.

L'objectif est donc de catégoriser les mainlevées en « comprise » ou « incomprise », et d'identifier la proportion de chacune de ces catégories. Pour ce faire, une double lecture indépendante des certificats médicaux et des ordonnances du JLD liés à chaque levée a été réalisée par deux médecins extérieurs aux prises en charges. Les deux médecins devaient pour chaque dossier prendre une position tranchée au sujet de la décision du JLD entre « comprise » ou « incomprise ». En cas d'incompréhension, celle-ci était détaillée.

Outre d'augmenter le degré d'objectivité, cette double lecture avait pour but d'évaluer la concordance entre les avis des deux médecins, témoignant de la difficulté ou non d'émettre un tel avis. Une mesure du coefficient Kappa de Cohen a été effectuée à cet effet.

RESULTATS

I. Données épidémiologiques

1. Mesures d'hospitalisation sans consentement antérieures à la loi du 5 juillet 2011

Les nouvelles mesures de contraintes qui ont eu lieu sur le CHS de la Savoie entre 2007 et 2010 sont présentées sur le tableau 1 et la figure 1 selon les modalités d'hospitalisation. Les proportions de ces différentes modalités sont représentées sur les figures 2, 3, et 4.

Type de mesure	2007	2008	2009	2010
HDT (et HDTU)	537 (84,4%)	550 (87,0%)	575 (87,0%)	532 (90,5%)
HO	97 (15,3%)	55 (8,7%)	57 (8,6%)	38 (6,5%)
Patients détenus (D 398)	2* (0,3%)	27 (4,3%)	29 (4,4%)	18 (3,1%)
Total	636	632	661	588

Tableau 1 : Nombre de nouvelles mesures de soins sans consentement sur le CHS de Bassens entre 2007 et 2010

* La différenciation des patients détenus par rapport aux HO a été réalisée au cours de l'année 2007

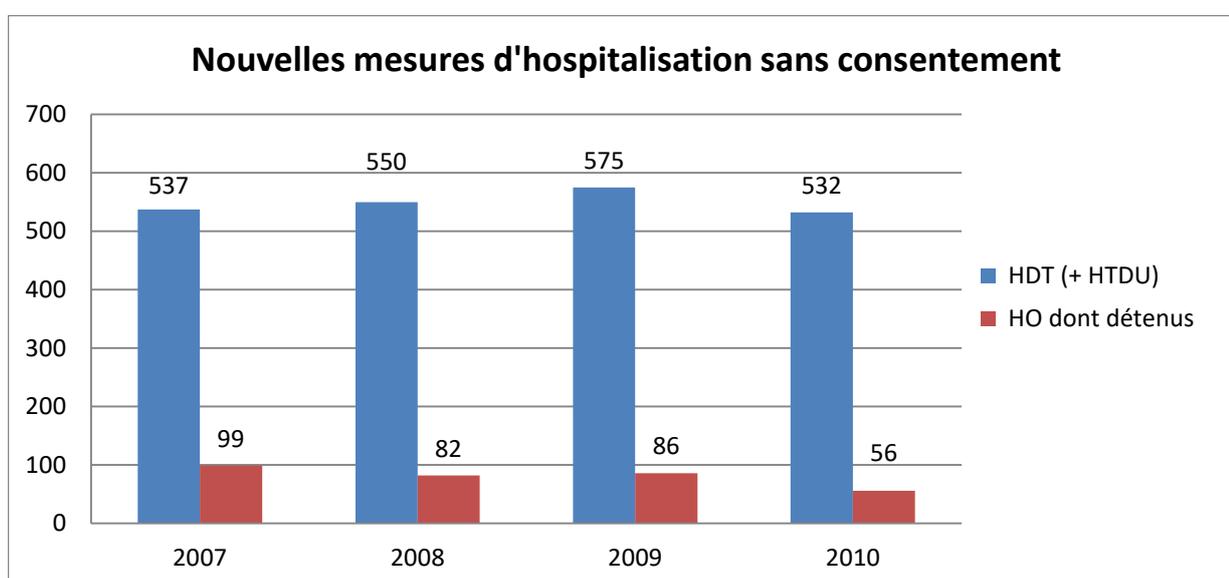


Figure 1 : Nouvelles mesures de soins sans consentement au sein du CHS de la Savoie de 2007 à 2010

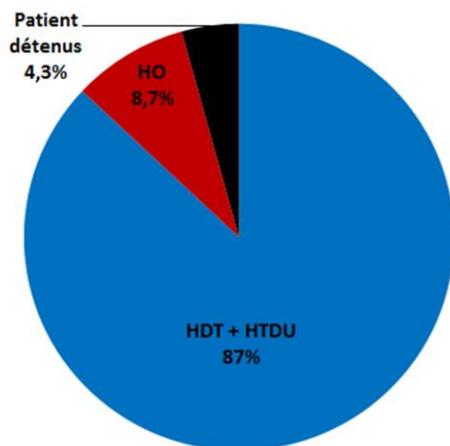


Figure 2 : 2008

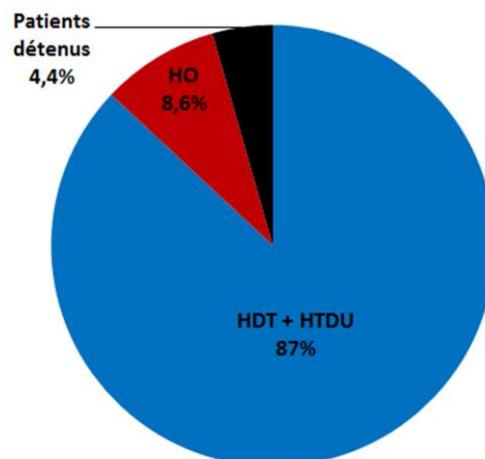


Figure 3 : 2009

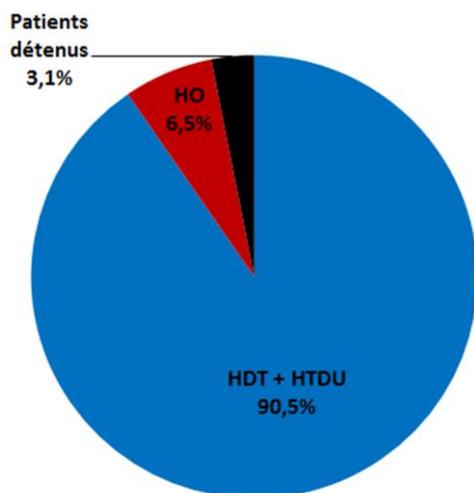


Figure 4 : 2010

Figures 2 à 4 : Répartition des hospitalisations sans consentement selon le type de mesure au CHS de la Savoie entre 2008 et 2010

Sur cette période, les données disponibles sur le CHS de la Savoie ne font pas de distinction entre les mesures d'HDT et les mesures d'HDT d'Urgence, ce qui ne permet pas de connaître la proportion de chaque mesure.

Entre 2007 et 2010, la moyenne annuelle de nouvelles mesures de soins sans consentement est de **621,75**. L'écart-type est de 44,4 avec un coefficient de variation de 7,1%.

Les Hospitalisations à la Demande d'un Tiers représentent la grande majorité des hospitalisations sans consentement, **entre 84,4% et 90,5%**, et sont relativement stables sur la période. La moyenne des nouvelles mesures d'HDT est de **548.5 avec un écart-type de 19,2, soit un coefficient de variation de 3,5%** (rappelons que plus le coefficient de variation est proche de 0%, plus la variabilité entre les mesures est faible d'une année sur l'autre).

La moyenne annuelle du nombre d'hospitalisations en HO et de patients détenus entre 2007 et 2010 est de **80,7** (89 de 2007 à 2009), avec une moyenne de 50 pour les HO et de 24,7 pour les détenus (entre 2008 et 2010). On observe en 2010 une nette diminution de **34,9%** par rapport à 2009, qui concerne les HO (-33,3%) et les patients détenus (-37,9%).

2. Mesures de soins sans consentement depuis la loi du 5 juillet 2011

Le tableau 2 et la figure 5 reportent le nombre d'admissions en soins psychiatriques sans consentement depuis la mise en application de la loi (le 1^{er} aout 2011) jusqu'en 2016. Les proportions des différentes modalités de placement selon les années sont représentées sur les figures 7 à 11.

Type de mesure	2011 (aout-déc.)	2012	2013	2014	2015	2016	Total
SDT	43 (17,3%)	90 (16,9%)	91 (15,5%)	81 (13,3%)	75 (13,7%)	72 (12,2%)	452 (14,5%)
SDTU	107 (43,1%)	211 (39,6%)	205 (34,9%)	209 (34,3%)	189 (34,6%)	215 (36,6%)	1136 (36,5%)
SPI	70 (28,2%)	183 (34,3%)	241 (41,0%)	275 (45,2%)	236 (43,1%)	268 (45,6%)	1273 (40,9%)
SDRE	24 (9,7%)	33 (6,2%)	31 (5,3%)	28 (4,6%)	23 (4,2%)	22 (3,7%)	161 (5,2%)
Patient détenu (D 398)	4 (1,6%)	17 (3,2%)	20 (3,4%)	16 (2,6%)	24 (4,4%)	11 (1,9%)	92 (3,0%)
Total	248	534	588	609	547	588	3114

Tableau 2 : Nombre de nouvelles mesures d'admission en soins psychiatrique sans consentement sur le CHS de Bassens entre 2011 et 2016

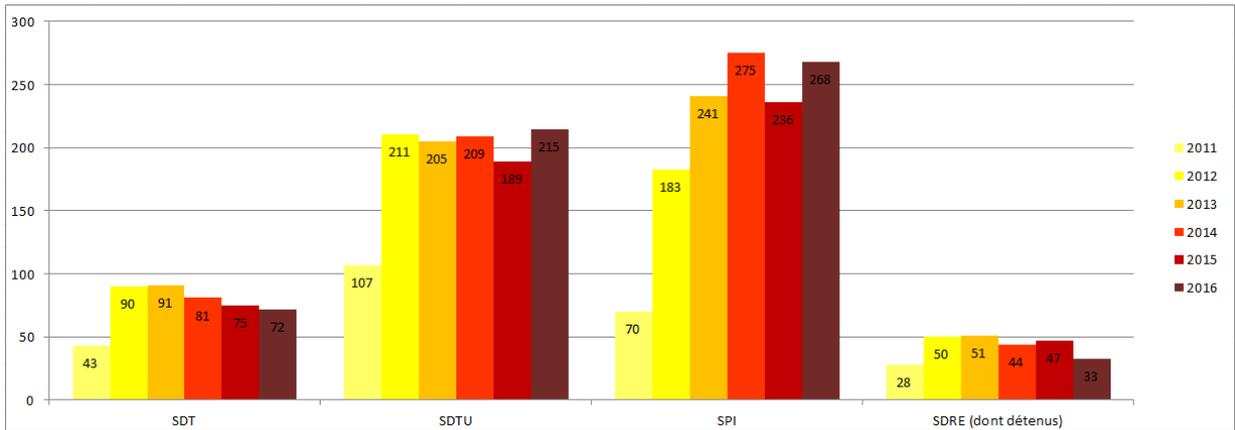


Figure 5 : Nouvelles mesures de soins sans consentement au sein du CHS de la Savoie entre 2011 et 2016

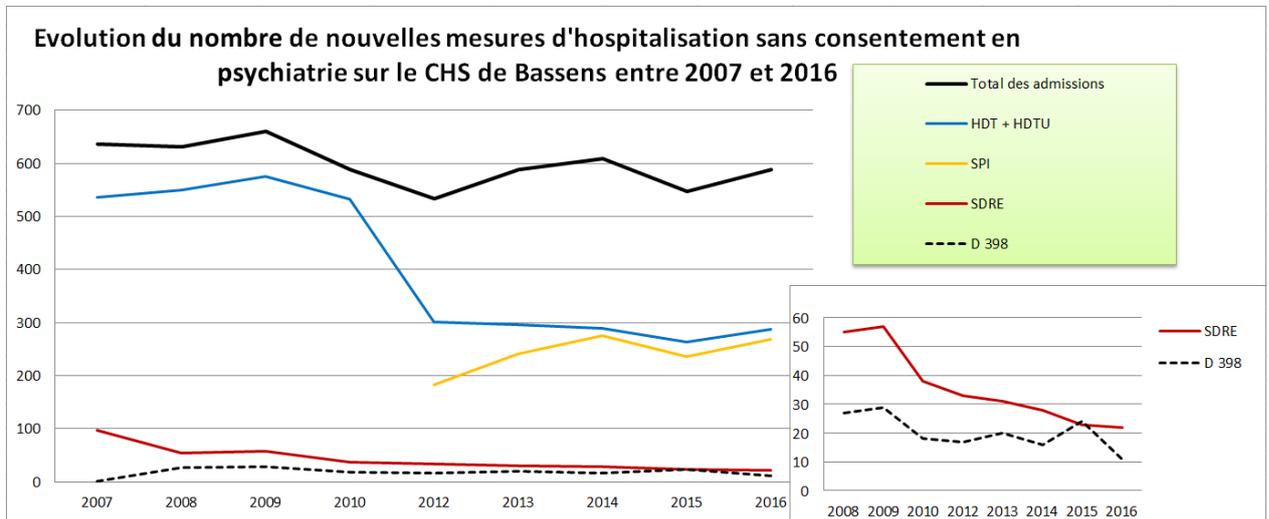


Figure 6 : Evolution du nombre de nouvelles mesures d'hospitalisation sans consentement selon le type de mesure sur le CHS de Bassens entre 2007 et 2016

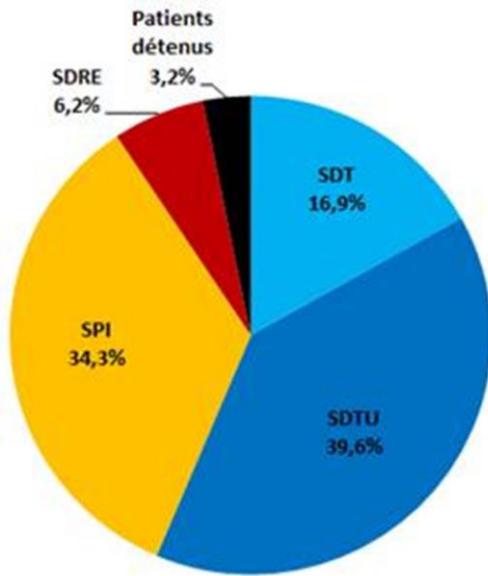


Figure 7 : 2012

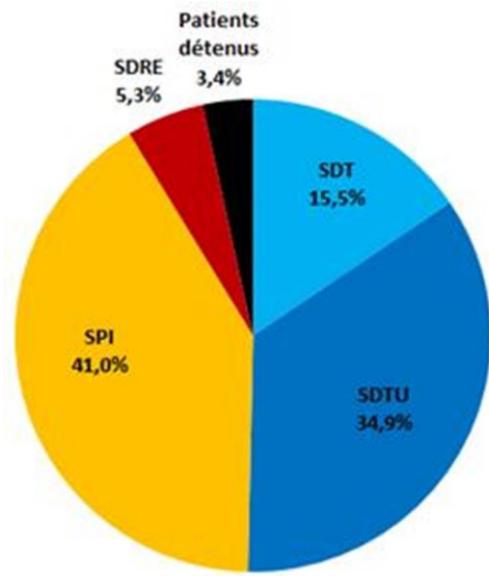


Figure 8 : 2013

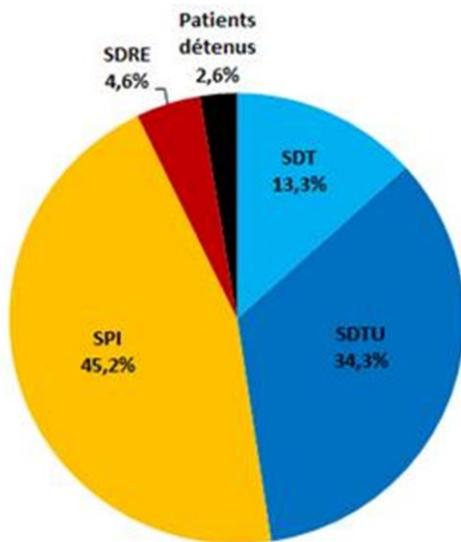


Figure 9 : 2014

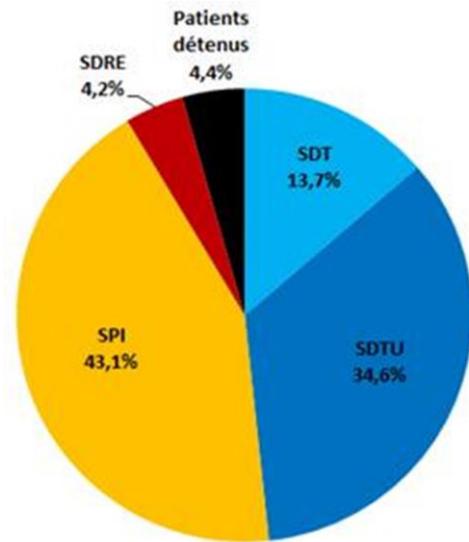


Figure 10 : 2015

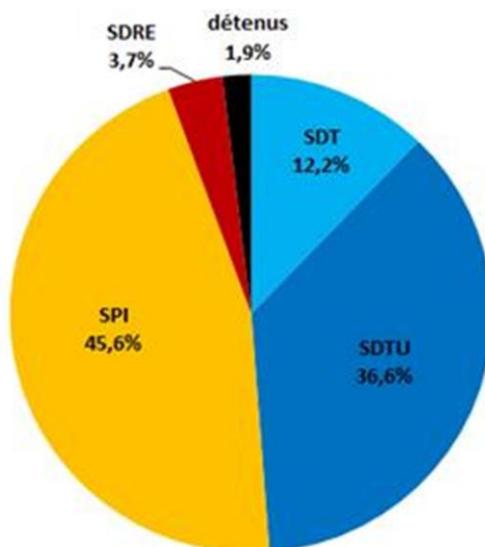


Figure 11 : 2016

Figures 7 à 11 : Répartition des hospitalisations sans consentement selon le type de mesure au CHS de la Savoie entre 2012 et 2016



La moyenne annuelle de nouvelles mesures de soins sans consentement est de **573,2** admissions, soit en moyenne **48,5** nouvelles mesures en moins par année par rapport aux années antérieures à 2011. Cependant, le nombre de nouvelles mesures est relativement stable entre 2012 et 2016 : l'écart-type est de 31,4 avec un coefficient de variation de 5.5%.

Le nombre annuel moyen de mesures de SDT est de **81,8** admissions. Les mesures de SDT représentent **14,5%** de l'ensemble des admissions sans consentement. Cette valeur a tendance à diminuer entre 2012 et 2016, passant de 90 à 72 admissions (soit **-20%**). En 2016, on arrive seulement à **12,2%** d'hospitalisation en SDT.

Concernant les SDT d'Urgence (SDTU), la moyenne d'admission annuelle est de **205,8**. Cette valeur est stable entre 2012 et 2016 : l'écart-type est de 10,1 avec un coefficient de variation de **4.9%**. Cette modalité représente **36.5%** de l'ensemble des admissions sans consentement.

Si on additionne les SDT et les SDTU, on obtient **51%** de l'ensemble des admissions entre 2012 et 2016, et en moyenne **287,6** admissions par année. En comparaison avec les années précédant la mise en place de la loi, cela représente **260,9** admissions de moins par année, soit une diminution de **47,6% (1,9 fois moins)**. Cette diminution importante s'est faite brutalement dès la mise en place de la loi.

Les admissions en SPI (nouvelle modalité de la loi de 2011) comptent en moyenne **240,6** admissions par année. Elles représentent **40,9%** de l'ensemble des admissions sans consentement. Entre 2012 et 2016, on note une augmentation progressive et importante du nombre de SPI, passant de 183 à 268 admissions (**+46,4%**) dans l'année. En 2016, La proportion d'admissions sous contrainte en SPI atteint **45,6%**.

Concernant les mesures de SDRE (Soins psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État), la moyenne d'admission est de **27,4** par année, soit **22,6** de moins par rapport aux années antérieures à 2011 (**-45,2%**). De plus, on remarque une diminution progressive de leur utilisation entre 2012 et 2016 (**-33%**).

La diminution du nombre de détenus observée en 2010 se confirme avec une moyenne de **17.6** patients détenus hospitalisés par an entre 2012 et 2016. Cette diminution est liée à l'ouverture des Unités Hospitalières Spécialement Aménagées (UHSA) du Vinatier.

3. Évolution des nouvelles admissions en soins psychiatriques sans consentement

	2011 (aout-déc.)	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nouvelles mesures de contrainte	248	534	588	609	547	588	3114
Levées dans les 72 h	47 (19,0%)	96 (18,0%)	113 (19,2%)	122 (20,0%)	105 (19,2%)	121 (20,6%)	604 (19,4%)
Passages devant le JLD avant 12 jours	146 (58,9%)	376 (70,4%)	395 (67,2%)	373 (61,2%)	394 (72,0%)	397 (67,5%)	2081 (66,8%)
Programmes de soins réalisés dans les 12 jours *	44	84	67	38	14	13	260
Patients suivis en programme de soins dans l'année	149	256	220	175	130	105	

Tableau 3 : Evolution des patients admis en soins sans consentement sur le CHS de la Savoie

* Nombre de certificats de programmes de soins réalisés dans les 12 jours suivant la mise en place d'une mesure de soins sans consentement. Ce nombre doit être revu à la baisse, car il peut faire l'objet de doublons pour un même patient

Quand on analyse l'évolution des patients admis en soins sans consentement, on peut observer que :

- **19,4 %** des mesures de soins sont levées dans les 72 heures suivant l'admission, délai qui correspond à la période d'observation initiale en hospitalisation complète.
- **66,8 %** des patients hospitalisés sans consentement vont poursuivre leur hospitalisation jusqu'à l'intervention du JLD.
- Cela signifie que pour environ **13,8 %** des admissions sans consentement, la levée de la mesure ou l'établissement d'un programme de soins va avoir lieu entre le troisième jour de l'hospitalisation et l'audience du JLD.

Ces deux derniers résultats sont approximatifs, car nous ne connaissons pas le nombre de réintégration de mesures de soins ambulatoires. Celles-ci ne sont pas comptabilisées dans les nouvelles mesures de contrainte, mais le sont dans le nombre d'audiences réalisées à 12 jours (Cf. schéma 1).

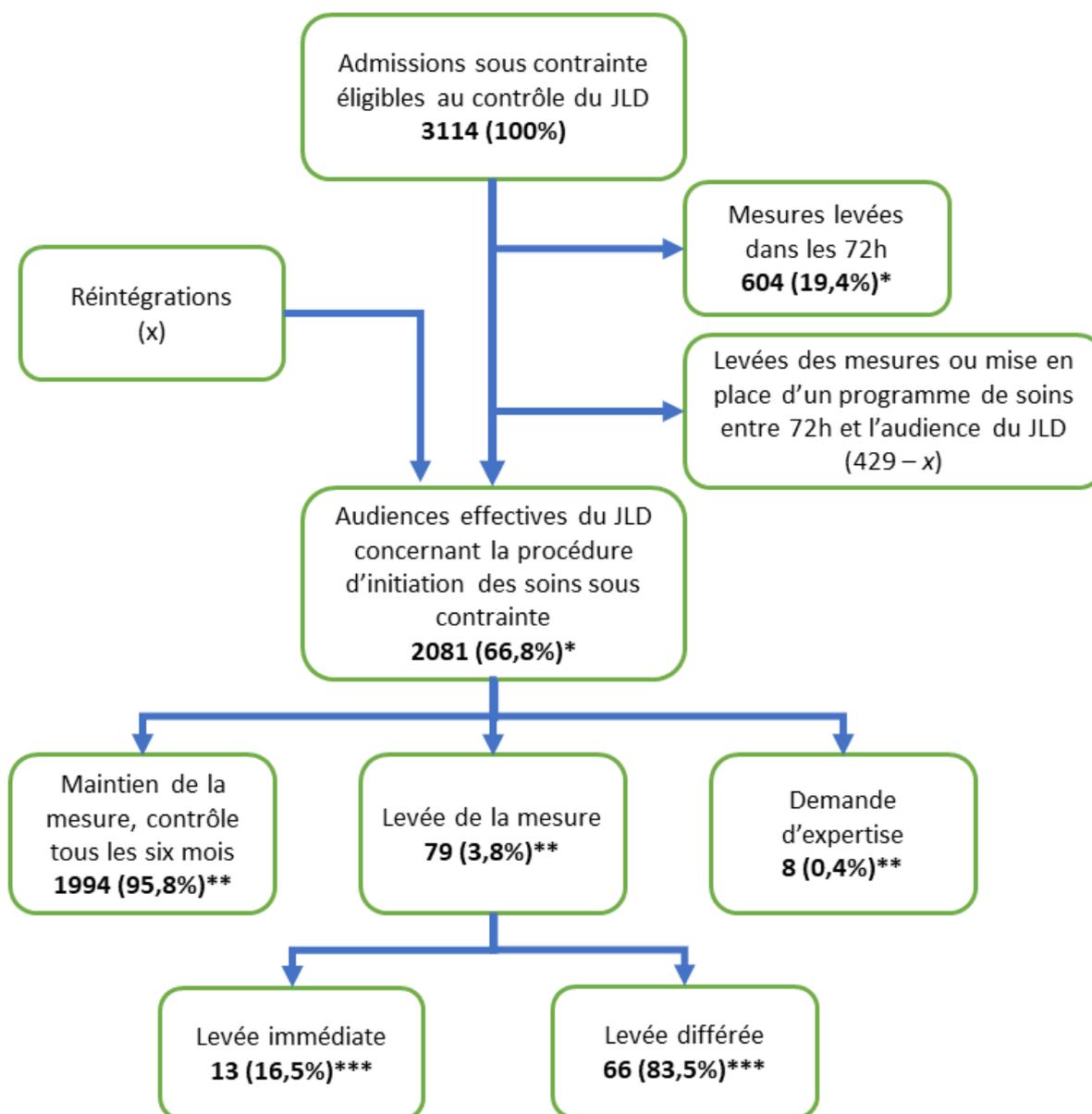


Schéma 1 : schéma récapitulatif du processus d'initiation des soins sans consentement.

Le nombre de levées entre 72h et l'audience du JLD est estimé à partir de la différence entre le nombre de mesures maintenues à 72 et le nombre d'audiences, moins le nombre de réintégration (qui ne sont pas comptabilisé parmi les nouvelles admissions). * % par rapport au nombre d'admissions sous contrainte, ** % par rapport au nombre d'audiences effectives, *** % par rapport aux 79 mainlevées.

Les données recueillies au DIM rapportent que parmi les 3114 nouvelles mesures de soins sans consentement entre août 2011 et décembre 2016, 260 programmes de soins ont été réalisés dans les 12 jours suivant l'admission. Cependant, cette valeur *surestime* le nombre de patients dont la mesure d'hospitalisation complète a été transformée en soins ambulatoires sans consentement avant le passage devant le JLD. En effet, il s'agit là du nombre de *certificats* réalisés, ce qui laisse la possibilité de doublons pour un même patient. De plus, le JLD n'intervient pas systématiquement le douzième jour, mais souvent dans les jours

précédents. Certains de ces certificats peuvent ainsi avoir été réalisés dans les 12 jours suivant l'admission mais *après* l'audience.

Toutefois, on note une diminution importante du nombre de programmes de soins réalisés dans les 12 premiers jours entre 2012 et 2016 : ceux-ci passent de 84 à 13 par année.

Cette diminution est également observée concernant le nombre de patients suivis dans l'année en programme de soins : en 2012, 256 patients ont été suivis dans l'année en programme de soins, soit **2,4** fois plus qu'en 2016 (105 patients).

4. *Épidémiologie des audiences du Juge des Libertés et de la Détention et des mainlevées*

Répartition des audiences du JLD	2011 (aout-déc.)	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Nombre total d'audiences devant le JLD	172	419	446	465	467	487	2456
Nombre d'audiences en présence d'un avocat	38 (22,1%)	94 (22,4%)	133 (29,8%)	284 (61%)	467 (100%)	487 (100%)	1503
Nombre d'audiences systématique à 12 jours	146 (84,9%)	376 (89,7%)	395 (88,6%)	373 (80,2%)	394 (84,4%)	397 (81,5%)	2081 84,7%
Nombre d'audiences systématique tous les 6 mois	16 (9,3%)	33 (7,9%)	37 (8,3%)	70 (15,1%)	55 (11,8%)	67 (13,8%)	278 11,3%
Nombre d'audiences à la demande du patient	10 (5,8%)	11 (2,6%)	14 (3,1%)	22 (4,7%)	18 (3,9%)	23 (4,7%)	97 3,9%

Tableau 4 : Répartition des audiences du JLD au sein du CHS de la Savoie entre 2011 et 2016

Levées de mesure sur le CHS	2011 (aout-déc.)	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Levées de mesure immédiate	[0 ; 2]*	[0 ; 2]*	3	7	2	6	[18 ; 22]
A 12 jours Autres**	0 [0 ; 2]*	0 [0 ; 2]*	<u>3</u> 0	<u>3</u> 4	<u>1</u> 1	<u>6</u> 0	<u>13</u> [5 ; 9]
Levées différées d'hospitalisation complète	[0 ; 2]*	[0 ; 2]*	25	16	12	15	[72 ; 76]
A 12 jours Autres**	<u>1</u> [0 ; 2]*	<u>3</u> [0 ; 2]*	<u>24</u> 1	<u>16</u> 0	<u>10</u> 2	<u>12</u> 3	<u>66</u> [6 ; 10]
Total des levées	3	5	28	23	14	21	94
Demandes d'expertise	0	1	2	7	6	4	20
Dont expertises demandées à 12 jours	0	<u>1</u>	0	<u>4</u>	<u>2</u>	<u>1</u>	<u>8</u>

Tableau 5 : Nombre de mainlevées prononcées en première instance sur le CHS de la Savoie entre 2011 et 2016

* Avant 2013, le type de mainlevée n'était pas renseigné, les données sont manquantes pour 4 levées

**Autres : audience à 6 mois d'hospitalisation, sur demande du patient ou d'un ayant-droit, contrôle après demande d'expertise

Levées de mesure en cour d'appel	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Audiences en cour d'appel	10	25	22	20	17	97
Mainlevées en cour d'appel	0 (0%)	10 (40%)	5 (22,7%)	3 (15%)	8 (47,1%)	26 (26,8%)

Tableau 6 : Nombre d'audience et de mainlevées survenues à la cour d'appel de Chambéry*

* Les audiences en appel concernent les appels des patients sur une décision de maintien d'une mesure de contrainte, et les appels du procureur suite à une levée de mesure

2456 auditions par le JLD ont eu lieu sur le CHS de Bassens depuis la mise en place de la loi jusqu'en 2016, avec en moyenne 457 auditions par an. On note une légère augmentation du nombre d'auditions entre 2012 et 2016 (+ 16%). Le nombre d'auditions systématique à 12 jours est resté stable.

84,7% de ces audiences ont eu lieu lors du contrôle systématique initial du JLD dans les 12 jours suivant la mise en place d'une nouvelle mesure de soins sans consentement, et **11,3 %** ont eu lieu lors du contrôle systématique prévu tous les 6 mois d'une hospitalisation complète continue. Les audiences systématiques représentent donc 96% des audiences du JLD.

Les saisines du JLD sur demande du patient ou d'un ayant-droit ne représentent que **3,9%** des audiences.

Avant que l'assistance d'un avocat soit rendue obligatoire par la loi du 27 septembre 2013, ceux-ci n'étaient présents qu'à 25,6% des audiences.

Les données disponibles sur le CHS ne permettent pas de distinguer de quel type de mainlevée il s'agit avant l'année 2013 (levée immédiate ou levée différée d'hospitalisation complète). Cela laisse une imprécision pour 4 cas de mainlevées survenus entre 2011 et 2012.

L'ensemble des données disponibles au bureau des entrées et dans les livres de la loi ont permis d'identifier 94 mainlevées prononcées sur le CHS de la Savoie et 26 en cour d'appel, soit **120 mainlevées**. Sur les 2456 audiences réalisées au CHS de la Savoie, cela représente 3,83% de mainlevées prononcées par le JLD. Parmi les 94 mainlevées, 79 (soit 84%) ont eu lieu dans le cadre du contrôle systématique du JLD à 12 jours, ce qui correspond aux proportions de ces dernières sur l'ensemble des audiences. On retrouve environ **4** fois plus de levées différées d'hospitalisation complète que de levées immédiates de la mesure.

20 demandes d'expertises ont été faites à la demande du JLD, dont 8 lors du contrôle systématique à 12 jours.

Les mainlevées soulignées dans le tableau 5 indiquent celles qui ont été incluses dans l'étude.

97 audiences ont eu lieu en cour d'appel. Celles-ci concernent les appels faits par les patients suite à la décision de maintien de mesure prononcée par le JLD, et les appels du procureur suite à une mainlevée du JLD. Cela signifie que sur les 2342 ordonnances où le JLD a décidé de la poursuite des soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, moins de **4,2%** des patients ont fait appel de cette décision.

26 mainlevées ont été prononcées, ce qui représente **26.8%** des audiences en cour d'appel. On retrouve un taux de levées de mesure **7 fois plus important en cour d'appel** que dans le cadre d'une audience de première instance au sein du CHS.

II. Étude des décisions de mainlevée et des demandes d'expertise prononcées par le JLD

1. Caractéristiques de population

Sur les 3114 dossiers (administratifs) consultés correspondant aux nouvelles mesures de contrainte sur le CHS de Bassens depuis la mise en place de la loi et jusqu'à fin 2016, on retrouve **79 mainlevées ordonnées par le JLD** (dont 13 levées immédiates et 66 levées différées) et 8 demandes d'expertise sur l'audience systématique à 12 jours d'hospitalisation complète, soit un total de **87 cas inclus dans l'étude**.

Cela correspond à **4,18 %** des mesures de soins sans consentement en hospitalisation complète se poursuivant au-delà de 12 jours, dont **3,8 %** de mainlevées, sur les 2081 audiences réalisées par le JLD. **95,8 %** des mesures d'hospitalisation complète ont été maintenues par le JLD à 12 jours.

	2011	2012	2013	2014	2015	2016	Total
Levées immédiates	0	0	3	3	1	6	13
SDT	0	0	0	1	0	0	1
SDTU	0	0	1	1	1	1	4
SPI	0	0	1	0	0	5	6
SDRE	0	0	1	1	0	0	2
Levées différées	1	3	24	16	10	12	66
SDT	0	2	6	1	1	1	11
SDTU	0	0	7	6	5	4	22
SPI	0	1	9	9	3	5	27
SDRE	1	0	2	0	1	2	6
Ensemble des Levées	1	3	27	19	11	18	79
Demandes d'expertise	0	1	0	4	2	1	8
Total	1	4	27	23	13	19	87

Tableau 7 : Détail des mainlevées et demandes d'expertises prononcées par le JLD lors du contrôle systématique dans les 12 jours suivant une admission sous contrainte.

Parmi les 87 patients concernés :

- On retrouve 45 hommes pour 42 femmes. La répartition de l'âge est représentée sur la figure 12 : nous notons un pic entre 40 et 50 ans.
- 41 des patients n'avaient jamais été hospitalisés sur le CHS de Bassens. Sur les 46 patients ayant déjà été hospitalisés, 35 l'avaient été au moins une fois par une mesure de soins sans consentement.
- 3 patients avaient déjà fait l'objet d'une levée de la mesure de contrainte par le JLD lors d'une hospitalisation antérieure.
- Concernant la provenance des patients : 55 ont été adressés par un service d'urgence, 5 par un service hospitalier, 6 par S.O.S médecin, 5 par des médecins généralistes ou leurs médecins traitants, 3 par des psychiatres du CHS intervenant sur des structures extérieures, et 1 par une clinique psychiatrique. 4 des patients étaient déjà hospitalisés en soins libres lors de la mise en place de la mesure de contrainte, et 8 patients ont été réintégrés en hospitalisation complète dans le cadre d'un programme de soin.
- 1 levée a eu lieu en 2011, 4 en 2012, 27 en 2013, 23 en 2014, 13 en 2015, et 19 en 2016.
- On retrouve comme différentes mesures de contrainte : 15 SDT, 27 SDTU, 35 SPI et 10 SDRE (figure 13).
- Les patients étaient présents à l'audience dans 92% des cas, ce qui laisse 7 situations où l'audience s'est déroulée sans la présence du patient : 3 suite à une contre-indication psychiatrique, 2 suite à une contre-indication du fait de l'état somatique, 1 suite au refus du patient d'être présent à l'audience et 1 suite à une fugue du patient.
- Avant que la présence d'un avocat soit rendue obligatoire en septembre 2014, celui-ci était présent à 12 audiences sur 41 (soit dans 29,3 % des cas).

Le détail des caractéristiques par patient est disponible en annexe 8.

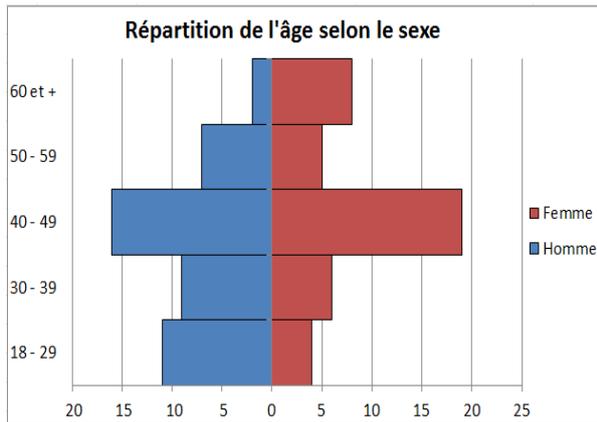


Figure 12 : pyramide des âges selon le sexe parmi la population étudiée

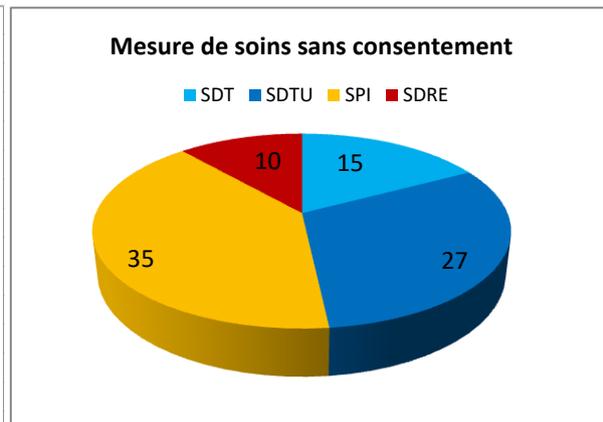


Figure 13 : répartition des mesures de soins sans consentement parmi la population étudiée

2. Étude des mainlevées ordonnées par le JLD

La lecture des ordonnances du JLD nous a permis de mettre en évidence 47 cas où la mainlevée était uniquement liée à un problème de fond, et 20 cas où elle faisait suite à un problème de forme. Dans 12 situations, le fond et la forme étaient tous les deux engagés.

Nous allons commencer par analyser les motifs de mainlevée où le fond est engagé, puis nous détaillerons les motifs de levées liées à un problème de forme. Le détail des motifs de levées est disponible en annexe 9.

2.1 Décisions de mainlevée sur le fond

59 cas de mainlevées étaient liés à un problème de fond, ce qui représente 74,7% des mainlevées. Parmi ceux-ci, 12 étaient associés à un vice de forme. Dans de nombreuses situations, la décision de mainlevée s'appuyait sur plusieurs motifs. Au total, 85 motifs ont été identifiés, qui ont ensuite été classés en sous-groupes (tableau 8).

L'ordonnance du JLD est parfois peu motivée sur les motifs exacts de levée, ce qui a pu rendre difficile d'identifier de manière certaine la volonté du JLD (annexe 3). Dans deux cas, l'ordonnance du JLD était non motivée, ne permettant pas de connaître la cause de la levée.

Causes de levées sur le fond :	85
Liées au consentement du patient	37
Absence ou doute sur la présence d'une pathologie psychiatrique	21
Absence de nécessité de surveillance continue en Hospitalisation Complète	11
Certificats non circonstanciés	6
Absence de Péril Imminent justifié dans le cadre d'une hospitalisation en SPI	6
Absence de justification d'atteinte à l'ordre public dans le cadre d'une hospitalisation en SDRE	4
Ordonnance non motivée	2

Tableau 8 : motifs de mainlevée identifiés concernant les levées où le fond est engagé

❖ **Consentement aux soins**

Dans les 37 cas de levée où la question du consentement aux soins intervient, 13 levées se basent uniquement sur le consentement du patient, et 24 sont associées à une autre cause.

En comparant ces levées avec le certificat de saisine, qui représente l'avis psychiatrique le plus proche de l'audience et donc le plus pertinent pour juger de l'état clinique actuel du patient, on remarque que :

- Dans 12 cas, le certificat ne mentionne pas l'absence de consentement aux soins du patient.
- Dans 13 cas, il est question d'un consentement fragile ou ambivalent, et/ou de la nécessité de renforcer l'adhésion aux soins ainsi que l'alliance thérapeutique, sans justification précise de l'impossibilité clinique du patient à consentir aux soins.
- Dans 5 certificats, il est noté l'absence de consentement du patient, sans justification.
- Dans 7 situations (dont 5 où le consentement est l'unique raison de la levée), l'absence de consentement ou l'ambivalence majeure est décrite et justifiée sur le plan psychiatrique. On note que dans 6 situations, le JLD se prête à une interprétation et à un jugement clinique du patient lors de sa présentation à l'audience. Ces situations seront reprises ultérieurement.

❖ Absence de pathologie psychiatrique

Le tableau suivant reprend les cas de mainlevées justifiées par l'absence ou par un doute concernant l'existence d'une pathologie psychiatrique. Parmi ces situations : ou bien le JLD a déclaré que les certificats ne permettaient pas de retenir l'existence d'une pathologie psychiatrique caractérisée, ou bien le JLD a déclaré que les troubles constatés ne s'apparentent pas à un trouble psychiatrique, et ne justifient donc pas en soi la mise en place d'une mesure de soins sans consentement. Les symptômes et diagnostics rapportés sont ceux mis en évidence dans les certificats adressés au juge. Ils ne font pas l'objet d'une réévaluation clinique.

Cas n°	Symptomatologie en lien avec la décision de mainlevée
2	Troubles du comportement, troubles neurologiques (troubles mnésiques secondaires à une alcoolisation chronique, confusion, épilepsie), dépendance aux benzodiazépines avec syndrome de sevrage
13	Doute sur la présence d'idées délirantes sur appréciation du JLD
17	Toxicomanie, alcoolisation, troubles du comportement
22	Troubles du comportement, trouble de personnalité (borderline), prise de toxiques
23	Démence, troubles du comportement
30	Alcoolisation chronique, troubles du comportement
31	Troubles du comportement (sexuel) avec agitation. Questionnement des psychiatres sur l'existence d'une pathologie psychiatrique
32	Démence, troubles du comportement
40	Alcoolisation chronique, troubles du comportement
41	Troubles du comportement (dans un foyer), trouble de personnalité (borderline)
50	Troubles du comportement (dans un foyer), trouble personnalité (borderline), alcoolisation, déficience intellectuelle
53	Troubles du comportement, trouble de personnalité (borderline), alcoolisation
55	Alcoolisation chronique, troubles du comportement
56	Doute sur l'existence d'un trouble psychiatrique caractérisé par le JLD (certificats peu circonstanciés, mauvaise compréhension des termes médicaux utilisés)
60	Trouble de personnalité (borderline), agitation avec troubles du comportement, toxicomanie
64	Troubles du comportement, agitation
65	Troubles du comportement, alcoolisation chronique
67	Troubles du comportement, alcoolisation, déficit intellectuel
70	Troubles du comportement, agitation, errance
71	Agitation, opposition, tristesse
77	Agitation, troubles du comportement, contexte social difficile avec conflits familiaux

Tableau 9 : cas de mainlevées où le motif d'absence ou de doute sur l'existence d'une pathologie psychiatrique a été évoqué

Un des éléments récurrents dans ces certificats est la présence de troubles du comportement (majoritairement hétéro-agressifs), dans 18 cas sur 21.

Ces troubles comportementaux sont souvent associés à un contexte d'alcoolisation ou de toxicomanie (10 cas), de troubles de personnalité s'apparentant à un trouble borderline (5 cas), de troubles neurologiques essentiellement cognitifs (3 cas), et de déficience intellectuelle (2 cas). Ces éléments peuvent être associés.

Dans deux situations, les certificats rapportaient la présence de symptômes psychotiques. Ceux-ci ont été soit remis en cause par le JLD, soit mal appréciés du fait de la terminologie médicale employée.

❖ Absence de nécessité de surveillance continue en hospitalisation complète

Ce motif, retrouvé 11 fois, n'a jamais été rapporté comme seule cause justifiant une mainlevée. Dans 9 cas, l'absence d'impossibilité à consentir aux soins était également mise en avant, et dans les 2 cas restants, elle était associée à un vice de forme.

❖ Absence de justification de l'existence d'un péril imminent

Dans 6 situations, la décision de mainlevée a été prise devant l'absence de justification suffisante pour caractériser un péril imminent justifiant la mise en place d'une mesure de SPI. On retrouve 2 cas de ce type de levée en 2014 et 4 cas en 2016.

Dans 5 de ces 6 situations, c'est le certificat initial qui est mis en cause. Les éléments qui figurent dans ces certificats pour justifier d'un péril imminent sont les suivants :

- « Refus d'une prise en charge quelle qu'elle soit imposant l'hospitalisation en milieu psychiatrique et absence de tiers »
- « Risque auto ou hétéro-agressif »
- « Elle n'est pas en capacité de juger de son état actuel »
- « Risque vital »
- « ... » (Absence de justification)

2. 2

Décisions de mainlevée sur la forme

On retrouve 32 cas de mainlevées pour vice de forme, ce qui représente 40,5% des décisions de mainlevées. Les motifs sont listés dans le tableau 10. Dans 12 situations, la forme s'accompagne d'un problème de fond. Les causes de mainlevée sur la forme ont été regroupées dans les trois sous-groupes suivants :

- Présence d'une irrégularité dans la procédure d'admission
- Présence d'une irrégularité autre portant atteinte aux droits du patient
- Présence d'un tiers se positionnant en faveur d'une levée de la mesure d'hospitalisation sans consentement lors de l'audience. Comme dit précédemment, nous avons choisi d'associer ces dernières situations à un problème de forme, dans le sens où la demande d'un tiers est un critère légal nécessaire à l'hospitalisation – critère ne dépendant pas de la symptomatologie clinique et de l'indication médicale de soins sans consentement.

Dans 11 cas, le tiers présent à l'audience s'est positionné en faveur d'une levée de la mesure, ou en faveur d'une sortie d'hospitalisation complète. La mise en place d'une mesure de soins sans consentement nécessitant la demande soutenue par un tiers, il paraît évident dans ces situations que le JLD prononce la levée de la mesure.

Dans 20 situations, il est rapporté la présence d'une irrégularité, dont les motifs sont variés (irrégularité ou absence d'un document nécessaire à la procédure d'admission et à l'évaluation du JLD, absence de recherche d'un tiers dans un SPI, atteinte aux droits du patient concernant les conditions de réalisation de l'audience).

Cependant, notons qu'il n'est pas retrouvé de récurrence importante parmi ces motifs : une fois qu'une irrégularité a été constatée par le JLD et a abouti à une décision de mainlevée, celle-ci n'est pas ou rarement reproduite.

Causes de levées sur la forme :	Nombre de cas :
Tiers en faveur d'une levée de mesure ou d'hospitalisation à l'audience * dont - 3 patients hospitalisés en SPI - 8 cas où la décision s'accompagne d'un problème de fond	11*
Irrégularités dans la procédure d'admission, vice de procédure, dont :	12
- Irrégularité de l'identité du médecin sur le certificat initial	1
- Arrêté du préfet non valide	1
- Tiers non valide (maire de la commune)	1
- Non-respect du délai de rédaction d'un certificat	2
- Absence du certificat de changement de forme de prise en charge en hospitalisation complète lors d'une réintégration d'un programme de soin	2
- Absence de décision formalisée de changement de forme de prise en charge en hospitalisation complète par le directeur lors d'une réintégration	3
- Décision d'admission du directeur adressée au patient non motivée (sur le type de mesure et l'identité des médecins certificateurs)	1
- Pièces manquantes à l'audience (dernier programme de soins, certificat de changement de forme de prise en charge, décision de réadmission du Préfet)	1
Irrégularités portant atteinte aux droits du patient, dont :	8
- Absence de justification d'information ou de recherche d'un Tiers dans les 24h de la mise en place d'un SPI	3
- Absence de proposition d'avocat à l'audience	1
- Absence d'interprète à l'audience	1
- Interprète à l'audience étant également la fille et le tiers demandeur de la mesure de contrainte	1
- Patient sous tutelle avec contre-indication médicale de se rendre à l'audience, sans présence ni convocation de son tuteur légal	1
- Notification tardive des droits du patient	1
Patient en fugue depuis l'admission	1

Tableau 10 : motifs de mainlevée concernant les levées où la forme est engagée

2. 3

Décisions de mainlevée immédiate

Sur les 79 mainlevées prononcées par le JLD, 66 (soit 83,5%) font état d'une levée de l'hospitalisation complète différée de 24h, laissant la possibilité de poursuivre les soins sous contrainte sous la forme d'un programme de soins, tandis que 13 (soit 16,5%) ordonnent une levée immédiate et complète de la mesure de contrainte. On retrouve ainsi 5 fois plus de mainlevées différées.

Parmi les 13 décisions de mainlevée immédiate détaillées dans le tableau 11, on retrouve : 3 levées sur le fond, 7 sur la forme, et 3 où le fond et la forme sont confondus.

Cas n°	Cause de la levée	Détails :
30	Fond	Absence de pathologie psychiatrique (alcoolisation, troubles du comportement)
45	Fond	Absence de justification d'atteinte à l'ordre public dans le cadre d'une SDRE (D 398)
75	Fond	Pas de nécessité d'hospitalisation sous contrainte ni de péril imminent (selon la saisine)
13	Fond + Forme	Fond : doute sur l'existence d'une pathologie psychiatrique, certificats peu circonstanciés Forme : absence d'interprète à l'audience
41	Fond + Forme	Fond : absence de pathologie psychiatrique, certificats peu circonstanciés Forme : tiers en faveur d'une levée d'hospitalisation
70	Fond + Forme	Fond : pas de pathologie psychiatrique ni de péril imminent sur le certificat initial Forme : absence de notification d'information ou de recherche de tiers dans les 24h (SPI)
18	Forme	Non-respect du délai de rédaction du certificat de saisine
42	Forme	Irrégularité de l'identité du médecin sur le certificat initial
58	Forme	Décision d'admission du directeur adressée au patient non motivée
63	Forme	Interprète à l'audience étant également la fille et le tiers demandeur de la mesure de contrainte
66	Forme	Patient en fugue depuis l'admission
74	Forme	Absence de notification d'information ou de recherche de tiers dans les 24h (SPI)
79	Forme	Absence de notification d'information ou de recherche de tiers dans les 24h (SPI), non-respect du délai de décision administrative d'hospitalisation par le directeur

Tableau 11 : motifs de levées concernant les mainlevées immédiates

Comme on peut s'y attendre, on note un nombre important de vices de forme parmi les décisions de levées immédiates, notamment lorsqu'il existe une irrégularité dans les procédures d'admissions, portant atteinte aux droits des patients.

On note cependant que parmi les 32 mainlevées ordonnées pour vice de forme, seulement 31,2% des mesures ont été levées immédiatement.

2.4

Demandes d'expertise

Une demande d'expertise a été ordonnée par le JLD dans 8 situations. Parmi celles-ci :

- Dans 6 cas, le JLD a émis un doute sur l'existence d'une pathologie psychiatrique. Il rapportait également parmi 4 de ces situations l'existence de conflits familiaux, pouvant influencer la demande du tiers et questionnant ainsi la nécessité d'une hospitalisation complète sans consentement.
- Dans une situation, le juge exprimait un doute sur la nécessité d'une hospitalisation complète et sur l'absence de consentement du patient.
- Dans un cas de SDRE, l'avis de saisine était favorable à une levée de la mesure, estimant que celle-ci n'était plus nécessaire. Le procureur de la République s'est opposé à cette levée, émettant un doute sur l'existence d'une dangerosité et sollicitant au JLD une demande d'expertise.

Dans 4 de ces situations, les expertises ont conclu à l'absence d'indication d'une mesure de soins sans consentement, et dans 2 situations à la nécessité de maintenir la mesure. Dans un cas, aucune expertise n'avait pu être réalisée dans le délai de 14 jours, l'hospitalisation complète a alors été levée par le JLD. Dans la dernière situation, un programme de soins a été établi avant la réalisation de l'expertise.

III. Étude des décisions médicales et du devenir des patients suite à une mainlevée ordonnée par le JLD

Nous allons maintenant nous intéresser aux décisions médicales et au devenir à court terme des patients suite aux mainlevées étudiées précédemment. Les principaux résultats sont présentés sur la figure 14. En premier lieu nous présenterons les cas où il a été décidé de maintenir la mesure de soins sans consentement, puis nous présenterons les situations où celle-ci a été levée. Le détail par patient est présenté en annexe 10.

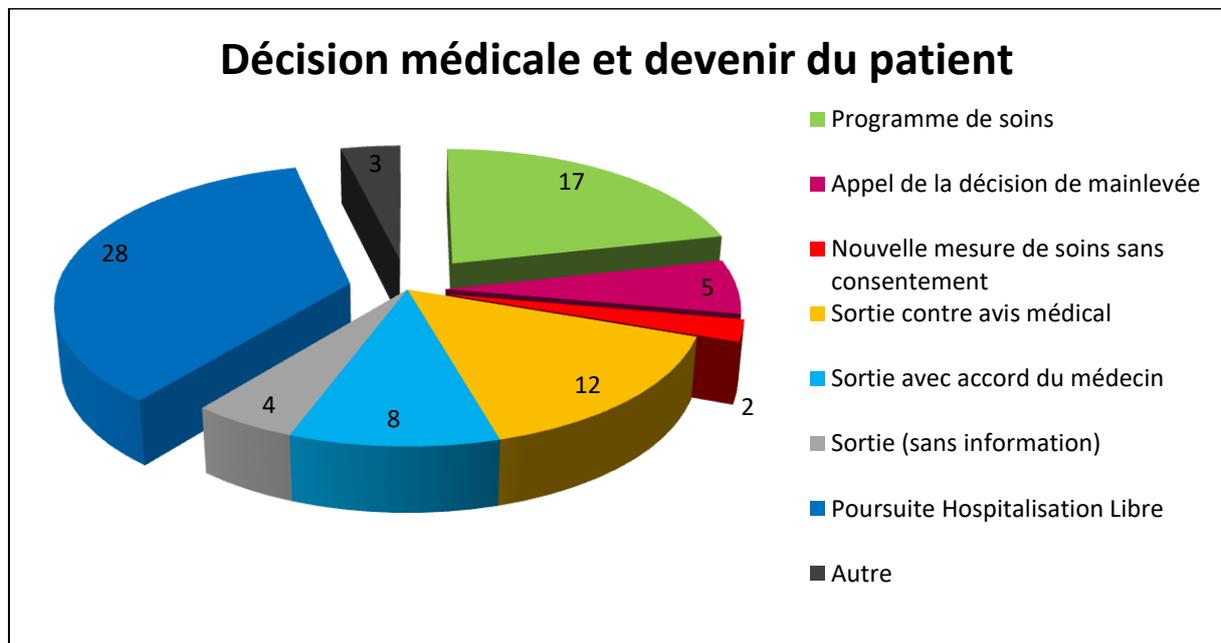


Figure 14 : Décisions médicales et devenir des patients suivant une décision de mainlevée par le JLD

3.1 Maintien d'une mesure de contrainte

Il existe plusieurs possibilités pour maintenir, si besoin, une mesure de contrainte suite à une mainlevée prononcée par le JLD. Il peut être fait appel de cette décision, le médecin peut remettre en place une mesure de soins sous contrainte ou bien décider de mettre fin à l'hospitalisation complète tout en maintenant une mesure de soins sous contrainte sous forme ambulatoire (cette dernière possibilité nécessite que la décision de mainlevée soit différée de 24 heures).

❖ Appel de la décision du JLD

Sur les 79 mainlevées, 5 appels ont été effectués, contestant la décision du JLD.

Parmi ceux-ci, seul un appel a été réalisé sur l'initiative d'un médecin, qui jugeait que la sortie était préjudiciable avec une mise en danger pour le patient. Cependant l'appel du médecin a été formulé directement au Tribunal de Grande Instance de Chambéry, ce qui a rendu la procédure caduque : l'appel relevait en effet du directeur de l'établissement (en tant que décisionnaire de l'admission en soins sans consentement).

Les autres appels ont eu lieu directement à l'initiative du Procureur de la République avec une demande d'effet suspensif : l'appel se justifiait soit par la présence d'une dangerosité avec un risque de passage à l'acte, soit par un risque grave pour l'intégrité du patient en cas de sortie. Dans 3 cas sur 4, la mainlevée s'est appuyée sur un vice de forme. Cet appel a donné lieu à une expertise, un maintien de mesure et deux confirmations de mainlevée (sur les deux levées de mesures, un patient a été muté en SDRE, la mesure de SPI initiale ayant été déclarée inadaptée).

Seule une mesure de SDRE sur les 8 ayant fait l'objet d'une mainlevée a fait l'objet d'un appel suspensif par le Procureur.

❖ Nouvelle mesure de contrainte

Dans deux cas, la mainlevée ordonnée par le JLD a été immédiatement suivie par la remise en place d'une nouvelle mesure de contrainte en hospitalisation complète. (Dans le premier cas, la levée faisait suite à un vice de forme, et dans le second, le certificat initial ne justifiait pas la présence d'un péril imminent. Les patients présentaient une pathologie délirante franche avec un déni des troubles et un refus de soins, ce qui contre-indiquait selon les médecins la sortie et la mise en place d'un programme de soins). Ces mesures ont été maintenues par le contrôle systématique du JLD à 12 jours.

❖ Programmes de soins

Sur les 66 mainlevées différées prononcées par le JLD (laissant la possibilité de réaliser un programme de soins dans les 24h), **17 programmes de soins ont été réalisés**, soit 25,8%. Parmi ceux-ci, 14 ont été mis en place durant l'année 2013, et seulement 3 sur l'ensemble des années suivantes (ce qui ne représente que 7,9 % des 38 levées différées qui ont eu lieu entre 2014 à 2016).

Lorsque l'on classe ces programmes de soins en fonction de leur modalité de prise en charge, on constate que :

- 6 se présentent sous la forme de soins strictement ambulatoires : consultations avec des infirmiers, des psychologues, des psychiatres, ayant lieu à l'hôpital ou en CMP. Seul un patient a fait l'objet d'une réadmission précoce dans le mois.
- 3 se rapportent à une hospitalisation à temps partiel : ces programmes de soins consistent en une permission supérieure à 48 heures (parfois de plusieurs jours) qui s'accompagne d'une réévaluation au retour de permission.
- 8 programmes de soins se rapportent à la poursuite de l'hospitalisation complète : dans ces programmes de soins, les libertés accordées au patient (sorties dans le parc de l'hôpital, permissions de moins de 48 heures, etc..) sont similaires à celles qui remplissent les conditions d'une hospitalisation complète. La plupart du temps, ces programmes de soins sont réévalués rapidement. On note que ces 8 programmes de soins ont été réalisés en 2013.

16 programmes de soins font référence à l'existence d'un traitement médicamenteux.

Un exemple de programme de soins ambulatoire ainsi que le détail des programmes de soins avec poursuite de l'hospitalisation sont présentés dans les annexes 5, 6 et 7.

Les principaux arguments rapportés par les médecins refusant ou contre-indiquant la réalisation d'un programme de soins reposent soit sur la nécessité clinique actuelle de poursuivre l'hospitalisation soit sur la difficulté de mise en place d'un tel programme.

3. 2 Levée de la mesure de contrainte

Suite aux 79 mainlevées ordonnées par le JLD, 55 (soit 69,6%) ont entraîné une levée complète de la mesure de soins sans consentement, donnant lieu soit à une sortie d'hospitalisation, soit à la poursuite de l'hospitalisation en soins libres.

❖ Poursuite de l'hospitalisation en soins libres

28 patients ont souhaité ou ont accepté de poursuivre l'hospitalisation en soins libres après une mainlevée prononcée par le JLD.

Concernant l'évolution de ces patients, on note que :

- 15 patients (soit 53,6%) ont montré une bonne évolution dans le service, ce qui a donné lieu à une sortie réalisée en accord avec le corps médical.
- Pour 5 patients (soit 17,9%) une mesure de soins sans consentement a finalement été réinstaurée lors de cette hospitalisation (une dans le mois, et 4 entre 1 et 3 mois suivant la mainlevée). Sur ces 5 patients, 4 mainlevées avaient été ordonnées pour cause de vice de forme.
- 8 patients (soit 28,6%) sont sortis de manière précipitée, contre l'avis des médecins. Ces sorties ont toutes eu lieu dans la semaine suivant la mainlevée.

❖ Levée de la mesure avec sortie d'hospitalisation

24 patients sont sortis d'hospitalisation avec une levée complète de la mesure de soins sans consentement. Parmi ceux-ci :

- 8 sorties d'hospitalisation se sont faites en accord avec le médecin, vers un relais ambulatoire de la prise en charge.
- A l'inverse, 12 sorties ont eu lieu alors que le médecin proposait une poursuite de l'hospitalisation. Ce dernier n'a cependant pas retenu d'arguments cliniques suffisants

pour remettre en place une nouvelle mesure de soins sans consentement (dans deux cas, c'est le tiers qui a refusé de signer une nouvelle mesure). Concernant l'évolution de ces 12 patients, on note que :

- 2 patients sont spontanément revenus dans les 24 heures avec la demande de poursuivre l'hospitalisation, jugeant leur sortie difficile et prématurée.
 - 2 patients ont été réhospitalisés sans consentement : un dans la semaine, un autre dans les 3 mois suivant la sortie d'hospitalisation.
 - Pour 5 d'entre eux, il a été rapporté des difficultés de prise en charge en ambulatoire, une mauvaise observance du suivi sur le CMP.
 - Un patient est décédé à son domicile une semaine après la sortie (il s'agit d'une personne ayant des fragilités somatiques dont la cause de la mort n'est pas connue).
 - Deux patients ont été perdus de vue.
-
- Dans 4 situations, le patient est sorti d'hospitalisation suite à la levée de la mesure de contrainte, sans qu'aucune information concernant les conditions de sa sortie ne soit écrite dans le dossier médical.

❖ **Autres**

3 cas n'ont pas été classés précédemment du fait de leur situation particulière :

- Patient en fugue depuis l'admission.
- Patient détenu retourné au centre pénitencier suite à la levée de la mesure (notons que ce patient a été réhospitalisé en SDRE une semaine après la sortie, suite à un passage à l'acte hétéro-agressif).
- Patient hospitalisé en réanimation suite à des complications somatiques.

IV. Double lecture indépendante des ordonnances de mainlevée

Dans un second temps, une double lecture des ordonnances a été effectuée de manière indépendante par deux médecins examinateurs afin de déterminer si oui ou non, la levée de la mesure et la position du JLD étaient comprises et cohérentes selon un point de vue psychiatrique, sans prendre en compte la décision médicale faisant suite à la mainlevée.

- Dans 58 cas (73,4% des mainlevées), la décision était comprise par les deux examinateurs. Cela ne signifie pas que pour l'ensemble de ces situations la mesure de contrainte n'était pas justifiée (plus particulièrement pour les levées sur la forme), mais qu'à la vue des éléments dont le juge disposait, sa position nous a semblée cohérente.
- Dans 11 situations (13,9% des mainlevées), les avis se trouvent tous deux en désaccord avec la position adoptée par le JLD à l'audience : il est alors mis en évidence la présence d'un jugement clinique du juge à l'audience sur la symptomatologie et le consentement du patient, qui se fait souvent aux dépens des éléments présents dans les certificats médicaux (ou par leur sélection partielle). Des exemples sont disponibles en annexe 3.

On note cependant que sur ces 11 situations, 9 sont réparties sur l'année 2013.

Il est intéressant de noter ici que dans certaines situations où la position du JLD ne nous paraissait pas adaptée (évaluation clinique du juge), la mainlevée aurait pu être justifiée par d'autres arguments.

On note qu'une levée a été ordonnée devant l'absence de justification d'atteinte à l'ordre public, chez un patient détenu en SDRE D 398. Cependant, la nécessité d'utilisation d'une mesure de SDRE est dans ce cas précis liée au statut de détenu du patient, et non à la présence d'un risque d'atteinte à l'ordre public.

- Dans 10 cas (12,7% des mainlevées), les deux avis divergent, l'un étant en accord, l'autre en désaccord avec la décision de mainlevée ou le positionnement du JLD.
Il s'agit souvent dans ces cas d'une évaluation du consentement à l'audience ou de décisions de mainlevée très peu ou non motivée.

Le coefficient kappa de Cohen a été calculé afin de mesurer l'accord entre les deux examinateurs, dont la valeur est de **0,59** : **cela indique un accord modéré.**

DISCUSSION

I. Principaux résultats du processus d'initiation des soins sous contrainte, de l'intervention du JLD, de l'étude des ordonnances de mainlevée et des décisions médicales

De 2011 à 2016, on retrouve 3114 admissions en soins psychiatriques sans consentement au sein du CHS de la Savoie, potentiellement éligibles au contrôle systématique du JLD, dont 452 SDT, 1136 SDTU, 1273 SPI, 161 SDRE et 92 détenus.

Entre l'admission et l'audience du JLD, 604 (19,4%) mesures ont été levées dans les 72 premières heures, et environ 429 autres mesures ont été levées ou transformées en programme de soins entre 72 heures et l'audience du juge.

Le contrôle systématique du JLD dans les 12 jours suivant une nouvelle mesure de contrainte a donc eu lieu pour 2081 patients, soit 66,8% de l'ensemble des admissions. Il est retrouvé parmi celles-ci 1994 ordonnances de maintien de la mesure de contrainte en hospitalisation complète, 79 ordonnances de mainlevée (dont 13 levées immédiates, 66 levées différées) et 8 demandes d'expertise.

Parmi les 79 ordonnances de mainlevée, 47 décisions étaient uniquement liées à un problème de fond, 20 cas étaient uniquement liés à un problème de forme, et dans 12 situations, la forme et le fond étaient tous deux impliqués.

A la suite des 79 mainlevées, la décision médicale s'est orientée dans 24 cas vers une sortie, dans 28 cas vers une poursuite de l'hospitalisation en soins libres, dans 5 cas vers un appel, dans 2 cas vers la remise en place d'une nouvelle mesure de soins sous contrainte, et dans 17 cas vers la réalisation d'un programme de soins ambulatoire.

L'analyse en double lecture des ordonnances du JLD montre qu'il existe un accord modéré entre les deux examinateurs concernant la compréhension de la mainlevée ordonnée par le juge (valeur du coefficient kappa de Cohen : 0,59). Dans 58 cas la décision du JLD était comprise par les examinateurs, dans 11 cas ils étaient en désaccord avec le juge, et dans 10 cas l'avis des examinateurs divergeaient.

II. Limites de l'étude

❖ Représentativité des résultats

Étant une étude monocentrique, les résultats obtenus ne sont pas représentatifs des autres départements en France, dont les pratiques peuvent sensiblement varier.

Le croisement des informations du bureau des entrées à l'étude des livres de la loi a permis d'obtenir une exhaustivité quasi complète dans le recueil des cas de mainlevées. Cependant, il n'est pas impossible que certaines situations, bien que minimales, soient manquantes, notamment dans des cas de réintégrations, entraînant ainsi un biais de sélection.

Une des difficultés de ce travail a été la nécessité de synthétiser les situations, celles-ci présentant toutes une certaine singularité : chaque situation aurait pu faire l'objet de discussions, souvent plus complexes et plus fines que les conclusions globales retenues.

❖ Variabilité de la qualité des ordonnances

Au même titre que les certificats médicaux, il existe une grande variabilité dans la qualité de l'ordonnance que peut apporter le JLD sur ses motivations concernant la mainlevée, qui ne reflètent donc pas toujours l'ensemble de l'argumentation ayant conduit à la mainlevée. Les ordonnances du JLD ne se présentent pas sous forme de *verbatim*, mais proposent une synthèse du rendu de l'audience (un exemple d'ordonnance circonstanciée et non circonstancié est disponible sur les annexes 2 et 3).

Il est parfois difficile d'identifier les différents motifs justifiant la levée, qui se font alors par déduction, entraînant un biais de catégorisation des motifs retenus. De plus, la lecture et l'analyse des ordonnances de mainlevée ont été réalisées dans une approche et une réflexion médicale. L'analyse de ces mainlevées par un juriste pourrait aboutir à des conclusions sensiblement différentes.

❖ Biais d'information

Il existe un biais d'information important concernant l'étude des décisions médicales et du devenir du patient. En effet, celle-ci s'est faite de manière rétrospective, par l'analyse des informations formalisées du dossier médical, et ne reflète donc pas de manière précise et certaine les décisions et les motivations des médecins et des patients.

III. Analyse et discussion des nouvelles mesures de soins sans consentement

1. Bilan des données épidémiologiques : l'utilisation massive des mesures de soins en péril imminent.

Avec l'introduction des mesures de SPI élargissant l'accès aux soins dans la loi du 5 juillet 2011, on pouvait s'attendre à une augmentation du nombre d'hospitalisations sous contrainte. A l'inverse, on observe (par rapport aux années précédant la mise en place de cette loi) une diminution de 7,8% en moyenne du nombre de nouvelles mesures de contrainte en Savoie sur les années suivant la mise en place de la loi.

Cette diminution de l'utilisation des mesures de contrainte pourrait être liée au contrôle de ces mesures par le JLD : on peut supposer que les médecins, conscients de ce contrôle systématique, sont plus vigilants sur les situations où la contrainte se justifie.

Ce résultat, cependant, est en contradiction avec les données d'études réalisées sur le département du Rhône et sur le Centre Hospitalier Saint-Anne [34, 40] qui rapportent une augmentation des mesures de contrainte entre 2010 et 2012, également retrouvée sur le plan national [25].

Entre 2012 et 2016, le nombre d'admission sous contrainte est resté relativement stable sur le CHS de la Savoie, contrastant avec l'augmentation de 15.9% entre 2012 et 2015 du nombre de personnes ayant été prises en charge au moins une fois sans leur consentement dans l'année en France. Cette différence est en partie liée à l'extension des soins sans consentement à la prise en charge ambulatoire [24].

Concernant la répartition des mesures de soins sans consentement : on observe dès 2012 une part importante des admissions en SPI en Savoie (34,3%). Comme cela était attendu, cette utilisation des SPI s'accompagne d'une diminution des SDRE, dont l'utilisation ne devrait désormais se limiter qu'aux patients présentant un risque d'atteinte à l'ordre public. Cependant, cette diminution des SDRE n'explique pas le pourcentage important des SPI : on remarque que ceux-ci se font majoritairement aux dépens des mesures de SDT et de SDTU, dont l'utilisation après la mise en application de la loi du 5 juillet 2011 a pratiquement été divisée par deux en Savoie.

Les données de la littérature vont dans le sens de cette évolution [25, 34, 40], à l'exception près que la proportion de SPI retrouvée sur le CHS de la Savoie en 2012 (34,3%) est bien supérieure à celle retrouvée sur d'autres CHS (16,4% au Vinatier) [34], 17,4% à Saint Anne [40]) ou sur le plan national (11% en 2012) [25].

Cette proportion alarmante des SPI continue d'augmenter entre 2012 et 2016, jusqu'à représenter la quasi moitié des nouvelles admissions sous contrainte (45,6%), plaçant la Savoie parmi les départements ayant le taux le plus élevé de SPI. Cette augmentation importante d'utilisation des SPI est retrouvée au niveau national, dont la proportion reste cependant bien inférieure à celle retrouvée en Savoie (21% en 2015 en France) [25].

Actuellement, sur le département de la Savoie, on observe une inversion dans l'utilisation des mesures de soins sans consentement. L'admission « classique » en SDT devient en effet une exception, alors que l'admission en SPI devient la pratique la plus courante. On est bien loin du « titre exceptionnel » en cas de péril imminent prévu initialement par la législation.

2. Comment expliquer cette utilisation massive des SPI ?

Concrètement, toute hospitalisation sous contrainte, même en SDT, présente déjà un certain caractère d'urgence, dans le sens où cela suppose que l'état clinique du patient ne lui permet pas de consentir aux soins et qu'il nécessite une surveillance constante en milieu hospitalier. Il est alors bien difficile d'établir quelle situation répond au critère d'urgence des SDTU, et au critère de péril imminent de la SPI. La Haute Autorité de Santé définit le péril imminent comme une « immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient », laissant ainsi une grande liberté d'interprétation [40].

Cependant, l'exceptionnalité de la mesure ne se justifie pas seulement par son caractère d'urgence : la double certification et la demande d'un tiers préalables à la mise en place d'une mesure de soins sans consentement « classique » en psychiatrie représentent les garanties nécessaires à cette privation de liberté, dont dispose selon la loi française tout citoyen. Ces droits ont été obtenus en 1838 et renforcés en 1990 pour limiter les mesures d'hospitalisation abusives. Une autre conséquence de l'admission en SPI est que le tiers, dans le cas où il est présent, ne peut plus demander de lever la mesure de contrainte, hormis en

saisissant le JLD ou en s'opposant à l'hospitalisation lors de l'audience systématique à 12 jours.

L'admission en SPI doit rester une mesure exceptionnelle permettant l'accès aux soins pour les personnes isolées, cette procédure dérogeant au droit commun. L'importance de sa fréquence montre un probable détournement de l'utilisation de cette mesure [25]. Ainsi, nous avons tenté de voir dans quelles situations on a recours à cette mesure.

La majorité des admissions en SPI se font via les services d'urgence ou SOS médecin [24, 28] : les auteurs mettent en avant la difficulté à attendre aux urgences, à prendre le temps de rechercher un tiers ou d'obtenir le consentement du patient en situation de crise, du fait de la saturation des urgences générales et des locaux parfois inadaptés (risque de fugue, agitation, surveillance difficile). L'admission en SPI permet une hospitalisation plus rapide et un gain de temps pour les services d'urgence. Une autre possibilité évoquée serait de favoriser l'utilisation des soins sans consentement, rendant ainsi la demande d'hospitalisation prioritaire, afin de faciliter celle-ci face à un manque de place sur un CHS [40].

Cependant, la diminution du temps accordé à l'évaluation du patient et à la recherche d'un tiers est préjudiciable, l'échange avec le tiers permettant souvent d'obtenir des informations essentielles sur la situation, limitant ainsi le risque d'erreur médicale. Sur 122 admissions en SPI étudiées en 2013 au sein du centre hospitalier du Vinatier [28], il est rapporté que dans 44% des cas, un tiers était en capacité de faire une demande d'hospitalisation mais n'avait pas été sollicité.

Dans certaines situations, une mesure de SPI est mise en place alors qu'un tiers est présent au moment de l'admission. Celle-ci se justifie par la présence d'éléments de persécution ou de violence que peut présenter le patient envers le tiers, ou par la présence de conflits importants, qui amène le médecin à juger que la demande de tiers est contre-indiquée. Dans d'autres situations, le tiers est favorable à l'hospitalisation mais refuse de signer une demande de tiers, demandant alors au médecin de mettre en place une SPI. Le risque serait d'aboutir à un désengagement des familles [28].

Cela fait écho à la position de certaines associations de familles qui souhaitent que leur demande soit une demande de soin, et non une demande d'admission en hospitalisation : suite à cette demande, le médecin serait responsable du choix thérapeutique, parmi lequel figure la possibilité d'une hospitalisation [34].

Dans le cas de la Savoie, un autre point pouvant expliquer un taux supérieur de SPI est l'absence de dispositif d'urgences psychiatriques permanent sur les CH de Savoie, y compris sur l'hôpital de Chambéry. Une activité de liaison comprenant l'intervention d'infirmiers psychiatriques et de psychiatre aux urgences et dans les services s'est mise en place sur l'ensemble des CH de la Savoie. Ces interventions de spécialistes sensibilisés à la question de la contrainte permettent de prendre le temps d'évaluer la situation, et de se mettre en contact avec des tiers. Cependant elles ne couvrent qu'une plage horaire partielle, contrairement aux services d'urgences psychiatriques qui peuvent exister dans d'autres départements.

IV. Analyse et discussion des ordonnances de mainlevée par le JLD

1. Bilan des données épidémiologiques concernant les ordonnances de mainlevée

Depuis la mise en place de la loi, le nombre d'audiences n'a que légèrement augmenté (+16%) par rapport à l'augmentation décrite sur le plan national (+ 27% entre 2012 et 2015) [44]. Cela semble lié à l'absence d'augmentation du nombre de nouvelles mesures de soins sans consentement en Savoie.

Parmi l'ensemble des patients admis sous contrainte, plus de 2/3 vont être amenés à rencontrer le JLD lors du contrôle systématique survenant dans les 12 jours après l'admission. Cette audience, qui a pour objet la validation initiale des nouvelles mesures de soins sans consentement, constitue la part essentielle de l'intervention du juge puisqu'elle représente environ 85 % des audiences du JLD, et requiert donc toute notre attention.

On constate que sur le CHS de la Savoie, 3,8% des audiences réalisées entre 2011 et 2016 ont abouti à une mainlevée prononcée par le juge, avec un taux équivalent lorsque l'on observe uniquement les audiences systématiques à 12 jours. Ce taux est inférieur à celui

retrouvé au niveau national, qui se situe selon les années entre 8,4 et 9 % (pour les contrôles systématiques) [44]. La comparaison à la moyenne nationale doit être nuancée en raison de la disparité importante par département sur ce point. Si ce taux de mainlevées de 3,8% peut paraître faible à première vue (en comparaison à la moyenne nationale, ou d'un point de vue juridique), il reste significatif et présente des conséquences pratiques non négligeables. Peut-on se satisfaire d'avoir 3,8% de mainlevées ? D'un point de vue médical, il est important de travailler à la réduction de ce chiffre au maximum puisqu'il représente le nombre de cas où le patient a été hospitalisé de manière illégitime en psychiatrie, reflétant un problème dans sa prise en charge. De plus, l'image de la psychiatrie ne peut qu'être négative dans les cas où il est rapporté que 10% des admissions sans consentement en France sont jugées illégitimes par un juge.

Cependant, avant de discuter des cas de mainlevées prononcés par le juge, il est important de préciser que dans 95,8 % des cas, le juge a suivi l'avis des médecins en validant la poursuite des soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète à 12 jours. Il va dans ces situations renforcer la position du médecin, donnant une valeur légale à la mesure de soins sans consentement sur laquelle le médecin peut s'appuyer. En effet, la grande majorité des patients se conforment à la décision du JLD : moins de 4,2% font appel d'une décision de maintien de l'hospitalisation complète sans consentement. Ce faible taux d'appel est retrouvé sur le plan national : en 2013, seulement 1,3% des ordonnances du JLD ont fait l'objet d'un appel [36].

2. Typologie et taux de répartition des causes de mainlevée

En reprenant les résultats principaux des motifs de mainlevée étudiées, la première observation importante est que les ordonnances de mainlevée le sont en majorité pour un problème de fond. C'est le cas dans 74,7% des mainlevées, alors qu'un vice de forme est présent dans seulement 40,5% des mainlevées (les deux peuvent être associés).

Lorsqu'une levée est ordonnée sur le fond, plusieurs motifs sont souvent rapportés pour justifier cette décision. Les principaux motifs retrouvés sont le consentement aux soins (dans 37 cas), l'absence de pathologie psychiatrique franche (dans 21 cas), l'absence de

nécessité d'une surveillance continue en hospitalisation complète (dans 11 cas), des certificats non circonstanciés (6 cas), l'absence de péril imminent (6 cas). De plus, dans 12 situations, la levée a été ordonnée sur le fond *et* sur la forme.

Il ressort de la lecture des ordonnances et de ces résultats que le JLD ne se limite pas à rechercher la présence d'un motif en faveur d'une mainlevée, mais qu'il base sa décision sur une analyse globale de la situation, pouvant alors s'appuyer sur plusieurs arguments.

Pour comparer nos résultats à ceux de la littérature, nous pouvons citer deux études qui se sont intéressées aux motifs de mainlevée prononcées par le JLD :

- Tony Godet et ses collaborateurs [29] ont étudié les motifs de 117 mainlevées. 63 ordonnances proviennent d'un jugement de première instance, 46 sont des arrêts de cour d'appel, 3 des arrêts de la cour de cassation, et 5 des ordonnances de tribunaux administratifs.

Sur ces 117 mesures ne sont retrouvées que 21.9% de levées sur le fond au vu des critères de notre étude, ce qui est bien inférieur aux résultats que nous avons retrouvés. Les autres levées relèvent de vices de forme (78,1% des mainlevées). Les motivations des levées sur le fond ne sont pas détaillées, et sont regroupées sous le motif « critères d'admission non remplis ».

Cependant, les méthodes de sélection des ordonnances étudiées peuvent augmenter le taux de mainlevées pour vice de forme.

- Delphine Legohérel [36] a étudié l'ensemble des arrêts de cour d'appel en France entre septembre 2012 et septembre 2013, soit 1236 arrêts. Parmi ceux-ci, 15% de décision de mainlevée ont été retrouvées, dont les motifs sont présentés sur le tableau 12. Les motifs de levée sur le fond représentent environ 69% des causes de mainlevée, contre 27% de levées pour vice de forme, avec des résultats relativement similaires à notre étude.

Motifs de la mainlevée	
Ordonne la mainlevée sur le fond (placement non fondé)	26 %
Irrégularité de la décision administrative	15 %
Ordonne la mainlevée laquelle n'est plus proportionnée et adaptée à la situation du patient	14 %
Ordonne la mainlevée compte tenu de l'adhésion aux soins ou absence de preuve de l'impossibilité de consentir aux soins	10 %
Ordonne la mainlevée compte tenu de l'adhésion aux soins et/ou de l'amélioration de l'état de santé du patient	7 %
Ordonne la mainlevée en l'absence de preuve de l'état de dangerosité du patient pour lui-même et/ou autrui	6 %
Ordonne la mainlevée contrairement aux certificats médicaux après audition du patient	5 %
Irrégularité de la décision d'admission en soins	4 %
Ordonne la mainlevée compte tenu du fait que l'ordonnance du JLD a été rendue hors délai	4 %
Ordonnée avant l'audience par l'autorité réglementaire sur demande des médecins	2 %
Ordonnée avant l'audience par le directeur de l'établissement	2 %
Constate que la mesure de mainlevée est acquise	2 %
Absence de motivation des certificats médicaux ou certificats n'établissant pas l'existence d'un trouble mental	1 %
Irrégularité de la décision en maintien en soins (absence des certificats médicaux)	1 %
Irrégularité du maintien suite à deux avis médicaux contraires (L. 3213-5 CSP)	1 %
Ordonne la mainlevée en l'absence d'examen médical de l'intéressé en fugue	1 %
Ordonne la mainlevée, le JLD s'étant prononcé sans que ne soient produits les certificats médicaux établis depuis le précédent contrôle judiciaire de l'HC	1 %
Défaut de respect du contradictoire à l'audience	< 1 %

Tableau 12 : détail des motifs de mainlevée retrouvés dans l'étude de D. Legohérel sur les décisions de cour d'appel en France en 2013 [36]

Cependant, il est difficile de superposer ces résultats à ceux obtenus dans notre étude, les populations étudiées n'étant pas comparables (il s'agit ici de décisions de cour d'appel essentiellement, alors que notre étude porte sur les mainlevées ordonnées en première instance). De plus, le choix de classification des motifs de mainlevée diffère selon les études.

Les données de la littérature sont faibles sur le sujet, et il n'existe pas à notre connaissance d'autre étude s'étant intéressée de manière systématique aux causes de levées en première instance, ni de données nationales recensant les causes de mainlevée. Pourtant, les saisines obligatoires représentent la grande majorité des saisines ordonnées par le JLD et doivent faire l'objet d'une attention particulière, d'autant plus qu'il existe une variabilité importante des pratiques en France.

3. Discussion concernant les levées sur le fond : une réflexion sur la capacité à consentir en psychiatrie

Dans 59 cas, la mainlevée s'est faite sur le fond. Rapporté aux 2081 audiences réalisées à 12 jours, cela ne représente que 2,3% des audiences, mais ce nombre reste conséquent : il signifie qu'au regard de la loi, le juge a déclaré que dans 59 situations, les médecins ont privé une personne de liberté ou ont maintenu la mesure de soins sans consentement sans que celle-ci soit suffisamment justifiée, ce que témoigne d'un problème dans la prise en charge. Autrement dit, dans les $\frac{3}{4}$ des cas, c'est le sens des soins tel qu'il a été communiqué au JLD qui est remis en cause.

Nous allons revenir sur certains motifs de levée sur le fond qu'ils nous semblent important de reprendre, afin d'éclaircir ces différentes situations.

❖ Le consentement aux soins et la contrainte

Le consentement aux soins a été le motif le plus fréquemment invoqué pour justifier d'une mainlevée de la mesure de contrainte (37 fois). Celui-ci peut prendre plusieurs aspects : présence d'un consentement libre et éclairé à l'audience, absence d'impossibilité à consentir aux soins rapporté par les certificats, absence de pathologie psychiatrique empêchant un consentement éclairé.

On se heurte ici à une différence dans l'évaluation de la capacité de consentir selon qu'elle est abordée d'un point de vue médical ou d'un point de vue juridique [45] :

- Sur le plan juridique, le consentement est évalué sur sa *légalité* : la question posée est « le consentement du sujet est-il légalement acceptable ? », renvoyant à la capacité ou l'incapacité du patient à consentir, à un instant précis.
- Au niveau médical, c'est la *légitimité* du consentement qui est recherchée.

Le consentement fait ici référence à une dynamique évolutive, plurielle, pouvant être confrontée à l'ambivalence du sujet. Il convient de faire la distinction entre l'incapacité à consentir et le refus de soins, lui-même se distinguant du refus de l'hospitalisation [27].

Le consentement aux soins nécessite qu'une information éclairée ait été préalablement remise au patient concernant son état de santé, comportant les retentissements possibles de sa pathologie et les modalités des soins nécessaires.

La Haute Autorité de Santé a formulé des recommandations concernant l'évaluation de la capacité à consentir, qui s'apprécie selon les dimensions suivantes [31] :

- Capacité à recevoir une information adaptée
- Capacité à comprendre et écouter
- Capacité à raisonner
- Capacité à exprimer librement sa décision
- Capacité à maintenir sa décision dans le temps

L'évaluation du consentement aux soins est un exercice difficile qui nécessite une certaine compétence. De plus, le temps limité de l'audience permet difficilement d'évaluer précisément ce consentement.

Notre étude montre que dans 18 situations où la levée est liée au consentement, les certificats médicaux font référence à un consentement fragile ou ambivalent du patient, ou à son absence de consentement sans justification précise de l'impossibilité clinique à consentir aux soins.

Cela suggère que ces notions « d'ambivalence » ou de « fragilité du consentement » ne semblent pas suffisantes pour justifier d'une mesure de soins sans consentement. Ils peuvent

également être interprétés de manière différente selon le juge. Il est donc nécessaire de préciser cliniquement en quoi le consentement du patient est irrecevable du fait de sa symptomatologie clinique.

Lorsque les certificats (et tout particulièrement l'avis de saisine) ne sont pas circonstanciés sur l'impossibilité du patient à consentir aux soins, il semble justifié que le JLD, en tant que gardien des libertés individuelles, évalue ce consentement sur les seules données qui lui sont disponibles à savoir le consentement du patient à l'audience.

L'interaction entre le patient et le juge à l'audience semble également avoir une importance, notamment sur l'engagement que prend le patient vis-à-vis du juge. Cela s'inscrit dans une dynamique actuelle allant vers la responsabilisation et l'autonomisation du patient.

Ce questionnement sur la capacité à consentir nous renvoie ici à la question plus générale de la contrainte en psychiatrie. Là encore, il existe une différence selon qu'elle est appréhendée par une lecture médicale ou judiciaire :

- Du côté médical, la contrainte et son maniement sont considérés comme faisant partie intégrante du dispositif de soin. La contrainte peut se justifier en terme de nécessité clinique, mais également au regard de son intérêt thérapeutique.
- Du côté judiciaire, la contrainte est conçue comme une privation de liberté destinée à mettre en œuvre des soins, sans en faire partie directement : le sens thérapeutique de la contrainte passe après les critères médico-légaux motivant une privation de liberté pour une raison psychiatrique.

❖ Les pathologies psychiatriques justifiant d'une mesure de soins sans consentement

L'absence de pathologie psychiatrique franche a été rapportée 21 fois comme motif justifiant d'une mainlevée. Ces patients présentaient principalement des troubles du comportement, souvent associés à une addiction à l'alcool ou autres toxiques, à un trouble de personnalité, à des troubles démentiels ou à une déficience intellectuelle.

Quelles sont les pathologies qui peuvent justifier une mesure de soins sans consentement ?

Il n'existe pas de règle prédéfinie selon laquelle telle ou telle pathologie peut nécessiter ou non d'une mesure de soins sans consentement. Cependant, certaines pathologies psychiatriques entraînent classiquement une altération du jugement, de sorte qu'elles conduisent à envisager la question d'une mesure de soins sans consentement. On retrouve parmi celles-ci :

- Les décompensations psychotiques, s'accompagnant notamment d'éléments délirants de persécution, de troubles du cours de la pensée, ou d'un automatisme mental avec injonctions auto ou hétéro-agressives,
- Les épisodes maniaques, surtout associés à un délire mégalomane,
- Les états suicidaires et les épisodes dépressifs majeurs, notamment associés à une mélancolie délirante.

Par ailleurs certaines pathologies ne justifiant pas en soi de l'utilisation de soins sans consentement (telles que les troubles de la personnalité, les addictions, les démences, les états d'incurie) peuvent, dans certaines situations précisées par la Haute Autorité de Santé, faire l'objet de soins sans consentement (troubles du comportement hétéro agressifs, mises en danger, troubles de l'humeur, éléments délirants) [31].

Aucune pathologie ne définit en elle-même l'impossibilité à consentir, de sorte que celle-ci doit être justifiée spécifiquement. Ce n'est d'ailleurs pas un diagnostic qui provoque une hospitalisation sous contrainte mais la situation clinique du patient. Braitman et ses collaborateurs [19] ont rapporté que la décision d'hospitalisation sans consentement repose plus sur l'évaluation de l'*insight* et du fonctionnement global du patient, que sur le diagnostic catégoriel.

❖ **Des certificats médicaux non circonstanciés**

À 6 reprises, le juge a ordonné la mainlevée devant la présence de certificats non circonstanciés, ou particulièrement laconiques sur la justification de la mesure de contrainte.

Certains praticiens sont réticents à délivrer des informations cliniques précises, mettant en avant le principe du respect du secret médical. Cette situation est rendue encore plus complexe par le fait que les psychiatres rédigent leur certificat non seulement à l'attention du juge, mais également avec l'idée qu'ils vont être lus par un patient avec qui il s'agit de construire une relation thérapeutique. Le praticien doit ainsi faire part de l'amélioration clinique du patient obtenue secondairement à la mise en place des soins. De plus, les audiences sont publiques (avec la possible présence de tiers), et les certificats peuvent être lus oralement.

Ainsi, si l'on peut penser qu'il pourrait « suffire » que les psychiatres insistent prioritairement sur les aspects cliniques problématiques d'une situation, les autres dimensions évoquées incitent à émettre des réserves quant à cette position tranchée.

En définitive, comment, sur 12 jours d'évolution, rendre compte de la gravité et des risques inhérents à une situation clinique justifiant la poursuite de l'hospitalisation sans consentement, tout en décrivant honnêtement les améliorations constatées sans que celles-ci soient utilisées pour remettre en cause la contrainte aux soins ?

Pour le JLD, il semble que le discours médical attendu pour étayer une décision de poursuite de la mesure de contrainte s'apparente à celui d'une logique expertale, où dans chaque certificat, le psychiatre doit répondre à 4 questions : Le patient souffre-t-il d'un trouble psychiatrique, et si oui, quels en sont les principaux symptômes ? En quoi ce trouble met-il la santé du patient ou la vie des autres en danger ? Pour quel motif une surveillance continue en hospitalisation est-elle nécessaire à sa prise en charge ? De quelle manière le trouble affecte-t-il la capacité à consentir du patient au point de l'abolir temporairement ?

Il apparaît de manière claire et prévisible que la communication des informations médicales est cruciale dans la problématique des soins sans consentement, d'autant plus depuis que l'audience du JLD est devenue systématique. Il convient alors de délivrer au juge les explications suffisantes pour lui permettre de se faire une idée de l'état clinique du patient et de prendre une décision adaptée. Préciser le diagnostic du patient n'est ni nécessaire, ni interdit.

❖ Une utilisation des mesures de SPI peu sanctionnée

Dans notre étude, 6 mesures de SPI ont été levées par le JLD du fait de l'absence de justification d'un péril imminent, dont 5 se rapportent à la rédaction du certificat médical initial. On peut s'étonner de retrouver si peu de mainlevées, sur les 1273 mesures de SPI réalisées sur la durée de notre étude.

Sur une étude évaluant le contenu des certificats initiaux de 122 mesures de SPI, 78% des certificats initiaux n'étaient pas circonstanciés concernant l'absence de tiers, et aucun n'apportait de précision supplémentaire sur la présence d'un péril imminent. Cependant, seulement 3 mesures avaient été levées par le JLD [28]. Les juges ont plutôt tendance à adopter une attitude sécuritaire en autorisant la poursuite de l'hospitalisation selon l'indication médicale.

Le fait que les mainlevées retrouvées dans notre étude apparaissent pour la plupart en 2016 peut faire supposer que les juges sont plus stricts sur l'utilisation de ce type de mesure, qui fait alors l'objet d'une utilisation massive et inappropriée, comme nous l'avons rapporté précédemment. Actuellement, le contrôle des mesures de soins sans consentement par le JLD n'a pas permis de juguler la mise en place massive des SPI.

4. *Discussion concernant les levées sur la forme*

Nous retrouvons une faible proportion de cas où le JLD lève la mesure de soins sans consentement du fait d'une irrégularité : seuls 20 cas ont été levés pour ce motif entre 2011 et 2016.

Deux éléments peuvent expliquer ce résultat :

- Nous pouvons formuler l'hypothèse que le JLD ne retient pas systématiquement une indication de mainlevée devant toute irrégularité.

Nous avons précisé précédemment qu'une irrégularité affectant une décision administrative n'entraînera la mainlevée de la mesure que s'il en résulte une atteinte aux droits de la personne qui en fait l'objet (article L. 3216-1 du CSP). Cependant l'appréciation de l'atteinte aux droits du patient est du ressort du JLD.

Le législateur laisse ainsi à la jurisprudence le soin de préciser les contours de l'atteinte aux droits. Cependant, Delphine Legohérel a constaté qu'il existait un certain éclatement de la jurisprudence des cours d'appel sur ce point [36] : sur l'ensemble des arrêts de cour d'appel au cours de l'année 2013 où la présence d'une irrégularité de l'acte administratif a été soulevée, 66% des mesures ont été maintenues par les juges d'appel devant l'absence de preuve de l'existence d'un grief, 13% des décisions ont entraîné une levée de la mesure, le juge estimant que toute irrégularité affectant l'acte administratif fait nécessairement grief, et 19% des mesures ont été levées en justifiant de la présence d'un grief (dont 13% concernait l'absence d'information du patient sur la mesure).

Concernant l'information du patient : selon un arrêt de cour de cassation du 15 janvier 2015 [4], bien que l'autorité administrative se doive d'informer le patient le plus rapidement possible sur ses droits, voies de recours et garanties, le défaut d'information se rapporte à l'exécution de la mesure et n'a pas d'influence sur sa légalité. Il ne constitue donc plus à lui seul un argument pour obtenir une mainlevée, bien qu'il engage la responsabilité de l'établissement.

- Ce faible taux de levées sur vice de procédure peut également refléter le travail conséquent des cadres de santé, des secrétaires et du bureau des entrées dans la vérification et l'organisation des procédures d'admission. Le fait qu'il ne soit pas retrouvé de récurrence importante dans les motifs de levée pour vice de forme est en faveur de cette hypothèse.

Il est en effet très fréquent lors d'une admission de découvrir des irrégularités dans les certificats ou sur la demande de tiers : les personnes concernées sont alors immédiatement sollicitées pour régulariser la situation.

5. Causes justifiant d'une levée immédiate de la mesure

On observe dans cette étude que seulement 13,5% des ordonnances de mainlevée sont à effet immédiat avec une levée complète de la mesure de soins sans consentement. 83,5 % des mainlevées sont différées de 24 heures et laissent la possibilité au médecin d'établir un programme de soins.

Cela nous interroge sur les critères qui pourraient décider soit d'une levée immédiate, soit d'une levée différée. La législation n'apporte pas de réponse précise sur la question, et peut donc être interprétée différemment selon les juges :

Une levée pour vice de procédure devrait-elle systématiquement entraîner une levée complète et immédiate de la mesure, en déclarant sa nullité ? On peut également penser qu'une levée sur la forme avec un motif clinique valable sous-jacent inciterait à la prudence et à une sortie en programme de soins : le juge prononcerait ainsi la caducité de la mesure d'hospitalisation complète et non celle de la mesure de soins sans consentement. Il serait intéressant de comparer ces résultats aux pratiques existant dans d'autres départements.

Cependant, il nous paraît tout à fait incohérent d'ordonner la mainlevée d'une mesure de soins sans consentement selon le motif que le patient consent aux soins ou qu'il ne présente pas de pathologie psychiatrique, et parallèlement de permettre la poursuite des soins sans consentement sous la forme d'un programme de soins.

Toute mesure de soins sans consentement, même sous sa forme ambulatoire, nécessite la présence de troubles mentaux rendant impossible le consentement de la personne (article L.3212-1 du CSP). Le législateur précise que la décision de différer la mainlevée de 24 heures permettant de réaliser un programme de soins doit être *motivée*. La lecture des ordonnances montre que le JLD a plutôt tendance à motiver les décisions de levée immédiate plutôt que de justifier les décisions de mainlevée différée.

On peut supposer que la propension du juge à différer la levée s'inscrit dans une attitude préventive par rapport au patient, laissant la possibilité au médecin de réévaluer la situation et d'organiser la suite de la prise en charge. Le juge se donne ainsi une certaine garantie par rapport à sa décision de levée qu'il effectue – on le rappelle – contre l'avis de plusieurs médecins.

V. Synthèse de l'étude des décisions médicales et du devenir des patients

Nous allons maintenant discuter de la position adoptée par les médecins suite à la mainlevée d'une mesure de soins sans consentement. Cette position se base sur une réévaluation de l'état clinique du patient. Elle est donc indissociable de la décision et du positionnement que peut avoir le patient sur la mainlevée, ainsi que de son acceptation à la poursuite de l'hospitalisation ou à un projet de soins ambulatoire adapté.

Hormis pour ce qui est de l'établissement des programmes de soins, cette décision ne semble pas liée au fait que la mainlevée soit immédiate ou différée, due à un problème de forme ou de fond.

Nous allons dans un premier temps discuter des situations où il est décidé de poursuivre la mesure de soins sans consentement (par appel de la décision, mise en place d'une nouvelle mesure de contrainte, ou par poursuite des soins sans consentement en ambulatoire), puis nous nous intéresserons à l'évolution des patients pour lesquels la mesure a été levée.

1. Appels des décisions de mainlevée

On observe que très peu d'appels ont été réalisés à la demande du médecin via le directeur de l'établissement (un seul). Cela s'explique par le fait que cet appel n'est *pas suspensif* de la décision de levée du JLD. En effet, même si un appel de la levée a été demandé par le directeur (par exemple dans une situation de contre-indication à la sortie avec refus de poursuivre l'hospitalisation), le patient se retrouve en soins libres ou en programme de soins en attendant que la cour d'appel statue sur la mesure. Il est donc libre de sortir d'hospitalisation, alors même qu'une demande d'appel est en cours, et pourrait être réintégré si la cour d'appel revient sur la décision initiale de mainlevée, ce qui n'a aucun sens en pratique.

Cependant – en dehors des rencontres organisées entre juges, médecins et représentants de l'administration – l'appel d'une décision de mainlevée au Tribunal de grande instance pourrait constituer un moyen de transmettre le désaccord du psychiatre sur certaines

mainlevées qui ne lui paraissent pas opportunes et ainsi améliorer la compréhension entre psychiatres et juges.

La seule possibilité de mettre en place un appel suspensif passe par l'intervention du procureur de la République, en cas de « risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui ». Celui-ci peut être sollicité par le directeur de l'établissement, mais n'a aucune obligation à réaliser un appel suspensif.

La conséquence de cela est que le médecin, au lieu de faire appel de la mainlevée, pourrait plutôt avoir tendance par défaut à remettre en place une nouvelle mesure de soins sans consentement. Il évite ainsi également le risque de voir la cour d'appel rejeter la demande d'appel, suite à quoi il serait d'autant plus difficile d'initier une nouvelle mesure de soins sans consentement.

De plus, il semble que les procédures d'appel ne sont pas bien connues par l'ensemble des psychiatres et qu'il existe une nécessité d'information. En effet, le seul appel qui a été réalisé à la demande d'un médecin n'a pas donné suite, la procédure n'ayant pas été respectée.

On remarque également que seule 1 des 8 mainlevées concernant un patient en SDRE a fait l'objet d'un appel suspensif. Le procureur n'adopte donc pas une attitude sécuritaire de principe, lors de la levée de mesure d'un patient en SDRE.

2. Les cas de réitération d'une mesure de soins sans consentement

La mainlevée d'une mesure de soins sous contrainte n'enlève en rien la responsabilité du médecin envers son patient, qui bien évidemment conserve son droit à la protection de la santé. Précisons ici que dans 4 situations, un patient est sorti d'hospitalisation suite à une mainlevée sans qu'aucune trace sur son état clinique ou les conditions de sortie ne soit laissée dans son dossier. Le praticien s'expose ici à des conséquences importantes.

Dans le cas où l'état clinique du patient contre-indique sa sortie d'hospitalisation et qu'il est impossible d'obtenir son consentement, il est possible de réaliser une nouvelle admission sous contrainte, selon les mêmes modalités initiales prévues par la loi : la réflexion qui doit alors s'imposer au médecin est la même que celle précédant toute décision d'admission en soins sous contrainte.

Cela peut notamment se produire lorsque la mainlevée est due à un vice de forme (pièce manquante, irrégularité dans la procédure d'admission, etc...) et qu'elle ne reflète pas l'état clinique du patient.

Suite à la mainlevée du JLD, il est du devoir du médecin de tout mettre en œuvre pour convaincre le patient de poursuivre les soins, soit sous la forme d'une hospitalisation libre, soit par l'établissement d'un projet ambulatoire adapté.

On peut tout de même s'étonner que sur 79 mainlevées prononcées contre l'avis des médecins de poursuivre l'hospitalisation complète sans consentement (dont 21 sont liées à un vice de forme hors demande de levée par un tiers), seuls deux patients ont immédiatement été réadmis suite à la mise en place d'une nouvelle mesure de soins sans consentement. Cela doit être relativisé par la présence de ces 11 programmes de soins très contenant, que nous discuterons par la suite.

Notons que ces deux mesures de soins sans consentement ainsi que les 7 mesures qui ont été remises en place dans les 3 mois suivant la levée de la mesure de soins, ont toutes été validées par le JLD lors du nouveau contrôle systématique à 12 jours.

Finalement, on retient que les psychiatres contestent peu la décision du JLD, que ce soit par un appel ou par la remise en place immédiate d'une nouvelle mesure.

3. Les programmes de soins : poursuite de l'hospitalisation sans consentement

L'analyse des programmes de soins réalisés dans le cadre d'une mainlevée a d'emblée attiré notre attention par la présence de programmes de soins très restrictifs, s'apparentant à la poursuite d'une hospitalisation complète.

En regroupant l'ensemble des programmes de soins non ambulatoires, on observe que contrairement à ce qui est prévu par la loi, ces programmes de soins ne définissent pas les modalités des soins mis en place, mais à l'inverse décrivent les temps où le sujet ne fait pas l'objet de soins contraints en hospitalisation. De plus, même si dans la majorité des situations présentes le programme de soins est réévalué dans un délai bref, rien ne garantit l'évolution de ce programme de soins, qui peut être renouvelé à l'identique, sur une durée indéterminée.

Cette utilisation des programmes de soins constitue un détournement de la loi, permettant de passer outre la décision de mainlevée du JLD et de poursuivre l'hospitalisation complète. Contrairement à la situation où le médecin décide suite à une mainlevée de remettre en place une nouvelle mesure de contrainte, cette hospitalisation ne bénéficiera pas d'un nouveau contrôle auprès du JLD.

Cela a d'ailleurs fait l'objet d'une jurisprudence par la cour d'appel de Versailles en Mars 2014 [3] (confirmée par la décision de cour de cassation du 4 mars 2015 [5]), qui condamne le fait de déguiser une hospitalisation complète sous la forme d'un programme de soins en hospitalisation à temps partiel.

Dans cette étude, on remarque cependant que cette pratique est exclusivement limitée à 2013, ce qui montre un effet de mise en place de la loi. Cela peut en partie s'expliquer par le fait qu'initialement, suite à une mainlevée différée de 24 heures, certains médecins se sentaient « contraints » par le juge de réaliser un PS, alors qu'il ne s'agit là que d'une possibilité, laissée à l'appréciation du psychiatre.

Il persiste actuellement un flou concernant la forme que peut prendre une hospitalisation partielle dans un programme de soins. En dehors du fait qu'une hospitalisation partielle ne peut reproduire les conditions d'une hospitalisation complète, la législation - par arrêté du conseil d'Etat rendu le 20 décembre 2013 - n'impose pas un délai minimal entre deux périodes d'hospitalisation partielle [3]. Elle précise seulement que les mesures prévues par le programme de soins ne peuvent être exercées sous la contrainte : sur les temps d'hospitalisation, le patient n'est pas en hospitalisation complète sans consentement, mais en hospitalisation libre dans le cadre d'un programme de soins, il peut ainsi décider d'une sortie plus précoce [29].

Cette notion d'hospitalisation partielle, bien particulière dans le domaine psychiatrique, semble soumise à l'interprétation du praticien. En pratique, un programme de soins est réalisé dès lors que le patient bénéficie d'une sortie d'hospitalisation de plus de 48 heures.

La présence de ces programmes de soins restrictifs nous amène à nous questionner sur le fait que le contrôle systématique du JLD s'opère uniquement sur les soins sans consentements se présentant sous la forme d'une hospitalisation complète. Entre 2011 et

2016, 260 programmes de soins ont été réalisés dans les 12 jours suivant une admission en soins sans consentement, dont certains représentent potentiellement une hospitalisation partielle non contrôlée par le JLD (ce nombre doit être revu à la baisse, pouvant faire l'objet de doublons pour un patient).

Le législateur a instauré le contrôle systématique précoce par un juge en cas d'hospitalisation complète pour répondre à l'article 66 de la Constitution, selon lequel l'autorité judiciaire est garante de la liberté individuelle. Cependant, les Soins Ambulatoires Sans Consentement (SASC) ne représenteraient-ils pas un caractère privatif de liberté suffisant pour répondre aux mêmes modalités de contrôle ?

Il existe une divergence de positions sur le caractère privatif de liberté (ou contraignant) que représentent les SASC [30] :

- Pour certains, le programme de soins permet de réduire la privation de liberté en limitant l'hospitalisation complète (par opposition à la contrainte de l'hospitalisation).
- Pour d'autres, le programme de soins représente une extension du champ de la contrainte et des privations de liberté en dehors de l'hôpital, justifiant la nécessité d'un contrôle judiciaire.

V. Lagarde [35] a réalisé récemment une étude qualitative auprès de dix patients suivis en programmes de soins, s'intéressant à leur vécu concernant les soins ambulatoires sans consentement : certains parlent de « perte de leur dignité », de « sentiment de stigmatisation et de rejet », la mesure de contrainte étant associée par la société aux notions de criminalité et de dangerosité, ou de « double peine à propos de la poursuite des soins en SASC suite à l'hospitalisation ». D'autres rapportent que ce dispositif peut être sécurisant et protecteur.

Il peut exister une différence importante dans le contenu d'un programme de soins et le vécu d'un patient entre deux situations. On assiste à une banalisation du caractère privatif que peuvent représenter certains programmes de soins : une consultation par mois au CMP et une hospitalisation de semaine au CHS ont-elles le même impact sur la liberté du patient ?

Dans notre étude, on remarque que la plupart des programmes réalisés suite à une levée ont eu lieu en 2013. Entre 2014 et 2016, seules 7,9% des mainlevées différées ont été suivies de la mise en place d'un programme de soins.

La présence de ces programmes de soins inadaptés (consistant en une poursuite d'hospitalisation complète), la diminution de leur utilisation et l'avis fréquent de contre-indication clinique à leur mise en place suite à une levée d'hospitalisation complète ordonnée par le juge montrent que le contexte d'urgence faisant suite à une mainlevée n'est pas optimal pour la réalisation d'un programme de soins. En effet, la mise en place d'un programme de soins nécessite une certaine stabilité de la situation, et doit faire suite à une réflexion entre le psychiatre, le patient et les structures extérieures, qui permette de construire un projet de soin personnalisé.

Il est important que les juges soient conscients, lorsqu'ils ordonnent la levée de l'hospitalisation complète avec la possibilité d'une mise en place d'un programme de soins, que ce dernier est rarement utilisé.

Plus généralement, on observe une diminution du nombre de patients suivis en programme de soins en Savoie. En France, il est également rapporté entre 2014 et 2015 une baisse d'utilisation des programmes de soins de 40% pour les SDT, expliquée par les difficultés de mise en place sur le terrain, et par la difficulté à faire respecter ce protocole de soin en dehors de l'hôpital. Les programmes de soins sont plus fréquemment utilisés dans le cadre des SDRE pour lesquels il est possible de mobiliser les forces de l'ordre si la personne rompt son programme [24].

Les SASC font actuellement l'objet de nombreuses controverses, sur les plans éthique et médical [24]. Sur le plan international, les études ne retiennent pas d'efficacité significative en termes de taux d'admission, de nombre de jours d'hospitalisation ou de bénéfice fonctionnel clinique ou social, remettant en cause l'utilité de ces mesures [20, 23, 39]. Une étude non contrôlée réalisée en Île-de-France sur 1111 patients suivis en programme de soins rapporte un bilan positif dans le devenir et le suivi de ces patients [49] : les auteurs associent cette efficacité au modèle sectoriel français qui permet des prises en charge d'intensité importante et une attention particulière. V. Lagarde suggère une utilité des SASC « à travers leur fonction contenante ce qui en suppose néanmoins une utilisation réfléchie » [35].

4. Levée de la mesure de contrainte : des difficultés de prises en charge

La plupart des mainlevées vont entraîner une levée complète de la mesure de soins sous contrainte, en particulier sur les dernières années où l'utilisation des programmes de soins est peu courante.

Les praticiens rapportent cependant des difficultés dans la prise en charge des patients acceptant de poursuivre l'hospitalisation en soins libres suite à une mainlevée, ainsi que pour ceux qui ont décidé de sortir d'hospitalisation à l'encontre de la position du médecin. L'adhésion aux soins de ces patients, déjà fragile, pourrait être encore fragilisée par le désaccord existant entre le médecin et le JLD.

Cependant il est difficile de conclure à partir de ces résultats, dont la méthode de recueil ne permet pas une analyse précise de la situation. De plus, tout patient dont la mesure a été levée ne va pas remettre en cause et rompre les soins.

VI. Enseignements tirés de la double lecture médicale des mainlevées

Il ressort de notre analyse que la majorité des décisions de mainlevée (73,4%) sont comprises par les deux examinateurs. A nouveau, cela ne signifie pas que sur l'ensemble de ces décisions l'indication de soins sans consentement n'était pas justifiée, mais que la position du juge était comprise au regard des éléments dont il disposait.

Cela indique qu'il est nécessaire que les psychiatres effectuent une analyse critique de leur évaluation des situations cliniques concernées, ainsi que de la qualité de l'information médicale transmise au JLD via les certificats.

Il existe cependant une proportion non négligeable de mainlevées incomprises (11 cas), qui se reflète soit par l'absence de renseignement sur la motivation de la levée, soit (pour la majorité d'entre elles) du fait de prises de position « clinique » effectuée par le JLD à l'encontre des avis psychiatriques, questionnant ainsi le rôle du JLD. Cependant, le fait que

cette position « clinique » du JLD soit essentiellement présente sur l'année 2013 indique ici un effet de mise en place de la loi.

Une jurisprudence de cour de cassation très récente [6] rappelle que le juge ne doit pas dénaturer l'écrit qui lui est soumis, et qu'il doit se prononcer sur le maintien de l'hospitalisation complète au regard des certificats médicaux. Il ne peut en aucun cas substituer son avis à l'évaluation par des médecins des troubles psychiques du patient et de son consentement aux soins, *dès lors que l'avis médical est suffisamment circonstancié.*

Dans le cas où les certificats médicaux ne sont pas circonstanciés et ne justifient pas des critères nécessaires à une hospitalisation sans consentement, le JLD n'a pas besoin d'apporter un avis clinique supplémentaire pour justifier d'une levée. En cas de doute, le recours à une expertise reste possible et prend ici sa justification.

On peut également se demander dans quelles mesures, alors même que les certificats ne sont pas suffisamment circonstanciés, le JLD peut décider de maintenir l'hospitalisation complète devant la présentation clinique du patient. Il est effectivement difficile de demander au juge de ne pas avoir un avis subjectif sur la situation, alors qu'il lui est confié la tâche difficile de vérifier si les éléments apportés justifient d'une privation de liberté. A nouveau, cela reflète l'importance de ce qui peut se jouer à l'audience et de l'impression générale laissée par le patient au juge.

Il apparait évident que la décision du juge comporte elle-même une part de subjectivité individuelle, et dépend de son rapport personnel à la question des soins sans consentement en psychiatrie, de son expérience et de ses valeurs. L'interprétation de la loi est donc juge-dépendant, comme le prouve la grande variabilité des pratiques en France.

On peut citer comme exemple le cas d'une mainlevée survenue début 2012 (peu après la mise en application de la loi), où la sortie d'hospitalisation a été suivie du décès du patient à son domicile une semaine après celle-ci. Après cet événement, aucune levée n'a été prononcée durant trois mois, et seulement deux l'ont été au cours de l'année 2012. On peut facilement imaginer une certaine réticence du juge après ces faits à lever une autre mesure de contrainte.

On remarque que le JLD a peu tendance à recourir à l'avis d'un expert. Cela peut s'expliquer par le fait qu'il est parfois difficile d'obtenir une expertise rapidement, et qu'une demande d'expertise entraîne la prolongation de l'hospitalisation sans consentement, jusqu'à la réévaluation de la situation lors d'une seconde audience (dans les 14 jours). Cette demande se doit donc d'être justifiée. Rappelons que l'expertise a pour but d'éclaircir la situation au JLD, qui n'est pas dans l'obligation de suivre son avis.

Sur les 8 demandes d'expertise seulement deux ont conduit au maintien de l'hospitalisation sans consentement, ce qui montre que dans ces situations, les doutes émis par le JLD et le recours à l'expertise semblent justifiés.

Il a été rapporté que de manière générale, il existait un accord modéré entre les deux examinateurs sur l'interprétation de l'ordonnance du JLD (Kappa de Cohen = 0,59) : dans 10 situations (12,7% des mainlevées), les avis divergeaient sur la compréhension ou non de la décision du juge. De plus, il était parfois difficile d'avoir une position tranchée sur le sujet. Cela témoigne de la complexité pour l'examineur à porter un jugement, d'une certaine dimension subjective de celui-ci, mais également du manque de clarté de l'ordonnance délivrée par le JLD.

Cette difficulté de compréhension des ordonnances est problématique dans le sens où ce document est remis au patient et que c'est à partir de celui-ci que la suite de la prise en charge va se construire. On peut légitimement se demander quelle information est réellement transmise au patient, et comment celui-ci peut interpréter l'ordonnance de mainlevée.

Ainsi, même si la levée fait suite à une décision qui se base d'une manière générale sur l'insuffisance de la justification de la mesure par le médecin, il est important que le juge précise l'ensemble des motifs qui ont appuyé sa décision, afin que celle-ci soit comprise par les médecins et le patient. De plus, sa qualité conditionne la mise en place d'une évaluation des pratiques pertinente.

VII. La place du juge dans la relation médecin-patient

Nous avons précédemment mis en évidence les difficultés rencontrées dans la communication entre juges et psychiatres. Elles tiennent notamment à la différence entre les conceptions médicale et judiciaire de la capacité à consentir aux soins, à la définition mouvante du champ de la psychiatrie, à la complexité de la rédaction des certificats médicaux, et aux difficultés à comprendre certaines ordonnances de mainlevée transmises par le JLD.

La qualité de ce dialogue est pourtant essentielle, devant la complexité de la tâche du JLD : face à une pluralité de discours croisés, celui-ci doit parvenir à se positionner vis-à-vis de la nécessité de poursuivre la mesure de soins, en prenant en compte l'ensemble des droits fondamentaux du patient.

De plus, la décision judiciaire va avoir un impact sur la prise en charge thérapeutique, puisqu'elle est susceptible de renforcer ou de fragiliser l'alliance thérapeutique du patient. C'est donc le devenir à moyen et long terme de la prise en charge du patient qui sera profondément impacté par la décision du JLD.

Elle peut en effet entamer le lien de confiance lorsqu'elle va à l'encontre de celle du médecin, qui reste par ailleurs le médecin référent du patient concerné.

Cependant, la plupart du temps, elle contribue plutôt à renforcer cette alliance en apportant à la décision du médecin une forme de légitimité supplémentaire aux yeux du patient et de sa famille. Le passage par l'audience et l'intervention du juge dans la prise de décision peut en effet augmenter le sentiment de justice vécu par le patient, au sens ici de la « justice procédurale ». Celle-ci concerne les processus et les mécanismes par lesquels on aboutit au résultat (ici la décision de maintenir ou de lever la mesure de soins sans consentement) et non le résultat en lui-même. Voir que les choses se font dans les formes et que sa parole a pu être écoutée assure au patient qu'il a bénéficié d'un traitement équitable, ce qui contribue à faciliter son acceptation de la décision et peut améliorer ainsi la relation thérapeutique.

Cette perception par le patient d'une « justice procédurale » concerne plusieurs aspects qu'il convient de renforcer [45] :

- Le patient doit avoir l'impression d'être traité de façon équitable et juste, ce qui passe par une information claire des procédures et des motifs des décisions finales.
- Le patient doit prendre part activement à la procédure, être entendu et considéré avec respect.
- Il doit avoir le sentiment que les professionnels impliqués agissent par intérêt sincère pour lui.

En ce sens, on peut considérer que le juge prend place ici dans le processus thérapeutique du patient, notamment en ce qui concerne son adhésion aux soins. Conscient de cet aspect, il nous semble cependant nécessaire que le juge puisse se dégager de la question du soin, et conserver la neutralité nécessaire à sa fonction.

Si la relation médecin-patient est une relation entre deux personnes, le fait que la loi (ici en la personne du juge) intervienne et encadre cette relation offre au patient, selon Paul Ricœur [43], une garantie éthique que ses droits individuels sont bien respectés. En effet, Ricœur affirme que la dimension éthique d'une relation de soin se joue à trois niveaux. Le premier niveau est celui de la relation interpersonnelle entre le patient et son médecin : on attend ici du médecin qu'il juge, dans chaque situation particulière à laquelle il est confronté, de la meilleure solution possible à proposer au patient. Le deuxième niveau (appelé « déontologique ») est celui des normes (règles, codes déontologiques, lois...) qui dépassent la relation médecin-patient et qui s'imposent à chaque acteur pour venir encadrer la relation de soin. Le troisième niveau est celui d'une réflexion éthique où l'on tente de prendre du recul par rapport aux deux autres, en questionnant les pratiques et les normes qui les encadrent (par exemple lors de comités d'éthique).

Au premier niveau, le soin repose sur une relation de confiance qui doit pouvoir s'instaurer entre le médecin et le patient. Cette relation doit prendre la forme d'un « pacte de soin » où le patient et le médecin luttent ensemble contre « l'ennemi commun » qu'est la maladie. On retrouve ici l'idée selon laquelle le processus de soin repose toujours sur une bonne alliance thérapeutique. Cependant, Ricœur montre la fragilité de ce « pacte de soin » et

la difficulté qu'il y a à mettre en place une relation de confiance réciproque entre patients et médecins. Cela vient notamment du fait, selon lui, que la relation de soin est une relation qui est toujours d'abord asymétrique, ce qui peut générer de la méfiance du côté du patient via des soupçons d'abus de pouvoir de la part des membres du corps médical. Cela est particulièrement vrai dans le cas des hospitalisations sous contrainte en psychiatrie. En effet, dans le cas de l'administration des soins sans consentement, nous sommes forcés de reconnaître la dimension radicalement asymétrique (au moins momentanément) entre le patient et le médecin, puisque l'on se trouve dans une situation où l'on déclare que la parole du patient ne peut être prise intégralement en compte du fait de l'altération temporaire de son discernement. Or pour Ricœur, c'est justement pour répondre à la fragilité du pacte de soin, voire à son absence dans le cas qui nous intéresse, qu'il est nécessaire d'effectuer un passage du premier niveau au deuxième niveau (celui des règles déontologiques). C'est selon lui par l'intervention de la justice que la relation thérapeutique est rééquilibrée, en assurant que les deux personnes sont bien respectées dans leurs droits et engagées dans leurs devoirs.

En ce sens, il semble bien que le juge soit partie prenante de la relation thérapeutique, *même quand sa décision vient à l'encontre de celle du médecin*. En effet, c'est la possibilité même d'un désaccord qui offre finalement la garantie que le juge est indépendant dans la prise de décision, et peut permettre au patient de se fier plus facilement à sa décision et, quand il y a accord, à celle de son médecin.

Pour conclure, il ressort de notre travail que toutes les conditions sont réunies pour que la communication entre psychiatres et juges soit ardue. Et pourtant, c'est la qualité du dialogue instauré qui est seule à même d'assurer au sujet souffrant que c'est bien son état de santé et les soins à lui prodiguer qui feront l'objet de l'audience, et que les différents professionnels impliqués agissent dans son intérêt.

VIII. Propositions d'amélioration

Le but de notre étude est de servir de base de travail à des échanges constructifs entre les différents professionnels impliqués dans la pratique des soins psychiatriques sans consentement, et plus particulièrement en Savoie, afin d'améliorer la prise en charge des patients au travers de cette expérience particulière et difficile que représente la contrainte en psychiatrie. Plusieurs propositions concrètes peuvent être évoquées à partir des éléments discutés précédemment.

Tout d'abord, afin d'améliorer la communication entre psychiatres et juges, il semble nécessaire de redéfinir ce que doit comporter l'ordonnance par le JLD en terme d'argumentation sur les décisions de mainlevée. De la même manière, il est nécessaire d'améliorer la qualité des certificats médicaux. Sur ce point, le rapport de la Haute Autorité de Santé portant sur la rédaction des certificats de soins sous contrainte est attendu.

❖ Pistes d'amélioration destinées à limiter l'utilisation des mesures de SPI

Devant l'augmentation et l'utilisation importante des mesures de SPI en Savoie, il paraît tout d'abord essentiel d'impliquer et de sensibiliser les médecins urgentistes dans l'évaluation des hospitalisations sous contrainte et sur les enjeux des SPI. En effet, ces derniers, qui sont en première ligne dans l'accueil des patients psychiatriques en crise, n'interviennent dans leur prise en charge que sur cette courte période initiale. Ils n'ont donc pas de retour sur l'évolution des patients et les conséquences de leur décision, notamment la possibilité que la mesure de contrainte soit levée par le JLD si celui-ci juge la mesure non justifiée.

Il paraît alors primordial d'établir une position claire en Savoie concernant l'utilisation excessive des SPI entre l'ensemble des intervenants concernés (services d'urgences, CHS, ARS, CSDP, JLD) et de mettre en place un travail d'évaluation des pratiques, ainsi qu'une évaluation systématique des recours aux mesures de SPI.

Cela pourrait aboutir à des propositions consistant à majorer les activités de liaison (par des psychiatres ou des infirmiers spécialisés), voire la mise en place d'un service d'urgence psychiatrique permanent à Chambéry.

Une autre proposition serait que la mesure de SPI requière la réalisation de deux certificats initiaux : ainsi, la décision d'utilisation des SPI serait davantage orientée sur l'impossibilité de trouver un tiers demandeur, que sur le choix de l'économie de temps. Il apparaît en effet que cette mesure, censée être « exceptionnelle » présente une trop grande facilité de mise en place. Cependant cette proposition nécessite une évaluation préalable : il serait contre-productif que cette modification entraîne une difficulté à hospitaliser les personnes se trouvant réellement en situation de « péril imminent ».

Enfin, secondairement à l'admission, il serait intéressant de pouvoir, par une procédure simplifiée, modifier la mesure de SPI au profit d'une mesure de SDTU au terme de la période d'observation de 72 heures si un tiers a pu être contacté et soutient la demande d'hospitalisation. Cette possibilité de requalifier cette procédure, lorsqu'un tiers se déclare, en procédure « standard » avait déjà été demandée en février 2007, lors d'une conférence de presse faisant intervenir des associations d'usagers, de familles, de soignants et d'administratifs [34].

❖ Propositions relatives à l'intervention du JLD et aux programmes de soins

Il semblerait utile que le contrôle du JLD – relatif à la validation d'une nouvelle mesure de soins sans consentement – soit réalisé plus précocement dans la prise en charge. Cela permettrait que les droits des patients soient assurés plus rapidement, de même que la validation de la prise en charge médicale, et que l'évaluation par le JLD soit plus proche de la situation de « crise » ayant conduit à l'hospitalisation. Le JLD pourrait par exemple être saisi dès la décision de maintien de la mesure sous la forme d'une hospitalisation complète lors de la rédaction du certificat de 72 heures.

Concernant la décision de mainlevée immédiate ou différée, il pourrait être intéressant que la législation prévoit de dissocier la décision concernant le fait de différer la levée de 24 heures de celle de la possibilité ou non d'établir un programme de soins. Cependant, cela pourrait revenir à demander au JLD d'évaluer l'indication d'un programme de soins qui est du recours du médecin.

Il serait nécessaire de redéfinir le champ d'action du contrôle systématique du JLD pour l'étendre aux programmes de soins : celui-ci pourrait contrôler systématiquement *sur dossier* les programmes de soins réalisés avant l'intervention du juge, et se saisir des cas où la situation paraît litigieuse.

Il semble également nécessaire de préciser légalement le périmètre et les modalités de rédaction du programme de soins, tout en évitant que ces recommandations ne limitent les possibilités de sortie d'hospitalisation complète : une législation empêchant toute possibilité d'hospitalisation partielle pourrait augmenter la durée de l'hospitalisation complète avant la mise en place d'un programme de soins.

❖ Propositions relatives au contrôle et à l'évaluation des mainlevées

Il serait particulièrement intéressant de mettre en place dans chaque établissement une base de données informatisée centralisant les décisions des JLD, et notamment les motifs de mainlevée selon une classification nationale, reproductible sur l'ensemble des départements. Cela permettrait une évaluation des pratiques en France pouvant mener à la réalisation d'études plus spécifiques. Godet et ses collaborateurs ont également soutenu l'intérêt de réaliser des études portant sur un sous-type de motif de levée particulier [29].

On pourrait également fixer – au niveau de chaque établissement – un seuil de taux de levée par le JLD à partir duquel une procédure d'évaluation des pratiques est systématiquement mise en place pour comprendre l'origine des difficultés et y remédier. La CDSP pourrait jouer un rôle dans cet objectif.

Au niveau des établissements, nous proposons de mettre en place de manière systématique une procédure annuelle ou bi-annuelle de relecture des dossiers de levée par service, sur le modèle des réunions de « morbi-mortalité ».

❖ **Concernant les difficultés relatives à l'appel des décisions de mainlevée**

On pourrait proposer que la loi favorise la mise en place d'un appel suspensif sans délai rendant la procédure d'appel sur demande médicale efficace, ce qui limiterait la mise en place de nouvelles mesures par défaut, les sorties d'hospitalisations délicates, et les programmes de soins excessivement restrictifs.

Cela permettrait également de quantifier plus efficacement les désaccords des psychiatres avec les décisions du JLD – souvent passés sous silence par la mise en place d'une nouvelle mesure – en favorisant une voie de contestation bien repérable.

Cependant, le risque d'une telle procédure serait qu'il soit fait appel systématiquement par les médecins des décisions de mainlevée, et de porter atteinte au pouvoir du juge.

❖ **Études à poursuivre**

Outre l'intérêt de réaliser d'autres études sur les causes de mainlevée, et plus particulièrement sur l'analyse d'un sous-type particulier de mainlevées, il serait intéressant de réaliser une étude qualitative évaluant l'effet de l'audience du JLD et les représentations qu'en ont les patients, à la fois dans des situations de mainlevée et de maintien de la mesure.

LE PROCESSUS D'INITIATION DES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT EN SAVOIE :

DESCRIPTION ÉPIDÉMIOLOGIQUE ET ANALYSE DES DÉCISIONS DE MAINLEVÉE DU JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION LORS DU CONTRÔLE SYSTÉMATIQUE AU DOUZIÈME JOUR

**UNIVERSITÉ GRENOBLE ALPES
THÈSE SOUTENUE PAR M. AUSSÉDAT PIERRE**

CONCLUSION

La législation encadrant les soins sans consentement en psychiatrie prend son origine dans la loi du 30 juin 1838, qui a évolué une première fois en 1990. Elle a ensuite été grandement modifiée par la loi du 5 juillet 2011, avec notamment la mise en place d'un contrôle judiciaire systématique, l'instauration des soins ambulatoires sans consentement, et la création des Soins en cas de Péril Imminent (SPI). Plusieurs années après la mise en application de cette loi, une grande disparité est observée dans la mise en pratique des soins sans consentement sur le territoire national, ainsi que dans les décisions prises par les Juges lors de l'audience systématique du douzième jour. Ces pratiques ont toutefois été peu étudiées, tout particulièrement en ce qui concerne les motifs des ordonnances de mainlevées prises par les Juges, qui représentent près de 10% de leurs décisions à l'échelle nationale. Notre étude, réalisée au CHS de la Savoie, avait pour objectifs de retracer le processus d'initiation des soins sans consentement en précisant son contexte épidémiologique, d'apporter un éclairage explicatif sur les décisions de mainlevées prises par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), et de recenser les différentes réactions médicales y faisant suite. Nous nous sommes également intéressés à la perception médicale *a posteriori* de ces décisions.

Nous avons constaté que contrairement aux données nationales, il n'y a pas eu d'augmentation globale du recours aux soins sans consentement en Savoie. En revanche, il a été observé une utilisation massive des mesures de SPI, qui représentent 45.6 % des mesures de soins sans consentement en 2016. La proportion des mainlevées (3,8%) est quant à elle inférieure à la moyenne nationale, et nous avons analysé les 79 ordonnances de mainlevées identifiées sur la période 2011-2016. Il en ressort que si des problématiques de forme existent, une majorité de ces mainlevées (74,7%) reposent sur une remise en cause de la justification

clinique des soins sans consentement. Notre étude met également en évidence l'existence d'un faible recours médical à la procédure d'appel prévue par la loi, ainsi que le caractère imprécis du périmètre d'emploi des programmes de soins. Enfin, si certaines décisions prises par les Juges restent incomprises, après une relecture *a posteriori* des éléments du dossier judiciaire, une majorité d'entre elles sont comprises par des médecins extérieurs à la prise en charge.

Notre étude permet de dégager des pistes d'améliorations concrètes, et nous espérons qu'elle puisse servir de base de travail à des échanges constructifs entre les différents professionnels impliqués dans la pratique des soins psychiatriques sans consentement.

Vis-à-vis de l'augmentation du recours au SPI, il nous paraît primordial de mettre en place un travail d'évaluation des pratiques avec les médecins non psychiatres initiant ces mesures, et qu'une vigilance des instances régionales s'exerce sur ce point.

En ce qui concerne les décisions de mainlevées prises par les JLD, il nous semblerait utile que l'audience soit réalisée plus précocement dans la prise en charge, et que des relectures systématiques des dossiers de mainlevées soient effectuées dans les services, sur le modèle des réunions « morbi-mortalités ». Il pourrait être opportun qu'une base de données informatisée centralisant les décisions des JLD soit créée par chaque établissement, afin qu'une estimation régulière des proportions de mainlevées soit établie, devant déclencher des actions spécifiques d'évaluation en cas de dépassement d'un seuil à déterminer.

L'analyse des réactions médicales faisant suite aux mainlevées du JLD met en exergue la problématique du périmètre du programme de soins, et devrait inciter le législateur à le définir plus précisément. La question de la mise en place d'un contrôle systématique par le JLD des programmes de soins nous semble également à poser.

Il ressort de ce travail que toutes les conditions sont réunies pour que la communication entre psychiatres et Juges soit ardue. Et pourtant, c'est la qualité de ce dialogue qui assure au sujet souffrant que c'est bien son état de santé, et les soins à lui prodiguer, qui sont l'objet de l'audience.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE DOYEN

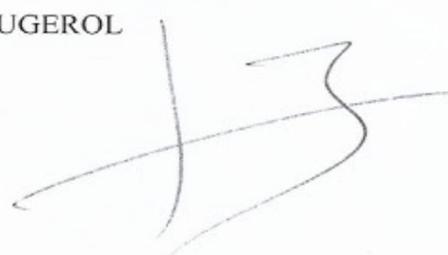
Pr. P. MORAND



Grenoble, le 20/11/17

LE PRESIDENT DE LA THÈSE

Pr BOUGEROL



BIBLIOGRAPHIE

Textes de Loi / Décrets / jurisprudence

- [1] Assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe. Recommandation 1235, 12 avril 1994. <http://assembly.coe.int/nw/xml/XRef/Xref-XML2HTML-FR.asp?fileid=15269&lang=FR>
- [2] C.A. Chambéry du 22 juin 2016, RG n° 16/00108.
- [3] C.A. Versailles du 21 mars 2014, RG n° 14/01854.
- [4] Cass. 1^{ère} civ., 15 janvier 2015, n° 13-24361. Publié au bulletin, 2015, I, n° 15.
- [5] Cass. 1^{ère} civ., 4 mars 2015, n° 14-17824. Publié au bulletin, 2015, I, n° 51.
- [6] Cass. 1^{ère} civ., 27 septembre 2017, n° 16-22544. <https://www.courdecassation.fr>
- [7] Circulaire du 13 Octobre 1937 relative à la réorganisation de l'Assistance psychiatrique dans le cadre départemental.
- [8] Conseil constitutionnel. Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010. Journal officiel de la République française, 27 novembre 2010, Texte n° 42 : p21119.
- [9] Conseil constitutionnel. Décision n° 2011-135/140 QPC du 9 juin 2011. Journal officiel de la République française, 10 juin 2011, Texte n° 66 : p9892.
- [10] Conseil constitutionnel. Décision n° 2011-174 QPC du 6 octobre 2011. Journal officiel de la République française, 8 octobre 2011, Texte n° 73 : p17017.
- [11] Loi n° 7443 du 30 juin 1838 sur les aliénés.
- [12] Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
- [13] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [14] 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.

[15] Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.

[16] Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, Belgique.

ARTICLES

[17] Ballerini A. Les soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Italie. *L'information psychiatrique*, 2005, 81 : 733-734.

[18] Bernardet P, Douraki T, Vaillant C. Psychiatrie, droits de l'homme et défense des usagers en Europe. Edition Eres, 2002.

[19] Braitman A et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? *L'Encéphale*, 2014, 40 : 247-254.

[20] Burns T, Rugkasa J, Yeeles K, Catty J. Coercion in mental health: a trial of the effectiveness of community treatment orders and an investigation of informal coercion in community mental health care. *Programme Grants Appl Res*, 2016/12, vol 4(21).

[21] Caire M. Des lettres de cachet à la loi du 5 juillet 2011 : trois siècles et demi d'internement psychiatrique. *Journal Français de Psychiatrie*, 2013, 38 : 6-11.

[22] Cambier G et al. Enquête qualitative sur la loi du 5 juillet 2011 en psychiatrie. *Santé Publique*, 2013/6, 25 : 793-802.

[23] Castells-Aulet L et al. Impact of involuntary out-patient commitment on reducing hospital services: 2-year follow-up. *Psychiatric Bulletin*, 2015, 39 : 196-199.

[24] Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 2017/2, n° 222.

[25] Coldefy M, Tartour T, Nestrigue C. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 2015/1, n° 205.

- [26] Garcia-Ribeira Comdor C, Soriano Campos R. L'internement et le traitement sans consentement en Espagne. *Soins Psychiatrie*, 2012, vol 33, n° 283 : 23-26.
- [27] Gillet J. Le consentement et la contrainte en psychiatrie : aspects historiques, juridiques et éthiques. Th D Méd, Dijon, 2017.
- [28] Gobillot C, Claudel H. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier. *L'information psychiatrique*, 2015, 91 : 339-347.
- [29] Godet T et al. Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures. *Ann Med Psychol*, 2017, 175 : 679-684.
- [30] Guibet-Lafaye C. Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire. *L'information psychiatrique*, 2014, 90 : 575-582.
- [31] Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Avril 2005.
- [32] Held T. Soins ambulatoires sous contrainte : la situation en Allemagne. *L'Information Psychiatrique*, 2005, 81 : 641-642.
- [33] Hofmann W, Kuhn P, Feyahn J. La psychiatrie allemande réformée pour responsabiliser le patient. *Soins Psychiatrie*, 2012, vol 33, n° 283 : 20-22.
- [34] Klifa M. L'admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent : reflet de l'évolution des places du tiers et du psychiatre dans la décision de soins sans consentement. Th D Méd, Lyon 1, 2014.
- [35] Lagarde V, Msellati A. Les effets du programme de soin sur le processus thérapeutique. *L'information psychiatrique*, 2017, 93 : 381-386.
- [36] Legohérel D. Etudes sur les soins psychiatriques sans consentement. Service de documentation, des études et du rapport de la Cour de cassation, Paris, 2014.
- [37] Loeser A-K. Suppression des hôpitaux psychiatriques et grandes disparités régionales en Italie. *Soins Psychiatrie*, 2012, vol 33, n° 283 : 16-19.

- [38] Masse G, Zwingenberger M. Les sorties d'essai : évolution et perspectives. *L'information psychiatrique*, 2006/6, 82 : 481-493.
- [39] Maughan D, Molodynski A, Rugkasa J, Burns T. A systematic review of the effect of community treatment orders on service use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 2014, 49(4) : 651-663.
- [40] Mondoloni A et al. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *L'Encéphale*, 2014, 40 : 468-473.
- [41] Moreau D. Limiter la contrainte ? Usages et régulation des usages de la contrainte psychiatrique en suisse. *L'information psychiatrique*, 2017, 93 : 551-557.
- [42] Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. *Journal Français de Psychiatrie*, 2013, 38 : 12-15.
- [43] Ricœur P. Les trois niveaux du jugement médical. *Esprit*, 1996, n° 227 : 21-33.
- [44] Robiliard D, Jacquat D. Rapport d'information n° 4486 du 15 février 2017 déposé à l'assemblée nationale par la commission des affaires sociales.
- [45] Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale. *Ann Med Psychol*, 2016, 174 : 832-838.
- [46] Sarkozy N. L'hospitalisation en milieu psychiatrique. Discours d'Antony. Paris PublicSénat, 2 décembre 2008.
- [47] Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». *Ann Med Psychol*, 2012, 170 : 211-215.
- [48] TrojaK B. Hospitalisations sans consentement : faut-il en définir les indications ? Mémoire de Master d'Ethique Médicale, Université Paris 5 Descartes, 2006.
- [49] Vidon G et al. Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins. *L'information psychiatrique*, 2015/7, 91 : 602-607.

ANNEXES

Annexe 1 : Données nationales des audiences du JLD et des décisions de mainlevée

Source : SDSE-RGC (Sous-direction de la Statistique et des Etudes - Répertoire Général Civil) [44]

ÉVOLUTION 2011-2016 DU NOMBRE DES SAISINES DU JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION DANS LE CADRE DU CONTENTIEUX DES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

	2011	2012**	2013	2014	2015	2016p*
Ensemble des saisines JLD	24 657	60 526	65 862	70 810	77 931	64 200
Demande relative à l'internement d'une personne	24 657	4 761				
Demande de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt		2 916	2 840	3 073	1 998	1 489
Demande de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt		403	570	523	408	387
Demande de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète		52 403	62 371	67 123	75 451	62 252
Demande de contrôle de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en cas de désaccord entre psychiatres et préfet		43	81	91	74	72

Source : SDSE-RGC

Exploitation : DACS-SDSE

* 2016p : données provisoires et incomplètes en raison des délais d'enregistrement dans les applications : extraction au 15 décembre 2016.

** Les nouveaux codes ont pris effet à compter de 2012.

SORT DES DEMANDES DE MAINLEVÉE D'UNE MESURE D'HOSPITALISATION COMPLÈTE PAR LE PATIENT OU PAR TOUTE PERSONNE AGISSANT DANS SON INTÉRÊT

	2012 *	2013	2014	2015	2016p **
Ensemble des décisions prononcées *** (hors jonction et interprétation) (1)=(2+3)	2 060	2 172	2 831	1 895	1 398
Décisions ne statuant pas sur la demande (2)	282	357	301	178	125
dont désistement	111	126	117	57	45
dont caducité	16	38	26	15	9
dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC	42	58	40	34	27
Décisions statuant sur la demande (3)	1 778	1 815	2 530	1 717	1 273
maintien de la mesure d'hospitalisation (4)	1 359	1 460	2 078	1 480	1 082
mainlevée de la mesure d'hospitalisation	419	355	452	237	191
Taux de maintien de la mesure d'hospitalisation complète sur l'ensemble des décisions (4/1)*100	66,0	67,2	73,4	78,1	77,4
Taux de maintien de la mesure d'hospitalisation complète sur l'ensemble des décisions statuant sur la demande (4/3)*100	76,4	80,4	82,1	86,2	85,0

Source : SDSE-RGC

Exploitation : DACS-PEJC

* 2012 : date de prise en compte des nouveaux codes.

** 2016 : données provisoires et incomplètes en raison des délais d'enregistrement dans les applications : extraction au 15 décembre 2016.

*** en 2012 et 2013, les décisions rendues par les TGI de Fort de France, de Béziers et Metz ne sont pas prises en compte en raison d'un problème de codage.

**SORT DES DEMANDES DE CONTRÔLE OBLIGATOIRE PÉRIODIQUE DE LA NÉCESSITÉ
D'UNE MESURE D'HOSPITALISATION COMPLÈTE**

	2012*	2013	2014	2015	2016p**
Nombre de demandes formées devant le JLD au cours de l'année	52 403	62 366	67 120	75 450	62 251
Nombre de décisions prononcées (hors jonction et interprétation) (1)=(2+3)					
Décisions ne statuant pas sur la demande (2)	5 247	5 501	4 772	4 008	2 953
dont désistement	2 025	1 861	1 653	1 462	1 107
dont caducité	952	1 150	968	806	544
dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC	1 023	1 125	1 030	1 084	787
Décisions statuant sur la demande (3)	44 414	55 559	61 214	70 826	57 776
maintien de la mesure d'hospitalisation (4)	40 594	50 531	56 070	64 564	52 805
mainlevée de la mesure d'hospitalisation****	3 820	5 028	5 144	6 262	4 971
Taux de maintien de la mesure d'hospitalisation complète sur l'ensemble des décisions (4/1)*100	81,7	82,8	85,0	86,3	87,0
Taux de maintien de la mesure d'hospitalisation complète sur l'ensemble des décisions statuant sur la demande (4/3)*100	91,4	91,0	91,6	91,2	91,4

Source : SDSE-RGC

Exploitation : DACS-PEJC

* 2012 : date de prise en compte des nouveaux codes, attention certaines demandes de contrôle semblent avoir été codées sous l'ancien code 14C (4 761 demandes).

Annexe 2 : Exemple d'ordonnance du JLD circonstanciée

**COUR D'APPEL DE CHAMBERY
TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE CHAMBERY**

Cabinet du juge des libertés et de la détention

EXTRAIT des MINUTES du GREFFE
du TRIBUNAL de GRANDE INSTANCE
de CHAMBERY

n° dossier et minute :

**ORDONNANCE DE MAINLEVÉE DIFFÉRÉE D'UNE HOSPITALISATION
COMPLÈTE**

Nous, _____, Juge des Libertés et de la Détention, assisté de
_____, Greffier, statuant publiquement ce jour, _____, après
audition de Monsieur _____
né le _____, demeurant _____

dans le cadre d'un débat contradictoire tenu le _____ 2016 au Centre Hospitalier
Spécialisé de BASSENS (73), en audience publique,

Vu les dispositions des articles L.3211-12-1, L.3211-12-2, L.3212-1 et L.3211-12-4,
R.3211-8 à R.3211-29, R.3211-32 du code santé publique,

Vu l'arrêté portant admission de M. _____ en hospitalisation complète au
sein du Centre Hospitalier de La Savoie à BASSENS prononcé par le Préfet de la Savoie le
_____/2016.

Vu la saisine du Préfet de la Savoie en date du _____/2016.

Vu l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement donné conformément aux
dispositions de l'article L.3211-12-1 II du code précité,

Vu l'avis écrit donné le _____/2016 par Monsieur le Procureur de la République en vertu
des dispositions des articles 431 alinéa 2 du Code de Procédure Civile et R 3211-31 du code de
la santé publique.

Me _____, assistant M. _____ a été entendu.

En présence de la représentante de Monsieur le Directeur du Centre Hospitalier Spécialisé
de la SAVOIE selon délégation en date du _____ 2016.

MOTIFS DE LA DECISION

Monsieur _____ a été hospitalisé au Centre Hospitalier Spécialisé de BASSENS par suite
d'un arrêté municipal d'admission provisoire en soins psychiatriques du maire de la commune
de _____ en date du _____ 2016.

Cette décision a été prise au vu du certificat médical du Docteur _____ relevant une
alcoolisation massive, une hétéro-agressivité, une mise en danger de lui-même et un déni des
troubles.

Par arrêté du _____, le Préfet de la Savoie a ordonné l'admission en soins
psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète de Monsieur
_____, en application des dispositions de l'article L3213-2 du Code de la Santé Publique,
suite à ce certificat médical.

Le certificat médical de 24 heures d'un médecin de l'établissement a relevé que Monsieur [redacted], porteur d'une pathologie addictive ancienne avec un alcoolisme chronique évoluant depuis 2008, a déjà été pris en charge au Centre Hospitalier de CHAMBERY pour des cures de sevrage, sans qu'une abstinence un tant soit peu prolongée soit obtenue avant fin 2015, et que le décès récent de son père l'a conduit à consommer des quantités d'alcool extrêmement importantes (un litre de whisky chaque soir).

Le certificat de 72 heures d'un autre médecin indique qu'il présente une labilité et une tristesse de l'humeur, des ruminations anxieuses, une insomnie et une attitude de minimisation de la gravité de la reprise de la consommation d'alcool et des risques en découlant, justifiant un sevrage en milieu hospitalier jusqu'à sa réalisation complète.

Etabli par un psychiatre de l'établissement d'accueil, l'avis de saisine du juge des libertés et de la détention en date du [redacted] 2016 indique que Monsieur [redacted], présente encore des symptômes de sevrage malgré le traitement mis en place et minimise ses dernières alcoolisations, de telle sorte que les soins sur décision du représentant de l'Etat sont justifiés et doivent se poursuivre sous la forme actuelle, afin de réaliser un sevrage complet et de lui laisser le temps de prendre du recul sur sa situation.

Par requête du [redacted] 2016, le représentant de l'Etat a sollicité du juge des libertés et de la détention qu'il statue sur la poursuite de l'hospitalisation .

Cette requête est recevable aux termes des dispositions de l'article L3211-2 du Code de la Santé Publique.

Le ministère public a conclu au maintien de la mesure.

A l'audience, le représentant du préfet de la Savoie a relaté les circonstances de son hospitalisation et confirmé sa demande de prolongation de l' hospitalisation de Monsieur [redacted]

Celui-ci a reconnu s'être laissé aller, "*avoir craqué*" en raison notamment de la maladie de son père et de son récent décès, et être conscient qu'il n'aurait pas dû toucher à l'alcool.

Il a notamment ajouté qu'il accepte son traitement et le suivi par la suite, que le fait d'être ainsi enfermé l'a "*vacciné*", qu'il souhaite pouvoir s'occuper de la maison de son père, du jardin et d'un chien, ainsi que de sa fille, et qu'il n'a été dangereux pour personne.

Son conseil a été entendu en ses observations, relevant que le certificat médical de 24 heures ne relève pas de problème mental, qu'aucun trouble à l'ordre public n'a été porté par Monsieur [redacted] et qu'un sevrage nécessite l'accord de la personne.

Les pièces énoncées par l'article R 3211-12 du Code de la Santé Publique figurent bien au dossier.

Aux termes des dispositions de l'article L3213-1 du Code de la Santé Publique, le représentant de l'Etat dans le département prononce l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

Les troubles constatés par ces différents certificats médicaux, et notamment celui en date du [redacted] 2016 ne caractérisent pas l'existence de troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public : si le premier certificat médical du Docteur [redacted] fait état d'hétéro-agressivité, celui de 24 heures indique que "*nous n'avons pas d'information sur les troubles du comportement ou la mise en danger de soi-même ou d'autrui que Monsieur [redacted] aura provoquée*", tandis que de celui de 72 heures et l'avis de saisine ne comportent aucune indication à cet égard, ce dernier précisant qu'il n'a aucun antécédent psychiatrique.

Par ailleurs, Monsieur _____ explique de façon claire et cohérente les circonstances l'ayant conduit à s'alcooliser à nouveau, et affirme vouloir se soigner pour éviter de consommer à nouveau de l'alcool, de telle sorte qu'il fait preuve ainsi d'un consentement suffisamment éclairé aux soins que nécessite son état pour qu'il soit mis fin à la mesure d'hospitalisation complète dont il est l'objet selon les modalités précisées ci-après.

PAR CES MOTIFS

Par décision contradictoire, rendue publiquement, en premier ressort, par mise à disposition au Greffe,

Ordonnons la mainlevée de l'hospitalisation complète de M. _____ au sein du CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE BASSENS.

Disons que la mainlevée prendra effet dans un délai de 24 heures de la présente décision, afin qu'un programme de soins puisse être établi.

Disons que la présente décision sera, conformément aux articles R.3211-16 et R.3211-32 du code de la santé publique et par tout moyen permettant d'en établir la réception, notifiée dans les plus brefs délais aux parties et communiquée à Monsieur le Procureur de la République.

Rappelons que la présente décision est susceptible d'appel dans un délai de 10 jours devant le Premier Président de la cour d'appel de CHAMBERY ou son délégué, cet appel n'étant pas suspensif hormis dans les hypothèses et conditions visées à l'alinéa 3 de l'article L.3211-12-4 du code de la santé publique.

Le Greffier,

Le Juge des Libertés et de la Détention,

Annexe 3 : Exemple d'ordonnance du JLD non circonstanciée

COUR D'APPEL DE CHAMBERY
TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE CHAMBERY

Cabinet du juge des libertés et de la détention

n° dossier et minute :

**ORDONNANCE DE MAINLEVÉE DIFFÉRÉE D'UNE HOSPITALISATION
COMPLÈTE**

Nous, _____, Juge des Libertés et de la Détention, assisté de
_____, Greffier, **statuant publiquement ce jour,** 2014 - 15 H, après
audition de _____
née le _____
dans le cadre d'un débat contradictoire tenu le _____ 2014 au Centre Hospitalier
Spécialisé de BASSENS (73), en audience publique,

Vu les dispositions des articles L.3211-12-1, L.3211-12-2, L.3212-1 et L.3211-12-4,
R.3211-8 à R.3211-29, R.3211-32 du code santé publique,

Vu la décision d'admission de Mme _____ en hospitalisation complète
au sein du Centre Hospitalier Spécialisé de La Savoie à BASSENS prononcée par le Directeur
de cet établissement le _____/2014.

Vu la saisine du Directeur de cet établissement en date du _____/2014.

Vu l'avis motivé d'un psychiatre de l'établissement donné conformément aux dispositions
de l'article L.3211-12-1 II du code précité,

Vu l'avis écrit donné le 26/09/2014 par Monsieur le Procureur de la République en vertu
des dispositions des articles 431 alinéa 2 du Code de Procédure Civile et R 3211-31 du code de
la santé publique.

Me _____, assistant Mme _____, a été entendue.

MOTIFS DE LA DECISION

La mesure d'hospitalisation complète a été prononcée par le directeur du CHS de Bassens, selon
la procédure de péril imminent (article L.3212-1 CSP).

Les pièces énoncées par l'article R 3211-11 du Code de la Santé Publique figurent bien au
dossier.

Établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil, l'avis motivé de saisine du juge des libertés
et de la détention mentionne un vécu persécutoire ainsi que des éléments dissociatifs altérant
l'intelligibilité du raisonnement. Le praticien souligne enfin la fragilité du consentement aux soins,
tout en mentionnant l'assouplissement graduel du cadre (sorties de moins de douze heures).

Lors de l'audience, Madame _____ conteste le cadre juridique actuel de l'hospitalisation.
Elle considère que son vrai handicap est d'ordre physique (faiblesse du rythme cardiaque) et que
le médecin à l'origine de la procédure de péril imminent a agi avec légèreté. Elle admet
difficilement devoir prendre des médicaments contre son gré.

Le ministère public a conclu au maintien de la mesure d'hospitalisation complète.

Le conseil de Madame _____ a été entendu en ses observations.

Il y a lieu d'ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation dans le cadre des dispositions de l'article L. 3211-12-1 § III alinéa 2 du Code de la Santé Publique, c'est-à-dire que la mainlevée prendra effet dans un délai de 24 heures de la présente décision, afin qu'un programme de soins puisse être établi.

PAR CES MOTIFS

Par décision contradictoire, rendue publiquement, en premier ressort, par mise à disposition au Greffe,

**Ordonnons la mainlevée de l'hospitalisation complète de Mme _____
au sein du CENTRE HOSPITALIER SPÉCIALISÉ DE BASSENS.**

Disons que la mainlevée prendra effet dans un délai de 24 heures de la présente décision, afin qu'un programme de soins puisse être établi.

Disons que la présente décision sera, conformément aux articles R.3211-16 et R.3211-32 du code de la santé publique et par tout moyen permettant d'en établir la réception, notifiée dans les plus brefs délais aux parties et communiquée à Monsieur le Procureur de la République.

Rappelons que la présente décision est susceptible d'appel dans un délai de 10 jours devant le Premier Président de la cour d'appel de CHAMBERY ou son délégué, cet appel n'étant pas suspensif hormis dans les hypothèses et conditions visées à l'alinéa 3 de l'article L.3211-12-4 du code de la santé publique.

Le Greffier.

Le Juge des Libertés et de la Détention,

Annexe 4 : Exemples de jugements cliniques du JLD

Il s'agit ici de fragments d'ordonnances ou de certificats destinés à mettre en évidence un jugement clinique réalisé par le JLD, qui ne reflètent pas l'ensemble de la décision de mainlevée, laquelle peut être motivée par d'autres arguments.

Cas n° 3)

Ordonnance du JLD :

Au jour de l'audience, il apparaît à un non médecin que l'état de santé de Monsieur s'est sensiblement amélioré. Le discours est posé et Monsieur affirme clairement sa volonté de mettre un terme à ses alcoolisations qui ne sont aucunement contestées. Monsieur insiste également sur les dégâts qu'il a pu causer à sa famille. Il insiste aussi sur sa fierté de voir son fils de 10 ans participer aux cérémonies du 14 juillet à PARIS.

Cas n° 4)

Certificat de saisine :

Actuellement présente une amélioration très nette de son état clinique avec disparition de son mutisme et de son aspect confusionnel ainsi que les troubles du comportement (anorexie, incurie). Il persiste cependant des idées délirantes de thème persécutives que la patiente ne critique pas et qui nécessitent le maintien de la mesure de soins. En conséquence, les Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence du 07/06/2012 à ce jour, sont justifiés et doivent se poursuivre en ambulatoire selon le programme de soins ci-joint.

Ordonnance du JLD :

A huit jours de son hospitalisation et à l'audience, l'état de santé de Madame s'est sensiblement amélioré. Elle a retrouvé un discours cohérent et déclare avoir conscience du comportement déplacé qu'elle a pu avoir avant son hospitalisation. De plus, son compagnon actuel déclare qu'il se sent à même de reprendre la vie de famille et d'aider Madame à poursuivre la prise en charge de ses difficultés de santé.

Dans ces conditions, il apparaît, à un non médecin, que l'état de santé de Madame est en voie d'amélioration et qu'un programme de soins semble suffisant pour permettre un suivi efficace de sa pathologie.

Cas n° 5)

Ordonnance du JLD :

Le certificat médical du 2013 établi par le Docteur mentionne l'amélioration de l'état de . Lors de l'audience, ce dernier admet rétrospectivement avoir eu l'imagination fertile, mais se déclare disposé à suivre un traitement médical approprié et remet au magistrat un courrier en ce sens (joint au dossier). Ses déclarations ne trahissent aucun vécu persécutif ni risque de passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif.

Il convient de lever – avec effet différé – la mesure d'hospitalisation complète, selon les modalités figurant au dispositif de la présente décision.

Cas n° 8)

Certificat de saisine :

Patiente âgée de 60ans, hospitalisée sous couvert de SPI après son admission au service des urgences pour un tableau délirant à thématique mystique.

Ce jour, la patiente présente en tous points une clinique comparable à celle de son admission avec notamment un tableau productif délirant à thématique mystique non critiqué essentiellement en lien avec une mission divine concernant la patiente elle même et aussi l'humanité entière dont le contenu est totalement inintelligible compte tenu d'une probable désorganisation conceptuelle peut patente en dehors du contexte délirant.

Si l'agitation psychomotrice à l'origine de son admission et son hospitalisation en CSO a diminué puis disparu dans les 24h et 48h, la thématique délirante est toujours active avec une tentative de fugue ce jour pour se rendre à nouveau à l'archevêché qui justifie de la poursuite des soins en CSO et dans le cadre légal.

En conséquence, les Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent du /2013 à ce jour, *sont justifiés et doivent se poursuivre en hospitalisation complète.*

Ordonnance du JLD :

Sur le fond, Madame se défend d'avoir revendiqué la moindre mission divine et récuse catégoriquement les termes du certificat de huitaine du docteur , repris par l'avis conjoint du docteur . Elle exprime sa surprise à l'évocation de tentative de fugue en direction de l'archevêché. Elle revendique la capacité de mener seule son traitement jusqu'à son terme. Le discours est intelligible, et le comportement général lors de l'audience n'appelle pas d'observations particulières.

Aucune des pièces du dossier n'accrédite l'idée d'un passage à l'acte auto- ou hétéro-agressif. Son discours s'inscrit moins dans le déni de toute pathologie que dans la contestation de la nécessité du maintien d'une mesure d'hospitalisation complète.

Cas n° 11)

Certificat de saisine :

Ses comportements sont inadaptés à la réalité dans l'unité. Elle est désinhibée et a des difficultés à respecter les codes sociaux généralement admis. En effet, elle entretient des comportements de proximité avec un patient, elle vole des affaires qui ne lui appartiennent pas...
Son système de croyance est erroné par rapport à celui qu'elle avait avant cet épisode de décompensation psychique. Elle se met à croire en une religion et pense avoir les capacités de communiquer avec le monde des esprits, ce qui ne lui ressemble pas habituellement.
Elle présente une exaltation de son humeur avec une logorrhée moins prononcée mais avec une tachypsychie et des coqs à l'âne qui ne permettent pas de structurer son discours.

Cet état ne lui permet pas de consentir de façon éclairée aux soins.
Un programme de soins n'est pas envisageable actuellement.

Ordonnance du JLD :

Le certificat de huitaine du docteur _____ et l'avis conjoint du docteur _____ évoquent une exaltation, une tachypsychie et des coqs à l'âne.

Le discours de Mademoiselle _____ lors de l'audience est posé et construit : elle admet la réalité de son état de santé et sourit rétrospectivement de ses errements. Elle indique avoir beaucoup évolué depuis son admission en hospitalisation complète, mais considère que le maintien de ce cadre est devenu inapproprié. S'agissant des comportements désinhibés qui lui sont attribués (attitudes tactiles, vols), elle les admet tout en les relativisant. Elle compte beaucoup sur ses parents pour reprendre une vie normale, voire une activité professionnelle.

Il y a lieu d'ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation dans le cadre des dispositions de l'article L. 3211-12-1 § III alinéa 2 du Code de la Santé Publique, c'est-à-dire

Cas n° 13)

Certificat de saine :

Amélioration partielle de l'excitation psychomotrice avec ébauche de coopération lors des entretiens, permettant de mettre en évidence un délire ancien à thème mystique accompagné d'éléments de persécution centrés sur les forces de l'ordre néerlandaises.

En conséquence, les Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent du /2013 à ce jour *sont justifiés et doivent se poursuivre en hospitalisation complète.*

Ordonnance du JLD :

2/ que Madame a été expulsée de son logement aux Pays-Bas par les services de police néerlandais, et qu'elle en a conçu un vif ressentiment. Elle précise que son conjoint est resté en territoire néerlandais. La copie de sa carte d'identité délivrée par le Royaume des Pays-Bas figure par ailleurs au dossier. Doivent donc être abordés avec la plus grande circonspection les conclusions du docteur faisant état d'un « *délire ancien à thème mystique accompagné d'éléments de persécution centrés sur les forces de l'ordre néerlandaises* » ou du docteur évoquant « *un vécu probablement persécutoire* ».

Le ministère public a conclu au maintien de la mesure d'hospitalisation complète.

Les circonstances de l'admission en hospitalisation complète de Madame, l'absence de fiabilité des certificats médicaux qui en résulte, et l'absence de signe manifeste de troubles de la personnalité psychiatrique conduisent dès lors à ordonner la mainlevée **avec effet immédiat** de la mesure d'hospitalisation complète.

Cas n° 19)

Certificat de saisine :

Elle présente une relative adaptation de prime abord, car son discours est clair et cohérent. Son humeur est toujours exaltée et fluctuante s'accompagnant d'une tachypsychie et de coqs à l'âne, rendant son système de pensée peu structuré qu'elle tente de contrôler par un discours plaqué, et qui ne lui permet pas de consentir aux soins pour lesquels elle est très ambivalente. La mesure de soins sans consentement et l'hospitalisation complète lui permettent de se structurer, mais également de l'éloigner des différents toxiques qu'elle consomme habituellement et de la protéger des troubles du comportement toxico-induits.

En conséquence, les Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers du /2013 à ce jour, *sont justifiés et doivent se poursuivre en hospitalisation complète.*

Ordonnance du JLD :

Lors de l'audience, Madame ne conteste pas sa dépendance à l'alcool et souhaite, idéalement, une hospitalisation libre qu'elle estime adaptée à son état de santé. Le discours est cohérent et structuré. Madame souligne la qualité des soins dispensés par l'établissement. Elle ne s'oppose pas cependant au maintien de l'hospitalisation complète, dans la mesure où celle-ci peut conduire à terme à l'élaboration d'un programme de soins.

Il y a lieu, en conséquence, d'ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation dans le cadre des dispositions de l'article L.3211-12-1 III alinéa 2 du Code de la Santé Publique, c'est à dire que **la mainlevée prendra effet dans un délai de 24 heures de la présente décision, afin qu'un programme de soins puisse être établi.**

Cas n° 22)

Certificat de saisine :

Patient âgé de 33 ans hospitalisé sous couvert de soins psychiatriques en cas de péril imminent depuis le /13 à la suite d'une ingestion médicamenteuse volontaire générant un état d'agitation manifeste aux urgences nécessitant une prise en charge en chambre de soins obligés et en contention.

L'état d'agitation a duré environ 4 jours et peut être concomitant à un sevrage de certaines molécules qu'il avait prises également.

présente une amélioration clinique.

On ne retrouve pas de symptomatologie psychotique ni dysthymique. Et il commence à sortir sans difficulté de la chambre de soins obligés où il a été pris en charge.

Il existe encore une grande zone d'ombre autour des raisons du passage à l'acte auto-agressif qu'il a agi et différentes versions sont apportées.

Il demande expressément à sortir ce qui nous paraît encore assez délicat compte tenu du flou qui existe autour de ces événements indiqués ci-dessus.

Dans l'attente d'une observation clinique plus fine et afin d'éviter tout risque de récurrence, nous souhaitons maintenir la mesure de soins sous contrainte.

En conséquence, les Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent du /2013 à ce jour, *sont justifiés et doivent se poursuivre en hospitalisation complète.*

Ordonnance du JLD :

Le certificat de huitaine du docteur et l'avis conjoint du docteur considèrent qu'il n'existe pas de symptomatologie psychotique ou dysthymique et que la situation du patient est en voie d'amélioration. Les praticiens soulignent la difficulté actuelle de poser un diagnostic de nature à expliquer le passage à l'acte auto-agressif ayant justifié son admission dans le cadre de la procédure de péril imminent.

Lors de l'audience, Monsieur admet sa pathologie et la nécessité d'un traitement. Il se dit capable de le prendre seul, et exprime le souci de ne pas compromettre son évolution professionnelle.

Cas n° 26)

Certificat de saisine :

Elle présente une symptomatologie délirante à thématique essentiellement persécutoire sous-tendue probablement par un vécu hallucinatoire qu'elle ne critique pas. Cette symptomatologie génère une certaine tension anxieuse. Une rencontre avec la famille est prévue ce jour pour évaluer plus globalement la situation et la répercussion sur le quotidien.

Mme ne reconnaît pas les troubles actuels et est demandeuse de quitter le CHS pour rentrer au domicile ce qui apparaît ce jour prématuré devant la symptomatologie constatée.

En conséquence, les Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence du /2013 à ce jour, sont justifiés et doivent se poursuivre en hospitalisation complète.

Ordonnance du JLD :

Le certificat de huitaine du docteur et l'avis conjoint du docteur mentionnent une symptomatologie délirante à thématique persécutoire. Les praticiens relèvent d'autre part l'existence d'un vécu hallucinatoire vis-à-vis duquel Madame n'a pas d'attitude critique. Ils considèrent que le patient est dans le déni de ses troubles et n'est pas en mesure de réintégrer son domicile.

Lors de l'audience, Madame se dit en désaccord avec le cadre juridique actuel de l'hospitalisation. Elle exprime un certain ressentiment à l'encontre de sa nièce. Elle se dit disposée à prendre son traitement à domicile.

Les troubles constatés ne rendent pas impossible l'expression d'un consentement éclairé.

Il y a lieu d'ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation dans le cadre des dispositions de l'article L. 3211-12-1 § III alinéa 2 du Code de la Santé Publique, c'est-à-dire que la mainlevée prendra effet dans un délai de 24 heures de la présente décision, afin qu'un programme de soins puisse être établi.

Cas n° 68)

Certificat de saisine :

Ce patient de 51 ans, sans antécédents psychiatriques connus, est admis au CHS suite à des troubles du comportement sur la voie publique. Il a été retrouvé en train de prier en tenue inappropriée avec un discours bizarre.

A son admission, il s'est agité dans le service ce qui a nécessité son transfert en chambre d'isolement.

Ce jour, il tient des propos à tonalité mystique et présente des troubles du cours de la pensée avec barrages. Dans le service, il est encore constaté des troubles du comportement comme déshabillage intégral, lavage de linges propres, bouchages des toilettes avec ses vêtements...

Il ne critique pas son comportement et ne comprend pas son aspect anormal. Toutefois, il est bien plus calme et on commence à élargir sa circulation dans le service.

Par ailleurs, Monsieur n'est pas en mesure de comprendre le sens de son hospitalisation et bien qu'il ne demande pas sa sortie, il n'est pas capable de consentir de manière fiable.

En conséquence, les Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence en cours, *sont justifiés et doivent se poursuivre en hospitalisation complète.*

Ordonnance du JLD :

Monsieur a déclaré avoir hâte de retourner à sa vie civile afin de pouvoir travailler et s'est expliqué sur son comportement précédant son hospitalisation.

Son conseil a été entendu en ses observations.

Les pièces énoncées par l'article R3211-12 du Code de la Santé Publique figurent au dossier.

Le dernier certificat médical versé en procédure est en date du 2016 : il ne permet pas de considérer que Monsieur est dans l'impossibilité d'exprimer un consentement suffisamment éclairé à ce jour et par conséquent de juger que les soins que requiert son état lui soient nécessairement prodigués en milieu hospitalier et sous surveillance médicale constante.

Aussi convient-il dans ces conditions d'ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète dont il est l'objet selon les modalités précisées ci-après.

Annexe 5 : Exemple d'un programme de soins ambulatoire

Cas n° 68 :

DE LA SAVOIE
B.P. 41126
73011 CHAMBERY Cedex
Tél. : 04.79.60.30.30

Bassens, le 29 septembre 2016

N° de matricule : []

Service :
Secrétariat :

PROGRAMME DE SOINS

Je soussignée, **Docteur** [], du Centre Hospitalier Spécialisé de la Savoie,

certifie que Monsieur []

né le []

domicilié []

et qui bénéficie actuellement d'une prise en charge en *(Supprimer la mention inutile)*
- Hospitalisation complète

nécessite la poursuite de ses Soins psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence du 18/09/2016 à ce jour

Le programme de soins doit comporter pour ce patient les modalités de prise en charge suivantes :

- Existence d'un traitement médicamenteux: rispéridone 6 mg par jour réparti en deux prises.
- Soins ambulatoires : Consultations avec médecin psychiatre au CMP [] à une fréquence minimale initiale d'une fois par mois.

Evaluation du programme de soins prévue le : 18 / 11 / 2016

Entretien avec le patient réalisé le : 29/09/16
(Ayant fait l'objet du recueil de l'avis du patient, et de l'information sur la forme de sa prise en charge, ses droits, voies de recours et conséquences en cas d'insobriance).

Docteur []

Information faite à la famille ou au tuteur, curateur :	OUI	NON
En cas de SPDT et SPDTU, le tiers a été informé :	OUI	NON
Information faite à la structure partenaire :	OUI	NON

Annexe 6 : Programmes de Soins : Hospitalisation à Temps Partiel

Cas n° 11 :

Le juge demande une levée de l'hospitalisation complète avec programme de soins. Nous pensons que cette sortie doit se faire progressivement vu un début tout récent de prise de conscience des troubles et la nécessité d'adaptation du traitement et cela en concertation avec ses parents pour s'assurer d'un minimum de sécurité pour la patiente à l'extérieur

Le programme de soins doit comporter pour ce patient les modalités de prise en charge suivantes :

- Existence d'un traitement médicamenteux
- permission à partir de demain accompagnée de ses parents jusqu'au lundi 13/05/2013
- peut sortir librement dans le parc

Evaluation du programme de soins prévue le : 13/05/2013

Entretien avec le patient réalisé le : 10/05/2013

Cas n° 22 :

Le programme de soins doit comporter pour ce patient les modalités de prise en charge suivantes :

L'état clinique de Monsieur _____ lui permet de bénéficier d'une sortie **non accompagnée au domicile du 12/09/13 à 14 heures au 16/09/13 à 16 heures.**

Le patient devra poursuivre son traitement pharmacologique durant sa sortie.

Entretien avec le patient réalisé le : 12/09/13

Cas n° 50 :

Le programme de soins doit comporter pour ce patient les modalités de prise en charge suivantes :

- Existence d'un traitement médicamenteux
- Hospitalisation à temps partiel : Permission du 26/12/2014 après midi au 02/01/2015 après midi en camp de vacances avec des éducateurs

Evaluation du programme de soins prévue à son retour de permission

Entretien avec le patient réalisé le : 26/12/2014

Annexe 7 : Programmes de Soins : Hospitalisation Complète

Cas n° 7 :

Dans le cadre de son hospitalisation, le patient bénéficie du programme de soins suivant :

- Il se rendra au domicile de son cousin, _____, à compter du 20/03/13 à 14h jusqu'au 22/03/13 à 10h, pendant cette période il se rendra à son domicile accompagnée de sa mère.
- Il réintègrera le CHS le 22/03/13 à 10h
- Il bénéficie d'un traitement médicamenteux,
- Son état clinique sera réévalué par le médecin le 22/03/13.

Cas n° 9 :

Le programme de soins doit comporter pour cette patiente les modalités de prise en charge suivantes :

- Existence d'un traitement médicamenteux
- Autorisation de sortie, seule ou accompagnée, sur prescription médicale

Evaluation du programme de soins prévue le : 17 mai 2013

Entretien avec le patient réalisé le : 17 avril 2013

Cas n° 12 :

Le programme de soins doit comporter pour ce patient les modalités de prise en charge suivantes :

- Existence d'un traitement médicamenteux
- Hospitalisation avec des autorisations de sortir seul dans le parc et une sortie à son domicile seule le samedi 25 mai 2013 de 10h00 à 17h00

Evaluation du programme de soins prévue le : 28 mai 2013

Entretien avec le patient réalisé le : 24 mai 2013

Cas n° 16 :

Le programme de soins doit comporter pour ce patient les modalités de prise en charge suivantes :

La décision de programme de soin se fait suite à l'audience du juge qui l'ordonne alors que nous considérons que cette décision intervient un peu tôt pour sécuriser au maximum l'adhésion aux soins. Cette patiente est dans la fuite du soin depuis 18 mois après des arrêts intempestifs de traitement ayant conduit à des rechutes avec des passages à l'acte hétéroagressif envers son mari et un délire mégalomane qui l'a conduit à harceler des médecins à l'origine des soins sous contrainte antérieurs, à dépenser des sommes d'argent considérables mettant en danger l'équilibre familial. J'accepte de procéder à un programme de soin afin de poursuivre la mise en place de ce soin. C'est pour cette raison que nous allons procéder à des sorties très progressives du CHS pour s'assurer d'un comportement adapté envers son entourage et d'une bonne compliance au traitement.

- Hospitalisation à temps partiel : avec sortie seule dans le parc une heure le matin et une heure l'après midi
- Sortie à la journée samedi 22 juin 2013 de 10h à 18h.
- Traitement per os qui va être passé en injection retard dès qu'on aura trouvé la dose efficace

Cas n° 17 :

Le programme de soins doit comporter pour ce patient les modalités de prise en charge suivantes :

- Existence d'un traitement médicamenteux

- Autorisation de sortir au domicile de ses parents du mercredi 26 juin 2013 à 12h00 jusqu'au jeudi 27 juin 2013 à 15 h00

Evaluation du programme de soins prévue le : 27 juin 2013

Entretien avec le patient réalisé le : 26 juin 2013

Cas n° 25 :

Suite à l'ordonnance du Juge des Libertés et de la détention en date du 15 octobre 2013 et après sollicitation de la famille, nous nous sommes organisés pour que Mr _____ puisse bénéficier du programme de soins suivant :

- traitement médicamenteux
- Hospitaliation temps partielle : sortie au domicile de sa mère du samedi 19/10/2013 - 17 H 30 au dimanche 20/10/2013 - 18 H 00.

Cas n° 26 :

Suite à l'ordonnance du Juge des Libertés et de la Détention en date du 15 octobre 2013 et après sollicitation de la famille, nous nous sommes organisés pour que Madame _____ puisse bénéficier du programme de soins suivant :

- Traitement médicamenteux
- Hospitalisation à temps partiel :
 - Sortie au domicile de son fils du vendredi 18/10/2013 à 18 heures au samedi 19/10/2013 à 18 heures,
 - Possibilité de sorties, chaque jour, de 9 heures à 18 heures, accompagnées d'un soignant ou de membres de sa famille.

Cas n° 31 :

Dans le cadre de son hospitalisation, le patient bénéficie du programme de soins suivant :

- Il se rendra à l'établissement _____ du 24/12/13 à 17h au 25/12/13 à 19h.
- Il bénéficie d'un traitement médicamenteux.
- Son état clinique sera réévalué à son retour par l'équipe infirmière.

Annexe 8 : Caractéristiques de la population étudiée

Cas	Age	Sexe	Antécédent hospitalisation sur le CHS	Médecin, service adresseur	Type de mesure	Année de levée de mesure
1	41	F	Oui (contrainte)	SOS médecin + Maire	SDRE	2011
2	51	H	Oui (sans contrainte)	Service de neurologie de Chambéry	SPI	2012
3	38	H	Non	Urgences de Saint Jean de Maurienne	SDT	2012
4	46	F	Oui (contrainte)	Réintégration	SDT	2012
5	31	H	Non	Urgences de Bourg Saint Maurice	SPI	2013
6	42	H	Oui (contrainte)	Urgences de Chambéry	SDTU	2013
7	44	H	Non	Médecin généraliste + Maire	SDRE	2013
8	60	F	Oui (contrainte)	Urgences de Chambéry	SPI	2013
9	36	F	Oui (contrainte)	CHS (Soins libres)	SDTU	2013
10	26	F	Non	Urgences de Moutiers	SPI	2013
11	22	F	Non	Urgences d'Albertville	SDT	2013
12	61	F	Oui (contrainte)	Réintégration	SPI	2013
13	39	F	Non	Urgences de Chambéry	SPI	2013
14	42	H	Oui (contrainte)	Réintégration	SPI	2013
15	50	H	Oui (contrainte)	Réintégration	SDT	2013
16	45	F	Oui (contrainte)	Urgences d'Albertville	SDT	2013
17	20	H	Oui (contrainte)	Urgences de Chambéry	SDT	2013
18	46	F	Oui (contrainte)	Réintégration	SDTU	2013
19	30	F	Non	Urgences d'Albertville	SDT	2013
20	47	F	Oui (contrainte)	Réintégration	SDTU	2013
21	21	H	Oui (contrainte)	Réintégration	SDT	2013
22	33	H	Non	Urgences de Chambéry	SPI	2013
23	73	H	Non	Service de pneumologie d'Aix les Bains	SPI	2013
24	43	H	Oui (contrainte)	Réintégration	SDRE	2013
25	23	H	Non	CHS (Soins libres)	SDTU	2013
26	76	F	Non	Unité post-urgences de Chambéry	SDTU	2013
27	81	F	Oui (contrainte)	Clinique du Dauphiné	SDTU	2013
28	71	F	Oui (sans contrainte)	Urgences d'Aix les Bains	SPI	2013
29	46	F	Oui (sans contrainte)	Urgences de Bourg Saint Maurice	SDTU	2013
30	41	H	Oui (contrainte)	Urgences de Bourg Saint Maurice + Maire	SDRE	2013
31	39	H	Non	Urgences de Chambéry	SPI	2013
32	79	F	Non	Urgences de Chambéry	SDTU	2014
33	41	H	Oui (contrainte)	Urgences de Bourg Saint Maurice	SPI	2014
34	29	H	Oui (contrainte)	Urgences de Chambéry	SPI	2014
35	58	F	Non	Urgences de Saint Jean de Maurienne	SPI	2014
36	53	H	Oui (contrainte)	CHS (Soins libres)	SDTU	2014
37	19	H	Non	Urgences de Bourg Saint Maurice	SPI	2014
38	32	F	Oui (contrainte)	Urgences de Chambéry	SDT	2014
39	41	H	Oui (contrainte)	Urgences d'Aix les Bains	SPI	2014
40	42	H	Oui (contrainte)	Urgences d'Albertville	SPI	2014
41	24	H	Oui (sans contrainte)	Psychiatre du CHS (intervenant en Foyer)	SDTU	2014
42	22	H	Non	Urgences de Grenoble	SDT	2014
43	62	F	Oui (sans contrainte)	Médecin généraliste	SDTU	2014

44	47	F	Non	Urgences de Chambéry	SPI	2014
45	21	H	Non	Médecin généraliste (prison)	SDRE D 398	2014
46	43	H	Non	Urgences de Saint Jean de Maurienne	SDTU	2014
47	44	F	Oui (contrainte)	Urgences d'Aix les Bains	SDTU	2014
48	46	F	Non	Médecin traitant	SPI	2014
49	32	F	Oui (sans contrainte)	Urgences d'Albertville	SPI	2014
50	25	H	Oui (contrainte)	Psychiatre du CHS (intervenant en Foyer)	SDTU	2014
51	35	H	Oui (contrainte)	Médecin généraliste + Maire	SDRE	2015
52	41	F	Oui (sans contrainte)	Urgences de Chambéry	SDT	2015
53	79	H	Oui (contrainte)	Urgences de Chambéry	SDTU	2015
54	28	H	Non	Urgences de Bourg Saint Maurice	SPI	2015
55	52	H	Oui (contrainte)	Urgences de Chambéry	SDTU	2015
56	42	H	Non	Urgences d'Aix les Bains	SPI	2015
57	50	F	Non	Urgences d'Annecy	SDTU	2015
58	46	H	Oui (contrainte)	Urgences de Chambéry	SDTU	2015
59	40	F	Oui (contrainte)	SOS Médecin	SDTU	2015
60	19	F	Non	Urgences de Chambéry	SDTU	2015
61	40	H	Non	Urgences d'Oyonnax	SPI	2015
62	46	H	Oui (contrainte)	Urgences de Moutiers + Maire	SDRE	2016
63	57	F	Non	Unité post-urgences de Chambéry	SDTU	2016
64	52	F	Non	Urgences de Bourg Saint Maurice	SPI	2016
65	52	H	Oui (sans contrainte)	Urgences de Chambéry + Maire	SDRE	2016
66	32	H	Oui (sans contrainte)	Urgences d'Aix les Bains	SPI	2016
67	40	H	Oui (contrainte)	Urgences de Bourg Saint Maurice	SDT	2016
68	51	H	Non	Urgences de Chambéry	SDTU	2016
69	57	F	Non	CHS (Soins libres)	SDTU	2016
70	44	H	Non	Urgences de Chambéry	SPI	2016
71	40	F	Non	Urgences de Chambéry	SPI	2016
72	42	F	Non	Urgences de Chambéry	SPI	2016
73	37	F	Non	Urgences de Saint Jean de Maurienne	SPI	2016
74	47	F	Non	Urgences de Chambéry	SPI	2016
75	54	H	Non	Urgences de Chambéry	SPI	2016
76	40	F	Non	CMP d'Aix les Bains (psychiatre de l'établissement)	SDTU	2016
77	40	F	Non	SOS Médecin	SPI	2016
78	35	H	Oui (contrainte)	Urgences d'Albertville	SDTU	2016
79	48	F	Oui (contrainte)	Unité de Soins Continus de Chambéry	SPI	2016
Expertises :						
80 E	67	F	Non	Urgences de Chambéry	SDT	2012
81 E	27	H	Oui (contrainte)	Urgences d'Albertville + Maire	SDRE	2014
82 E	49	H	Non	SOS médecin + Maire	SDRE	2014
83 E	47	F	Non	Urgences de Chambéry	SDT	2014
84 E	18	F	Non	SOS médecin	SDTU	2014
85 E	32	H	Oui (sans contrainte)	Urgences de Saint Jean de Maurienne	SPI	2015
86 E	38	H	Oui (contrainte)	Urgences de Chambéry	SDT	2015
87 E	45	F	Oui (sans contrainte)	SOS médecin	SPI	2016

Annexe 9 : Modalités et causes de mainlevée

Cas	Type levée	Cause levée	Détails de la cause
1	Différée	Fond	Absence de justification de dangerosité ou d'atteinte grave à ordre public
2	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de nécessité d'hospitalisation complète, absence de pathologie psychiatrique caractérisée
3	Différée	Fond	Consentement aux soins
4	Différée	Les Deux	Fond : absence de nécessité d'hospitalisation complète Forme : tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
5	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de nécessité d'hospitalisation complète
6	Différée	Fond	Certificats non circonstanciés, Consentement aux soins
7	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de nécessité d'hospitalisation complète, Certificats non circonstanciés
8	Différée	Les Deux	Fond : absence de nécessité d'hospitalisation complète Forme : Absence de proposition d'un avocat sur le certificat de saisine
9	Différée	Fond	Consentement aux soins, certificats non circonstanciés
10	Différée	Fond	Consentement aux soins
11	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de nécessité d'hospitalisation complète
12	Différée	Forme	Absence de décision formalisée de changement de forme de prise en charge en hospitalisation complète par le directeur lors d'une réintégration
13	Immédiate	Les Deux	Fond : absence de pathologie psychiatrique caractérisée, certificats non circonstanciés Forme : Absence d'interprète à l'audience
14	Différée	Forme	Absence de décision formalisée de changement de forme de prise en charge en hospitalisation complète par le directeur lors d'une réintégration
15	Différée	Forme	Absence de décision formalisée de changement de forme de prise en charge en hospitalisation complète par le directeur lors d'une réintégration
16	Différée	Les Deux	Fond : consentement aux soins Forme : tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
17	Différée	Les Deux	Fond : consentement aux soins, absence de pathologie psychiatrique caractérisée Forme : tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
18	Immédiate	Forme	Non-respect du délai de rédaction d'un certificat
19	Différée	Fond	Consentement aux soins
20	Différée	Forme	Absence du certificat de changement de forme de prise en charge en hospitalisation complète lors d'une réintégration d'un programme de soin
21	Différée	Forme	Absence du certificat de changement de forme de prise en charge en hospitalisation complète lors d'une réintégration d'un programme de soin
22	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de pathologie psychiatrique caractérisée
23	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de pathologie psychiatrique caractérisée
24	Différée	Forme	Pièces manquantes à l'audience (dernier programme de soin, certificat de changement de forme de prise en charge, décision de réadmission du Préfet)
25	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de nécessité d'hospitalisation complète
26	Différée	Fond	Consentement aux soins

27	Différée	Fond	Consentement aux soins
28	Différée	Fond	Consentement aux soins
29	Différée	Les Deux	Fond : consentement aux soins Forme : tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
30	Immédiate	Fond	Absence de pathologie psychiatrique caractérisée
31	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de pathologie psychiatrique caractérisée
32	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de pathologie psychiatrique caractérisée
33	Différée	Fond	Consentement aux soins
34	Différée	Forme	Non-respect du délai de rédaction d'un certificat
35	Différée	Fond	Absence de péril imminent justifiant une hospitalisation en SPI
36	Différée	Forme	Patient sous tutelle avec contre-indication médicale de se rendre à l'audience, sans présence ni convocation de son tuteur légal
37	Différée	Forme	Tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
38	Différée	Fond	Ordonnance du JLD non motivée
39	Différée	Fond	certificats non circonstanciés
40	Différée	Fond	Absence de péril imminent justifiant une hospitalisation en SPI, absence de pathologie psychiatrique caractérisée
41	Immédiate	Les Deux	Fond : certificats non circonstanciés, absence de pathologie psychiatrique caractérisée Forme : tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
42	Immédiate	Forme	Irrégularité de l'identité du médecin sur le certificat initial
43	Différée	Forme	Tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
44	Différée	Fond	Ordonnance du JLD non motivée
45	Immédiate	Fond	Absence de justification de dangerosité ou d'atteinte grave à ordre publique
46	Différée	Fond	Consentement aux soins
47	Différée	Forme	Tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
48	Différée	Fond	Consentement aux soins
49	Différée	Fond	Consentement aux soins
50	Différée	Fond	Absence de pathologie psychiatrique caractérisée
51	Différée	Forme	Arrêté préfectoral non valide
52	Différée	Les Deux	Fond : consentement aux soins Forme : tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
53	Différée	Fond	Absence de pathologie psychiatrique caractérisée
54	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de nécessité d'hospitalisation complète
55	Différée	Fond	Absence de pathologie psychiatrique caractérisée
56	Différée	Fond	Absence de pathologie psychiatrique caractérisée
57	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de nécessité d'hospitalisation complète
58	Immédiate	Forme	Décision d'admission du directeur adressée au patient non motivée (sur le type de mesure et l'identité des médecins certificateurs)
59	Différée	Forme	Tiers non valide (maire de la commune)
60	Différée	Fond	Absence de pathologie psychiatrique caractérisée
61	Différée	Fond	Consentement aux soins
62	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de justification de dangerosité ou d'atteinte grave à ordre publique
63	Immédiate	Forme	Interprète à l'audience étant également la fille et le Tiers demandeur de la mesure de contrainte

64	Différée	Fond	Absence de péril imminent justifiant une hospitalisation en SPI, absence de pathologie psychiatrique caractérisée
65	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de pathologie psychiatrique caractérisée, absence de justification de dangerosité ou d'atteinte grave à ordre publique.
66	Immédiate	Forme	Patient en fugue depuis l'admission
67	Différée	Fond	Absence de pathologie psychiatrique caractérisée
68	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de nécessité d'hospitalisation complète
69	Différée	Fond	Consentement aux soins
70	Immédiate	Les Deux	Fond : absence de péril imminent justifiant une hospitalisation en SPI, absence de pathologie psychiatrique caractérisée Forme : absence de justification d'information ou de recherche d'un tiers dans les 24 heures de la mise en place d'un SPI
71	Différée	Les Deux	Fond : absence de péril imminent justifiant une hospitalisation en SPI, absence de pathologie psychiatrique caractérisée Forme : notification tardive des droits du patient
72	Différée	Les Deux	Fond : consentement aux soins Forme : tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
73	Différée	Les Deux	Fond : consentement aux soins Forme : tiers en faveur d'une levée de la mesure ou de l'hospitalisation complète
74	Immédiate	Forme	Absence de justification d'information ou de recherche d'un tiers dans les 24 heures de la mise en place d'un SPI
75	Immédiate	Fond	Absence de péril imminent justifiant une hospitalisation en SPI
76	Différée	Fond	Consentement aux soins
77	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de pathologie psychiatrique caractérisée
78	Différée	Fond	Consentement aux soins, absence de nécessité d'hospitalisation complète
79	Immédiate	Forme	Absence de justification d'information ou de recherche d'un tiers dans les 24 heures de la mise en place d'un SPI
Expertises :			
80 E	EXPERTISE	Fond	Doute sur l'existence d'une pathologie psychiatrique, conflits familiaux
81 E	EXPERTISE	Fond	Doute sur l'existence d'une pathologie psychiatrique
82 E	EXPERTISE	Fond	Doute sur l'existence d'une dangerosité avec demande d'expertise faite par le procureur suite à la demande de levée de la mesure par le psychiatre
83 E	EXPERTISE	Fond	Doute sur l'existence d'une pathologie psychiatrique, conflits familiaux
84 E	EXPERTISE	Fond	Doute sur l'existence d'une pathologie psychiatrique, conflits familiaux
85 E	EXPERTISE	Fond	Doute sur l'existence d'une pathologie psychiatrique
86 E	EXPERTISE	Fond	Doute sur l'existence d'une pathologie psychiatrique, conflits familiaux
87 E	EXPERTISE	Fond	Doute sur la nécessité d'une hospitalisation complète et sur l'absence de consentement du patient.

Annexe 10 : Décisions médicales

Cas	Décision médicale
1	Sortie d'hospitalisation en accord avec le médecin
2	Sortie contre avis médical
3	Programme de soins ambulatoire
4	Sortie d'hospitalisation en accord avec le médecin
5	Appel de la décision du JLD (par médecin)
6	Programme de soins ambulatoire
7	Programme de soins sous la forme d'une hospitalisation complète
8	Programme de soins ambulatoire
9	Programme de soins sous la forme d'une hospitalisation complète
10	Sortie contre avis médical
11	Programme de soins en hospitalisation partielle
12	Programme de soins sous la forme d'une hospitalisation complète
13	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
14	Programme de soins ambulatoire
15	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
16	Programme de soins sous la forme d'une hospitalisation complète
17	Programme de soins sous la forme d'une hospitalisation complète
18	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
19	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
20	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
21	Sortie contre avis médical
22	Programme de soins en hospitalisation partielle
23	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
24	Nouvelle mesure de soins sans consentement
25	Programme de soins sous la forme d'une hospitalisation complète
26	Programme de soins sous la forme d'une hospitalisation complète
27	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
28	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
29	Sortie contre avis médical
30	Sortie d'hospitalisation en accord avec le médecin
31	Programme de soins sous la forme d'une hospitalisation complète
32	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
33	Appel de la décision du JLD par le procureur
34	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
35	Nouvelle mesure de soins sans consentement
36	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
37	Appel de la décision du JLD par le procureur
38	Sortie contre avis médical
39	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
40	Programme de soins ambulatoire
41	Sortie sans information
42	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
43	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
44	Sortie sans information
45	Autre : patient détenu, transfert en détention
46	Sortie contre avis médical
47	Sortie sans information

48	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
49	Sortie d'hospitalisation en accord avec le médecin
50	Programme de soins en hospitalisation partielle
51	Appel de la décision du JLD par le procureur
52	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
53	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
54	Sortie d'hospitalisation en accord avec le médecin
55	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
56	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
57	Sortie contre avis médical
58	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
59	Sortie d'hospitalisation en accord avec le médecin
60	Sortie contre avis médical
61	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
62	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
63	Appel de la décision du JLD par le procureur
64	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
65	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
66	Autre : patient en fugue
67	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
68	Programme de soins ambulatoire
69	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
70	Sortie contre avis médical
71	Sortie contre avis médical
72	Sortie d'hospitalisation en accord avec le médecin
73	Sortie d'hospitalisation en accord avec le médecin
74	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
75	Sortie sans information
76	Sortie contre avis médical
77	Poursuite de l'hospitalisation en soins libres
78	Sortie contre avis médical
79	Autre : patient en réanimation
Décision des expertises :	
80 E	Absence d'indication de mesure de soins sans consentement
81 E	Absence d'indication de mesure de soins sans consentement
82 E	Absence d'indication de mesure de soins sans consentement
83 E	Nécessité de maintenir l'hospitalisation sans consentement
84 E	Nécessité de maintenir l'hospitalisation sans consentement
85 E	Absence d'indication de mesure de soins sans consentement
86 E	Programme de soins établi avant réalisation de l'expertise
87 E	Absence d'expertise réalisée dans les délais demandés, levée de la mesure