



HAL
open science

Les mainlevées des procédures de soins sans consentement : contexte national. Revue et analyse de la situation de Quimper en 2017 et 2018

Lison Walter

► **To cite this version:**

Lison Walter. Les mainlevées des procédures de soins sans consentement : contexte national. Revue et analyse de la situation de Quimper en 2017 et 2018. Sciences du Vivant [q-bio]. 2019. dumas-02309500

HAL Id: dumas-02309500

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02309500>

Submitted on 9 Oct 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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0
International License

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

DIPLÔME D'ÉTAT

Année :2019

Thèse présentée par :

Madame WALTER Lison

Née le 05/08/1989 à STRASBOURG

Thèse soutenue publiquement le 04/10/2019

Titre de la thèse :

Les mainlevées des procédures de soins sans consentement :

Contexte national

Revue et analyse de la situation de QUIMPER en 2017 et 2018

Président Mr le Professeur WALTER Michel

Membres du Jury Mr le Professeur BRONSARD Guillaume

Mr le Docteur BERROUIGUET Sophian

Mme le Docteur MARSELLA Sonia

UNIVERSITE DE BRETAGNE OCCIDENTALE
FACULTE DE MEDECINE ET DES SCIENCES DE LA SANTE DE BREST

Doyens honoraires

FLOCH Hervé
LE MENN Gabriel (†)
SENECAIL Bernard
BOLES Jean-Michel
BIZAIS Yves (†)
DE BRAEKELEER Marc (†)

Doyen

BERTHOU Christian

Professeurs émérites

BOLES Jean-Michel	Réanimation
BOTBOL Michel	Pédopsychiatrie
CENAC Arnaud	Médecine interne
COLLET Michel	Gynécologie obstétrique
JOUQUAN Jean	Médecine interne
LEHN Pierre	Biologie cellulaire
MOTTIER Dominique	Thérapeutique
YOUINOU Pierre	Immunologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers en surnombre

OZIER Yves	Anesthésiologie-réanimation
------------	-----------------------------

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de Classe Exceptionnelle

BERTHOU Christian	Hématologie
COCHENER-LAMARD Béatrice	Ophthalmologie
DEWITTE Jean-Dominique	Médecine et santé au travail
FEREC Claude	Génétique
FOURNIER Georges	Urologie
GENTRIC Armelle	Gériatrie et biologie du vieillissement
GILARD Martine	Cardiologie
GOUNY Pierre	Chirurgie vasculaire
NONENT Michel	Radiologie et imagerie médicale
REMY-NERIS Olivier	Médecine physique et réadaptation
SARAUX Alain	Rhumatologie
ROBASZKIEWICZ Michel	Gastroentérologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 1^{ère} Classe

AUBRON Cécile	Réanimation
BAIL Jean-Pierre	Chirurgie digestive

BEZON Éric	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BLONDEL Marc	Biologie cellulaire
BRESSOLLETTE Luc	Médecine vasculaire
CARRE Jean-Luc	Biochimie et biologie moléculaire
DE PARSCAU DU PLESSIX Loïc	Pédiatrie
DELARUE Jacques	Nutrition
DEVAUCHELLE-PENSEC Valérie	Rhumatologie
DUBRANA Frédéric	Chirurgie orthopédique et traumatologique
FENOLL Bertrand	Chirurgie infantile
HU Weiguo	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
KERLAN Véronique	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
LACUT Karine	Thérapeutique
LE MEUR Yannick	Néphrologie
LE NEN Dominique	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LEROYER Christophe	Pneumologie
MANSOURATI Jacques	Cardiologie
MARIANOWSKI Rémi	Oto-rhino-laryngologie
MERVIEL Philippe	Gynécologie obstétrique
MISERY Laurent	Dermato-vénérologie
NEVEZ Gilles	Parasitologie et mycologie
PAYAN Christopher	Bactériologie-virologie
SALAUN Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
SIZUN Jacques	Pédiatrie
STINDEL Éric	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
TIMSIT Serge	Neurologie
VALERI Antoine	Urologie
WALTER Michel	Psychiatrie d'adultes

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers de 2^{ème} Classe

ANSART Séverine	Maladies infectieuses
BEN SALEM Douraied	Radiologie et imagerie médicale
BERNARD-MARCORELLES Pascale	Anatomie et cytologie pathologiques
BROCHARD Sylvain	Médecine physique et réadaptation
BRONSARD Guillaume	Pédopsychiatrie
CORNEC Divi	Rhumatologie
COUTURAUD Francis	Pneumologie
GENTRIC Jean-Christophe	Radiologie et imagerie médicale
GIROUX-METGES Marie-Agnès	Physiologie
HERY-ARNAUD Geneviève	Bactériologie-virologie
HUET Olivier	Anesthésiologie-réanimation
L'HER Erwan	Réanimation
LE GAC Gérald	Génétique
LE MARECHAL Cédric	Génétique
LE ROUX Pierre-Yves	Biophysique et médecine nucléaire
LIPPERT Éric	Hématologie
MONTIER Tristan	Biologie cellulaire
NOUSBAUM Jean-Baptiste	Gastroentérologie
PRADIER Olivier	Cancérologie
RENAUDINEAU Yves	Immunologie
SEIZEUR Romuald	Anatomie

REMERCIEMENTS

Je tiens en premier lieu à remercier les membres de mon jury :

- Monsieur le Professeur WALTER, Président du jury, pour son enseignement durant toutes mes années d'internat, ainsi que pour sa bienveillance et son intérêt concernant ce travail de thèse.

- Monsieur le Professeur BRONSARD d'avoir accepté d'être membre de mon jury de thèse. J'espère que ce sujet saura vous intéresser, la réflexion sur nos pratiques médicales pouvant s'appliquer à toutes les populations psychiatriques.

- Monsieur le Docteur BERROUIGUET de s'être intéressé à mon sujet, mais également de nous avoir accompagné durant tout notre internat, tuteur bienveillant et dispensant généreusement son savoir.

- Madame le Docteur MARSELLA Sonia, ma directrice de thèse, pour son soutien, son accompagnement et son enseignement. Elle a su canaliser mon propos et aiguïser ma réflexion me permettant ainsi de traiter le sujet de manière approfondie. Ses suggestions ont toujours été une source d'inspiration et de motivation. Je tiens à la remercier tout particulièrement pour son accompagnement et sa réassurance lors de ce dernier semestre universitaire. J'ai beaucoup appris grâce à elle et me sens moins désarmée en cette fin d'internat.

Un grand merci également à Mme LE FRAPPER, Attachée d'Administration de l'EPSM de Quimper, qui a pris le temps de partager avec moi ses données et ses connaissances sur le sujet.

Je tiens bien évidemment à remercier mon mari Gaétan, pour sa disponibilité, son soutien et son amour depuis toutes ces années. Il a su être à mes côtés lors de la plupart des embûches des études médicales et ses encouragements m'ont été très précieux. Je remercie également Léna, ma fille, d'avoir épargné mes nuits et d'être un bébé si souriant. Leurs deux présences donnent un sens à ma vie et m'apportent un bonheur au quotidien.

Mes remerciements vont également à mes parents, pour avoir toujours cru en moi et pour leur soutien inconditionnel à toutes les étapes de ma vie. Vous m'avez tellement donné et partagé, votre amour et votre présence dans ma vie me sont très précieux. J'espère un jour pouvoir vous rendre la pareille. Je remercie particulièrement mon père pour son travail de relecture qui a été incroyablement engagé.

Comment ne pas citer mon amie Jess, dont la présence m'est si chère depuis si longtemps. Malgré la distance, elle a su rester une personne essentielle de mon entourage et a accepté de faire partie de notre vie de famille. Son amitié m'est très précieuse.

Merci bien sûr à mes co-internes Louise, Leslie et Jordaël, la Kemper Team, pour ces 4 années riches en partages, en rires, en discussions enflammées et en grands moments. J'espère que cette amitié saura durer souhaite pouvoir être à vos côtés lorsque votre tour viendra.

Je souhaite également exprimer ma gratitude envers mes différents maîtres de stage, qui ont participé à faire de moi le médecin que je suis. Je tiens tout particulièrement à remercier le Dr Anouck RENAULT, pour sa bienveillance et surtout son amitié depuis quelques années maintenant.

Un dernier mot enfin pour tous ceux qui font partie de ma vie et que je n'ai pas pu citer, mais je ne vous oublie pas, car ce sont vos présences à tous qui embellissent mon quotidien.

Table des matières

Résumé :	10
Introduction :	11
I. Un point sur la législation actuelle des soins sans consentement en psychiatrie :	13
A. Evolution historique :	13
1. Loi Esquirol de 1838	13
2. Loi Evin du 27 juin 1990 :	14
3. Loi du 5 juillet 2011 :	16
a) Ce qui ne change pas :	17
b) Ce qui change :	17
4. La réforme partielle du 27 septembre 2013 :	20
II. Actuellement :	21
A. Des soins sans consentement, pour quelles situations, dans quelles conditions de rédaction ? 21	
B. Les différents modes de placement :	22
1. A la demande du directeur de l'établissement :	22
a) Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) :	22
b) Soins psychiatriques d'urgence (SPU) :	23
c) Soins en péril imminent (SPI) :	24
2. A la demande du représentant de l'Etat (SPDRE) :	25
C. Le déroulement :	27
1. Le temps d'évaluation médicale :	27
2. La rencontre avec le Juge des Libertés et de la Détention :	27
3. Les recours aux verdicts de mainlevées :	28
D. Les motifs de mainlevées :	30
1. Les éléments de légalité externe :	30
a) L'incompétence de l'auteur des décisions :	30
b) L'incompétence du médecin :	31
c) L'absence de motivation des décisions :	31
d) La non-rétroactivité de la décision :	32
e) Le non-respect des délais :	32
f) L'absence de production de l'ensemble des certificats médicaux :	33
g) Le défaut de qualité du tiers et l'invalidité de la demande de soins :	33
h) Péril imminent et absence de tiers qualifié :	34
2. La procédure contradictoire :	35

a)	Le défaut d'information préalable du patient sur ses droits de communication et de recours :.....	35
b)	Le défaut d'information préalable du patient sur les décisions le concernant :.....	35
c)	Le défaut de prise en compte des observations du patient :.....	36
d)	Le défaut d'accès du patient au dossier transmis au greffe du Juge des Libertés et de la Détention :.....	36
e)	Le défaut d'accès du patient à l'intégralité du dossier médical :.....	37
f)	L'absence de justification médicale de l'absence du patient à l'audience :	37
g)	L'absence du mandataire en cas d'audition d'un majeur protégé :.....	38
3.	La justification de la nécessité médicale :.....	39
a)	La motivation médicale :	39
b)	La réalité objectivée des troubles :	40
4.	Le non-respect des obligations concernant l'isolement et la contention :.....	41
5.	Le droit au recours effectif en appel :	42
III.	Situation nationale :	43
A.	Quelques chiffres :.....	43
B.	De grandes disparités territoriales :.....	49
C.	Les situations de mainlevées :.....	51
IV.	Situation quimpéroise en 2017 et 2018	52
A.	Matériel et méthode :	52
1.	Concernant les données nationales :	52
2.	Concernant les données de l'EPSM Gourmelen :.....	53
B.	Les hospitalisations en soins sans consentement :.....	54
C.	Les mainlevées du juge des Liberté du tribunal de Quimper :.....	55
1.	En 2017 :	55
a)	Zoom sur la file active :.....	55
b)	Taux de mainlevée :.....	55
c)	Détails des modes de placement concernés :.....	56
d)	Motifs de mainlevée :.....	57
2.	En 2018 :.....	58
a)	Zoom sur la file active :.....	58
b)	Taux de mainlevée :.....	58
c)	Détails des modes de placement concernés :.....	58
d)	Motifs des mainlevées :.....	59
D.	Le devenir des patients :	60
1.	Devenir immédiat des patients :	61

2.	Devenir plus tardif :	63
E.	Cas Clinique :	64
V.	Discussion :	66
A.	Résultats de l'EPSM :	66
1.	Concernant l'évolution entre 2017 et 2018 :	66
2.	Concernant le taux de mainlevées :	68
3.	Concernant le devenir des patients :	69
B.	Une loi avec ses avantages et ses inconvénients :	72
1.	Les points positifs :	72
a)	La lutte contre les hospitalisations abusives :	72
b)	Une interrogation sur la nécessité de contrainte :	73
c)	Un partage des responsabilités :	74
2.	Des points plus négatifs :	77
a)	Une charge de travail supplémentaire :	77
b)	Une grande disparité territoriale :	78
c)	Des recommandations de pratiques contradictoires :	81
d)	Un impact pour le patient :	83
C.	Chez nos voisins européens :	84
a)	En Belgique :	84
b)	En Italie :	85
c)	En Espagne :	86
d)	Au Royaume Uni :	87
D.	Des améliorations à envisager :	89
1.	Une formation plus conséquente des professionnels :	89
a)	Les professionnels de la santé :	89
b)	Les professionnels du droit :	90
2.	Renforcer le rôle des commissions :	92
E.	La pratique médicale :	94
F.	Cas clinique	97
	Conclusion :	98
	Bibliographie :	101
	Annexes :	107

Résumé :

Cette thèse s'intéresse aux situations de mainlevées par décision du Juge des Libertés et de la Détention, à son impact sur les soins et sur les patients. Plus largement, notre travail évoque également les mesures de soins sans consentement(SSC), leur évolution, leur protocole médico-légal et leur place dans la pratique médicale psychiatrique. Afin d'illustrer au mieux le propos, un cas clinique y est intégré ainsi qu'une étude de la situation de l'EPSM Gourmelen de QUIMPER sur 2 ans.

Dans un premier temps, nous nous intéressons à l'histoire et l'évolution de la loi régissant les mesures de SSC depuis la première législation à ce sujet en 1838 avec la loi Esquirol. La loi Evin de 1990 a permis une précision des droits des patients hospitalisés sans leur consentement et une ouverture des conditions d'hospitalisation vers la cité. La loi du 5 juillet 2011 et sa réforme partielle du 27 septembre 2013 introduisent un nouvel acteur dans le processus de soins psychiatriques sans consentement : le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), chargé du contrôle du respect des droits citoyens du patient. En cas d'irrégularité dans la procédure médico-légale, le JLD peut désormais décider d'une mainlevée de la mesure de SSC après une audience systématique avec le patient au 12^e jour de l'hospitalisation.

Dans un second temps, nous nous appliquons à détailler et résumer la législation actuelle en France concernant les mesures de SSC, en y intégrant les dernières jurisprudences. Les différents modes d'hospitalisation sous contrainte sont abordés ainsi que les différents motifs de mainlevées, qui sont regroupés en 5 grandes catégories : ceux concernant les éléments de légalité externe, la procédure contradictoire, la justification de la nécessité médicale, les obligations concernant l'isolement et la contention et enfin ceux concernant le droit au recours effectif en appel.

La situation nationale concernant les SSC démontre un taux de recours aux mesures de placements de plus en plus importante et supérieur à la croissance de la file active de patients suivis en psychiatrie. Le mode de placement en SPI est accusé de favoriser l'entrée en hospitalisation sans consentement de par sa mise en place moins contraignante pour les médecins, mais l'apparition des programmes de soins participent également à l'augmentation des SSC. Nous prenons conscience d'une grande disparité territoriale concernant les SSC et leurs traitements par les JLD.

La situation de l'EPSM de Quimper entre 2017 et 2018 montre des taux de mainlevées bien inférieurs aux taux nationaux et des motifs comptant parmi les plus fréquents en France. On note que la majorité des patients ayant fait l'objet d'une mainlevée poursuivent leurs soins de manière libre.

Cette loi a pour but de lutter contre les hospitalisations abusives. Le JLD permet d'interroger la réelle nécessité des SSC, mais il peut également partager la responsabilité d'une décision de fin d'hospitalisation avec les psychiatres et s'avérer être un allié dans les soins apportés au patient. En contrepartie, cela représente une charge de travail non négligeable pour les soignants et les différentes recommandations de pratiques peuvent se contredire, rendant l'exercice médical parfois difficile. La disparité territoriale soulève le problème l'égalité devant la loi pour les patients. Les injonctions d'ordre public nous interpellent quant au rôle du psychiatre et sa liberté de pratique.

Au final, notre législation est en cohérence avec le Droit Européen et avec le fonctionnement de nos pays voisins. Elle considère le patient d'abord dans son statut de citoyen avant celui de malade. Afin d'améliorer encore le respect de ses droits tout en lui garantissant des soins appropriés, une meilleure formation des acteurs des SSC semble essentielle pour leur permettre de travailler de manière complémentaire.

Introduction :

Nous sommes vendredi, il est 14h30. Je suis dans mon service, un service d'admission adulte accueillant des patients en soins sans consentement en état de décompensation d'une pathologie psychiatrique. En tant qu'interne du service avec quelques semestres d'expérience, j'ai désormais mes propres patients, dont je gère les soins en rendant compte de mon activité à mon senior. Depuis quelques jours, je m'occupe notamment de Monsieur E. admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (en l'occurrence sa femme) après une tentative de pendaison. C'est sa femme qui a réussi à détacher la corde alors que le patient était déjà inconscient. Après quelques jours en réanimation, il a été adressé dans notre service pour la suite de la prise en charge de sa crise suicidaire. Son admission s'est faite en soins psychiatriques à la demande d'un tiers au vu du déni massif de sa situation et de la minimisation de son geste. C'est sa femme qui a accepté d'être le tiers de cette hospitalisation.

J'ai rencontré en entretien Monsieur E. ce matin, pour discuter avec lui de l'audience avec le Juge des Libertés et de la Détention qui se déroulera en fin de matinée. Monsieur E. est très revendicatif au sujet de sa sortie. Lors de nos entretiens, il minimise grandement son geste et je peine à aborder avec lui ce qui a pu le mettre en difficulté au point d'en arriver à ce passage à l'acte grave. Son fonctionnement m'inquiète et je redoute une récurrence suicidaire s'il venait à retourner dans son quotidien qu'il décrit comme vecteur de souffrance ces derniers temps. Mais je me dis que ce n'est pas grave, l'hospitalisation contrainte pose un cadre de sécurité et nous permettra de prendre le temps d'apporter un certain apaisement au patient et éventuellement organiser avec lui des soins ambulatoires afin de l'accompagner et le soutenir. L'audience avec le Juge des Libertés ne m'inquiète pas. Les certificats ont été rédigés dans les temps, ils sont circonstanciés et motivés, les membres de la famille ont été rencontrés lors d'un entretien familial et ils ont pu témoigner de leur grande inquiétude et de leur volonté de voir leur proche entamer des soins. Tout semble donc dans le respect de la législation en vigueur concernant les hospitalisations sans consentement. Et pourtant...

Il est 14h30 et le fax du service sonne. C'est le verdict du Juge des Libertés et de la Détention concernant Monsieur E. qui nous est transmis. Mais ce n'est pas celui auquel je m'attendais. Le Juge a ordonné une mainlevée de la mesure de soins sans consentement de Monsieur E. Le motif argué est qu'au vu de la présentation et de l'attitude du patient lors de l'audience, une hospitalisation complète sous contrainte paraît au Juge disproportionnée et non justifiée.

Comment décrire mon ressenti à face à cette notification à laquelle je ne m'attendais pas du tout ? Je pense qu'en premier lieu c'est l'incompréhension qui s'impose à moi. Comment le Juge a-t-il pu prendre une telle décision, alors que 12 jours plus tôt, le patient est passé à un cheveu de la mort et que tous nos certificats médicaux rapportaient un déni des faits ?

Rapidement je me sens très inquiète pour le patient, pour sa famille, pour les risques qu'une sortie d'hospitalisation immédiate lui ferait courir, mais pas uniquement. Je m'inquiète également, et de façon beaucoup moins altruiste, de la manière dont ma responsabilité et celle de mon senior pourraient être engagées si cette sortie se soldait par un drame. Risquerais-je de me voir reprocher un manquement professionnel ? Vient poindre également le sentiment d'avoir peut-être mal fait mon travail, mal évalué la situation clinique de mon patient. Avais-je tort d'imposer des soins à ce patient ? Cette hospitalisation était-elle justifiée et proportionnée à son état ?

Puis finalement, c'est la colère qui m'envahit. Comment un magistrat, loin de l'univers de santé et qui ne connaît pas le patient, a-t-il pu substituer son avis à ceux de plusieurs médecins ? De quel droit ?

D'ailleurs quel est ce Droit, cette loi qui autorise un arrêt des soins aussi brutal et non préparé ? Quelles sont les conséquences sur les patients ? Et sur la pratique médicale ?

Pour répondre à ces questions, nous nous intéresserons donc dans un premier temps à l'histoire de l'évolution des lois régissant les soins sans consentement à partir du 19^e siècle, les différentes révisions de cette loi qui ont finalement abouti à la législation actuelle, celle qui régit notre pratique médicale quotidienne dans les services d'admissions d'adultes. Nous nous pencherons tout particulièrement sur l'apparition de ce nouvel acteur désormais incontournable des soins sans consentement, le Juge des Libertés et de la Détention.

Dans une deuxième partie, nous ferons une analyse de la situation et des chiffres concernant les hospitalisations sans consentement de l'EPSM Gourmelen de QUIMPER, où j'ai effectué la majorité de ma formation d'interne de psychiatrie. Nous nous intéresserons au nombre de mainlevées dans les services d'admissions d'adultes entre 2017 et 2018, ainsi que leurs motifs. Nous ferons un point sur le devenir précoce et plus tardif des patients qui ont été concernés. Afin d'y apporter une mise en perspectives, ces résultats seront mis en parallèle avec les données et les taux nationaux en France.

Enfin, nous discuterons de ces résultats et des conséquences observées sur les patients, ainsi que des apports de cette loi dans notre pratique médicale. Afin d'élargir un peu le propos, nous nous intéresserons brièvement également aux fonctionnements médico-légaux de nos plus proches voisins européens. Alors que je m'apprête à quitter mon statut d'interne pour endosser le rôle de psychiatre, ce travail me permet ainsi également de me poser des questions sur la fonction de médecin et sur la façon dont je l'envisage dans mon avenir professionnel.

I. Un point sur la législation actuelle des soins sans consentement en psychiatrie :

A. Evolution historique :

1. Loi Esquirol de 1838

La première notion de législation de l'hospitalisation sans consentement apparaît en 1838, avec la loi Esquirol.

Avant cela, l'article 64 du Code pénal de 1810 déclarait : « Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister », créant ainsi une frontière entre le domaine juridique et le domaine médical. C'est ce principe d'irresponsabilité pénale qui induit alors la loi de 1838 sur l'internement, afin d'apporter malgré tout une réponse aux troubles de l'ordre public causés par les malades mentaux.

La loi Esquirol de 1838 décrivait alors deux cas de figure (1) :

- Les situations nécessitant une hospitalisation pour protéger la personne d'elle-même. Cette mesure était alors appelée « placement volontaire », rapidement renommée « hospitalisation à la demande d'un tiers » ;
- Les situations nécessitant une hospitalisation pour protéger la population du danger que pourrait représenter le patient. Il s'agissait alors d'une « hospitalisation à la demande des autorités publiques ».

Actuellement, la législation en vigueur a conservé à peu près le même schéma.

Cette loi venait définir une dimension médicale **fondamentale** (car c'est bien un médecin qui caractérisait l'existence d'une pathologie mentale et la nécessité de soins), mais **non exclusive**. En effet, dans les cas d'hospitalisations pour prévenir les risques d'atteinte à autrui, en plus de l'indication médicale, il fallait deux conditions :

- l'obligation de répondre à des critères juridiques pour autoriser et maintenir le placement ;
- un trouble à l'ordre public qui devait être constaté et rapporté par les autorités compétentes lors de la décision initiale d'une hospitalisation à la demande des autorités publiques.

Cette loi Esquirol sur l'hospitalisation sans consentement marqua un progrès considérable dans la pratique psychiatrique, car elle permettait un internement contre le gré du patient sans que cela ne lui fasse perdre sa capacité civile. De plus, elle lui garantissait la protection de sa liberté individuelle en donnant le pouvoir à sa famille, au Préfet ou au tribunal, de le faire sortir même si l'état de guérison n'était pas encore acquis. En effet, la loi offrait aux malades et à leurs familles la possibilité de faire appel au Tribunal des référés, qui statuait en séance publique et sans délai de la possibilité de levée de la mesure d'hospitalisation sans consentement.

L'asile devint un hôpital psychiatrique à part entière, où la notion de soins prenait le pas sur la notion d'enfermement. Cette mission soignante s'accompagnait de nouveaux objectifs, à savoir la prévention et le diagnostic.

2. Loi Evin du 27 juin 1990 :

La Loi Evin permet de garantir l'ordre public mais propose également un cadre aux pratiques thérapeutiques psychiatriques. Elle découle d'une réflexion sur l'évolution des pratiques des 150 dernières années et de la nécessité de se mettre en conformité avec les recommandations du Conseil de l'Europe au sujet des hospitalisations sans consentement (R 83-2). Ces recommandations préconisent une décision médicale initiale de placement avant toute intervention judiciaire ou administrative. A l'époque, on déplorait cependant la volonté de surveillance des psychiatres, dont on se méfiait. Face à de nombreuses suspicions d'internements abusifs, cette loi souhaitait apporter de nouvelles garanties en multipliant et différenciant les avis médicaux. C'est dans ce contexte que l'obligation d'un deuxième certificat médical pour les hospitalisations à la demande d'un tiers a vu le jour(2).

La loi de 1990 a été mise à l'étude par la Commission des maladies mentales de 1984, qui apporte de nouvelles propositions :

- l'obligation pour le Préfet d'agir sans délai afin de permettre à un malade, dont la pathologie s'est améliorée sous traitement, de mettre un terme à son hospitalisation ou la poursuivre en ambulatoire, hors de l'hôpital ;
- une réflexion au sujet de la privation de liberté ;
- la création d'une commission médico-judiciaire chargée de visiter les établissements de soins des malades mentaux, privés ou publics, afin de s'assurer que tous les recours à la loi Esquirol sont mis à disposition des patients.

Au final, la loi du 27 juin 1990 permettra plusieurs innovations, telles que (3):

- la création de la notion d'hospitalisation libre, qui doit devenir le mode d'admission principal en psychiatrie et faire passer la contrainte au rang d'exception ;
- la clarification des droits des patients sous contrainte : droit de communiquer avec les autorités judiciaires ou administratives, de prendre conseil auprès d'un médecin ou avocat de son choix, d'exercer son droit de vote, d'avoir les activités religieuses ou philosophiques de son choix ;
- la mise en place des « sorties d'essai », aménagement des conditions d'hospitalisation, afin de favoriser la réinsertion socio-professionnelle, la réadaptation à la vie civile et la guérison du patient ;
- une protection des biens durant l'hospitalisation : le législateur assure ainsi que le patient hospitalisé sans son consentement en hôpital psychiatrique conserve son logement, quelle que soit la durée de l'hospitalisation ;
- l'instauration d'une Commission départementale des hospitalisations psychiatriques qui comprend :
 - o un psychiatre désigné par le procureur général,
 - o un magistrat désigné par le premier Président de la Cour d'Appel,
 - o deux personnalités qualifiées désignées pour l'une par le président du Conseil Général et l'autre par le Préfet. L'une d'elle doit obligatoirement être un psychiatre et l'autre, affiliée à une organisation représentative des familles de patients malades mentaux.

Cette commission a pour objectif de s'assurer que la situation des patients respecte les règles de libertés individuelles et de la dignité des personnes.

Elle est également informée de toute hospitalisation sans consentement et de toute prolongation de la mesure. Elle établit un bilan annuel des mesures d'urgences prévues qui ont été utilisées pour les hospitalisations à la demande d'un tiers ou en hospitalisation d'office.

Elle effectue aussi une surveillance de toutes les hospitalisations à la demande d'un tiers supérieures à 3 mois et saisit au besoin le Procureur de la République ou le Préfet.

De plus, comme cité précédemment, elle visite les établissements de soins des malades mentaux afin de les conseiller ou recueillir leurs réclamations. Elle dresse un rapport au Préfet et au Procureur de la République et le communique au Conseil Départemental de la Santé Mentale.

Bien que cette nouvelle loi ait permis un bond dans le droit du patient et la reconnaissance des troubles mentaux au rang de pathologie nécessitant des soins adaptés, plusieurs critiques peuvent être formulées à son égard (3):

- Une certaine lourdeur administrative est dénoncée par les utilisateurs, ainsi que la méfiance qu'elle traduit envers les soignants.
- Le manque de précision du texte de loi a conduit à des interprétations variables d'une région à l'autre.
- L'absence de décret d'application au sujet des règlements intérieurs crée un vide juridique au sujet de la surveillance des patients (ouverture des services, liberté de déambuler dans les hôpitaux ...)
- Les critères de rédaction du 2^e certificat sont considérés comme difficilement réalisables et n'apportant aucune utilité. Ils sont donc en pratique majoritairement réalisés par un psychiatre appartenant à l'établissement de soins.
- L'arrêté préfectoral de l'hospitalisation d'office est presque chaque fois signé avant qu'un avis médical soit donné et considère que le certificat sera de toute façon rédigé dans les 24h par un des médecins de l'hôpital dans lequel a été admis le patient.
- Le principe de liberté de choix des soignants se trouve en contradiction avec le fonctionnement de la sectorisation de la psychiatrie et l'orientation vers le service d'hospitalisation de secteur.

3. Loi du 5 juillet 2011 :

Il s'agit de la loi posant les grands principes actuels de la prise en charge des patients en soins psychiatriques non consentis.

Elle découle de la révision de la loi du 27 juin 1990, qui aurait dû être faite en 1995 comme le législateur de l'époque l'avait prévu, mais qui a pris énormément de retard face à la complexité d'un tel exercice. Il a en effet été délicat pour les législateurs de rédiger une telle loi, qui devait respecter à la fois les libertés du citoyen et la nécessité de soins des patients ayant perdu toute liberté et faculté de consentement. Selon les principes de la Constitution de la V^e République, toute loi de soins sans consentement doit prendre en compte à la fois les exigences de la protection de la liberté individuelle, de la protection de la santé et également de l'ordre public. Il faut donc trouver un équilibre « entre le triple sceau des ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur » (4).

Un premier pas avait été effectué avec la loi Kouchner du 4 mars 2002, en précisant notamment les règles de l'hospitalisation d'office, mais elle était loin d'être suffisante pour se conformer au droit européen de l'époque(5). En effet, la Cour Européenne des Droits de l'Homme a condamné la France pour non-respect de la Convention à plusieurs reprises.

Il faudra que le Conseil Constitutionnel déclare la loi de 1990 non constitutionnelle dans son avis rendu le 26 novembre 2010 et impose sa révision avant août 2011 pour que soit rédigée la loi du 5 juillet 2011(6).

Dans le but de se conformer au droit Européen, il était nécessaire de réviser au moins trois points problématiques :

- La notion de « Bref délai » que l'on retrouvait dans la loi de 1990 au sujet de l'intervention des autorités dans le jugement des demandes de sorties d'hospitalisation :le fait de ne pas avoir précisé une durée a entraîné des abus qui ont été sanctionnés par le Cour Européenne des Droits de l'Homme, qui estime que le « bref délai » ne peut être supérieur à 15 jours. En effet, la loi de 1990 permettait la poursuite d'une hospitalisation bien plus longtemps, sans l'intervention d'aucun contrôle légal (7), ce qui ne répond pas aux exigences de l'article 66 de la constitution, qui rappelle que « l'autorité judiciaire est la seule gardienne de la liberté individuelle » (8).
- L'absence de mesures pour garantir les droits du citoyen. On considère en effet que le patient doit être informé de ses droits et de ses recours lors d'une hospitalisation sans consentement, pour garantir sa liberté d'expression et de contestation(9).
- L'articulation des compétences entre le juge judiciaire et le juge administratif a été estimée insatisfaisante lorsqu'il s'agissait de statuer sur la légalité de l'hospitalisation sans consentement. A l'époque, le Juge administratif devait apprécier uniquement la régularité de la mesure en faisant totalement abstraction du bien-fondé de la décision d'admission en soins sans consentement. Il ne pouvait donc pas intervenir en cas d'hospitalisation abusive, tant que les règles protocolaires administratives étaient respectées. Le recours pour excès de pouvoir devait alors être adressé au juge judiciaire et pouvait durer plusieurs années avant d'être jugé. Le malade était souvent sorti d'hospitalisation depuis bien longtemps (1).Parfois même des situations d'impasses pouvaient apparaître lorsque le verdict du juge judiciaire différait de celui du juge administratif. La jurisprudence européenne en a d'ailleurs fait un point crucial suite à l'arrêt Baudoin/France en 2010 (cas d'un patient dont l'hospitalisation a

été jugée non valide par le juge administratif au vu de l'examen des légalités externes des arrêtés d'hospitalisation d'office, mais dont le placement n'a pas été levé par le juge judiciaire, celui-ci ayant évalué qu'il y avait nécessité d'hospitalisation d'office) (10). Il s'agissait là de réécrire la loi pour empêcher qu'une telle situation d'impasse se reproduise à l'avenir.

D'autres faiblesses ont également été visées par cette réforme, comme par exemple la nécessité de diversifier les modes de soins autres que les hospitalisations complètes, ou encore de prévoir un cadre légal de réexamen rapide des situations en cas de désaccord entre le Préfet et le psychiatre traitant.

a) Ce qui ne change pas :

Dans cette nouvelle loi, les soins libres ne font pas l'objet d'une révision et la législation reste la même. C'est également le cas des deux formes de soins sous contrainte, à savoir les soins à la demande d'un tiers (soit sur décision du directeur de l'établissement) et ceux à la demande d'un représentant de l'Etat. Les deux possibilités d'entrée en hospitalisation sans consentement sont maintenues, la forme à la demande d'un tiers est juste complétée par de nouveaux dispositifs (11).

b) Ce qui change :

Au final, la loi du 5 juillet 2011 a développé sept nouvelles mesures :

1. Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) est désormais seul à statuer sur le fond et la forme de l'hospitalisation, quelle qu'en soit la modalité(11). C'est un juge judiciaire qui est déclaré compétent pour apprécier la totalité du contentieux, permettant ainsi une meilleure lisibilité du recours juridique (1). Il effectue de manière systématique un contrôle dès lors que le certificat médical du 6^e au 8^e jour statue sur un maintien d'hospitalisation. Il est saisi au plus tard le 12^e jour de l'hospitalisation et l'audience a lieu au 15^e jour de l'hospitalisation ainsi que tous les 6 mois pour les séjours les plus longs(12). En ce qui concerne la forme, bien que n'étant pas médecin, il évalue si l'hospitalisation est « adaptée, nécessaire et proportionnée aux objectifs poursuivis »(8).

L'audience du patient se fait en public, mais le verdict peut être rendu à huis clos sur demande, s'il existe un risque d'atteinte à l'intimité du malade. Le patient sera représenté par un avocat de son choix ou commis d'office. Le JLD peut siéger au tribunal, au sein de l'établissement hospitalier, si une salle y a été spécialement aménagée, ou encore par visioconférence (13).

Le JLD peut confirmer ou infirmer la mesure de soins, mais ne peut en aucun cas la modifier. Son verdict peut se faire immédiatement à l'issue des débats, ou lors d'une audience ultérieure ou encore par mise à disposition au greffe. En cas de levée de la mesure de placement, il peut décider d'une prise d'effet immédiate, ou différée de 24h maximum pour permettre la mise en place d'un programme de soins (s'il est justifié) ou organiser le relais de la prise en charge hors de l'hôpital, si elle est possible, afin de garantir une continuité des soins(13).

Selon Isabelle ROME, Inspectrice générale de la Justice et Magistrat, la rédaction de ses décisions doit éviter d'utiliser des termes médicaux spécifiques, le Juge n'étant pas lui-même un médecin. Les éléments diagnostiques doivent être discutés et annoncés au patient par le psychiatre et non par une autorité judiciaire. Ainsi, la réalité décrite par le médecin dans les certificats doit être utilisée prudemment par le JLD. Les termes justifiant la décision judiciaire doivent être bien choisis, afin d'éviter de blesser le malade et compliquer la prise en charge par les soignants, de retour dans le service. En ce sens, le verdict est également entendu par le soignant accompagnant, qui peut alors immédiatement apporter son soutien, rassurer le patient mais également, si c'est le cas, l'aider à préparer sa sortie(8).

C'est un tout nouveau rôle pour le JLD, plus habitué à un registre pénal qui punit un citoyen jugé coupable. Dans cette nouvelle fonction, il s'agit de protéger le malade de lui-même, via des soins auxquels il ne consent pas et ce, alors qu'il n'est pas coupable d'être malade(7). Le respect de la dignité du malade doit être au centre des préoccupations.

2. La diversification des modes de placements sur décision du directeur de l'établissement : jusqu'à présent, seuls les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) étaient possibles (anciennement appelés « hospitalisation à la demande d'un tiers –HDT »), avec la rédaction de deux certificats médicaux attestant de la nécessité de soins spécialisés en psychiatrie.

La loi de juillet 2011 prend désormais en compte les situations dans lesquelles il est impossible de joindre un tiers et qu'il existe la notion de « péril imminent ». Il est alors possible d'admettre le patient en soins pour péril imminent, SPI, sans tiers, avec la rédaction d'un seul certificat initial(7). Le directeur de l'établissement d'accueil doit informer la famille du patient dans les 24 heures suivant son admission.

Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers peuvent également être engagés en procédure d'urgence, SPU, lorsque l'état clinique du patient nécessite des soins « urgents ». Dans ce cas, la rédaction d'un seul certificat initial est suffisante(2).

3. Une période de 72h est mise en place au début de prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète pour observation, au terme de laquelle sera rédigé un certificat médical, (en plus de celui des 24h déjà prévu), pour rendre compte de l'évolution clinique du patient (6) et du type de prise en charge nécessaire (programme de soins ou hospitalisation) (11). C'est durant cette période également que doit être pratiqué un examen médical afin d'éliminer toute origine somatique du trouble (dans les 24h suivant son admission). Enfin tout doit également être mis en place afin d'inciter le patient à consentir librement aux soins.

En cas de poursuite des soins sans consentement au-delà de 72h, un certificat médical devra être établi entre le 6^e et 8^e jour d'hospitalisation (remplaçant celui qui devait être fait au 15^e jour avant la réforme de la loi). A tout moment, un certificat modifiant les modalités de prise en charge peut être rédigé(14).

Autre nouveauté, il est désormais possible de rédiger un certificat sur la base du dossier du patient lorsque l'examen de ce dernier est impossible du fait de son état ou de la situation (en cas de fugue par exemple)(14).

4. Dans les cas de soins sans consentement à la demande du représentant de l'état (SPDRE), il est du devoir du directeur de l'établissement de demander immédiatement un second avis psychiatrique qui doit être rendu dans les 72h en cas de désaccord initial entre le préfet et le psychiatre traitant lorsque ce dernier demande une fin d'hospitalisation.

En cas de confirmation par le second psychiatre, le Préfet se voit obligé d'acter une levée de la mesure de SPDRE.

En cas de second avis différent et refus du Préfet d'ordonner la levée de la mesure de soins, le JLD est obligatoirement saisi et c'est à lui que revient la décision d'une poursuite ou non des soins sans consentement, décision à laquelle le Préfet devra se plier(13).

5. La création de soins sous contrainte sur un mode ambulatoire, via l'établissement d'un programme de soins par le psychiatre traitant : le programme de soins est rédigé en accord avec le patient et il définit le type de soins, les lieux où ils s'exercent ainsi que leur périodicité. Les traitements ne sont pas à préciser dans ce document. Ce mode de soins peut être mis en place dès la fin de la période d'observation de 72h. En cas de non-respect de ce programme de soins et s'il peut en découler une détérioration de l'état de santé du patient, un retour en hospitalisation complète peut être organisé (15).

Il appartient également au Juge des Libertés et de la Détention de contrôler le programme de soins et de vérifier qu'il ne s'agit pas d'une hospitalisation complète déguisée. A l'époque de cette création, la communauté médicale et les magistrats avaient interrogé la légitimité du JLD dans le jugement de cet aspect de la prise en charge d'un malade. Deux avis opposés s'étaient alors affrontés : en 2014, le premier Président de la Cour d'Appel de Bastia avait estimé que le JLD n'avait pas la compétence pour évaluer la « pertinence » du contenu du programme de soins, tandis qu'en 2015, la Cour de Cassation estimait que s'il ne peut préciser les modalités médicales de soins psychiatriques, il pouvait par contre contrôler la véracité du programme de soins.

C'est au final la Haute Juridiction Judiciaire qui a tranché pour la seconde interprétation du rôle du JLD : son travail est également de vérifier que le programme de soins ne relève pas en réalité d'une hospitalisation de manière détournée (1).

6. Il devient obligatoire d'informer le patient de ses droits et ses voies de recours et d'en tracer la preuve dans le dossier médical. Il est également nécessaire de recueillir ses observations concernant les décisions qui sont prises à son sujet.
7. L'avis d'un collège est désormais obligatoire lorsqu'une fin d'hospitalisation est envisagée pour trois catégories de malades considérés comme potentiellement dangereux. Il s'agit des patients hospitalisés suite à une décision d'irresponsabilité pénale, des patients hospitalisés en SPDRE ayant été admis directement en UMD ou encore des patients en SPDRE et qui ont fait l'objet de plus d'un an de soins en UMD dans les dix dernières années (13).

Ce collège est composé du psychiatre qui assure la prise en charge du dit patient, un membre de l'équipe soignante et également un second psychiatre de l'établissement. Ils rédigent ainsi de manière collégiale un avis motivé qui sera adressé au Préfet.

Par ailleurs les commissions départementales des soins psychiatriques (anciennement commissions départementales de l'hospitalisation psychiatrique) recentrent leur mission sur les situations qui paraissent être les plus sensibles, à savoir celles des patients en SPI et celles dont la durée d'hospitalisation a dépassé une année entière. Elles rassemblent également les données relatives aux placements et mesures d'isolement de tous les établissements, via l'ARS qui leur communique les registres semestriels transmis par les différentes Directions générales de l'offre de soins (DGOS) (16).

4. La réforme partielle du 27 septembre 2013 :

Si l'on peut reprocher à la loi de 2011 de ne pas avoir associé les professionnels et le Ministère de la santé dans sa rédaction, ce n'est pas le cas pour sa réforme partielle en 2013.

Une mission d'information, montée par les députés de l'époque, a effectué des visites dans les structures de soins psychiatriques et auditionné plusieurs acteurs de santé mentale, afin de déterminer quelles seraient les rectifications à apporter (9).

Les principales corrections administratives sont :

- La précision sur le fait qu'il est impossible d'imposer un programme de soins, celui-ci doit se faire absolument avec le consentement du patient ;
- La remise en place des sorties de courtes durées non accompagnées (de moins de 48h) ;
- La suppression des dispositions spécifiques à mettre en place pour les patients venant d'UMD. Le champ d'application de ces mesures est alors limité aux irresponsables pénaux, dans les cas de peines encourues d'au moins 5 ans en cas d'atteintes aux personnes et de 10 ans en cas d'atteintes aux biens ;
- Le rappel du droit des personnes détenues d'être en soins libres dans une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) ;
- La création d'un droit de visite des structures de soins psychiatriques pour les parlementaires;
- La suppression du certificat à effectuer entre le 5^e et le 8^e jour d'hospitalisation ;
- Le remplacement de l'avis conjoint par un avis motivé ;
- La clarification de la marche à suivre en cas de désaccord entre le Préfet et le psychiatre traitant ;
- La réduction du délai pour statuer du JLD à 12 jours et non plus 15. Le JLD est saisi par le représentant de l'Etat en cas de mesure de SPDRE, par le directeur de l'établissement pour les autres mesures de soins sans consentement ;
- Le déroulement de l'audience désormais le plus souvent à l'hôpital (voire en chambre du Conseil à la demande du patient ou exceptionnellement au Tribunal de Grande Instance), mais plus en visioconférence (à moins qu'elle ne soit réellement justifiée). Cette mesure a été prise pour éviter le traumatisme d'un transfert au tribunal et le risque d'assimiler leur audience à une accusation de délinquance.

II. Actuellement :

Les bases de la législation en vigueur ont été posées par la réforme de la loi 5 Juillet 2011. Dans ce chapitre, nous tenterons de résumer au mieux la législation actuelle concernant les soins sans consentement, en s'appuyant sur le Code de Santé Publique (CSP) et en y intégrant les dernières jurisprudences qui viennent préciser les textes de lois au fil des années.

A. Des soins sans consentement, pour quelles situations, dans quelles conditions de rédaction ?

La recherche du consentement aux soins est l'un des principes fondateurs de la pratique médicale. En effet, dans la majorité des cas, aucun acte médical ne peut être imposé à un patient s'il le refuse. Il n'existe que quelques rares situations pour lesquelles la loi vient encadrer la possibilité d'imposer des soins, à savoir les vaccinations obligatoires pour les enfants et les soins psychiatriques.

Le législateur a prévu la possibilité d'imposer des soins psychiatriques lorsqu'il est démontré qu'il y a une impossibilité de consentir aux soins en raison d'un état mental qui nécessite une intervention médicale de par sa gravité.

En 2014, plus de 114 000 séjours hospitaliers se sont déroulés sans consentement en psychiatrie (17).

Les soins sans consentement (SSC) permettent d'apporter des soins à des patients présentant des troubles mentaux rendant impossible leur consentement. Il faut cependant que leur état de santé soit suffisamment grave pour qu'il nécessite des soins immédiats ou une surveillance médicale constante(18).

Une admission en psychiatrie peut alors être demandée par les proches du patient, par un représentant de l'Etat ou encore par un médecin.

Quel que soit le mode de soins sans consentement, la mesure nécessitera toujours :

- La rédaction d'au moins un certificat médical initial ;
- Puis d'un autre certificat à 24h d'hospitalisation ainsi qu'un autre à 72h. Dans les deux cas, les rédacteurs doivent être différents de l'auteur du certificat médical initial (19) ;
- La rédaction d'un avis motivé au 8^e jour de l'hospitalisation pour saisir le Juge des Libertés et de la Détention(20) ;
- Enfin un certificat médical tous les mois en cas de poursuite de la mesure au-delà de 30 jours(21) ;
- Dans les cas d'hospitalisations dépassant une durée d'un an, un examen plus approfondi de la situation est effectué par un collège et cette opération est renouvelée tous les ans (21). Ce collège est alors formé de 3 membres du personnel de l'établissement : un médecin et un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant tous deux à la prise en charge du malade, ainsi qu'un psychiatre n'y participant pas (22).

Au total entre le (ou les) certificat(s) initial(-aux) et le certificat des 72h, il doit y avoir impérativement 3 rédacteurs différents, afin de prévenir le risque d'hospitalisation abusive.

B. Les différents modes de placement :

1. A la demande du directeur de l'établissement :

a) Soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) :

Ce mode de placement, autrefois appelé hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) est utilisé lorsqu'un tiers existe et est en demande de soins pour son proche.

L'admission en soins psychiatriques ne peut être alors prononcée que si deux conditions sont remplies, à savoir :

- le consentement du patient n'est plus possible en raison des troubles mentaux ;
- la nécessité de soins immédiats avec surveillance médicale constante ou du moins régulière et qui justifie une hospitalisation à temps complet.

Dans ce cas, cette admission sera alors obligatoirement accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours, précisant bien les deux conditions susnommées(18). Ils doivent également comporter la date, l'identité et la fonction du rédacteur, écrites de manière lisible, et une signature.

Dans un but de prévention des hospitalisations abusives, ces deux certificats doivent être rédigés par deux médecins différents. Le premier médecin doit obligatoirement être extérieur à l'établissement d'accueil. Dans la majeure partie des cas, il s'agira alors d'un médecin généraliste ou d'un médecin urgentiste, qui n'est pas forcément coutumier de ce type de rédaction. Il est donc possible que le premier certificat soit un formulaire prérempli, à la condition que le médecin certificateur décrive la symptomatologie avec précision et mette en évidence l'incapacité du patient à se prendre en charge et consentir aux soins (23).

Le second certificat peut être rédigé par un psychiatre de l'établissement.

Ces deux certificats sont également accompagnés d'une demande écrite du tiers à l'origine de la procédure, comportant son identité, ses coordonnées personnelles et des précisions quant à la nature des liens qu'il entretient avec le patient. Le tiers ne peut être qu'une personne de la famille ou justifiant de liens avec le malade antérieurs à l'épisode actuel et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de ce dernier. Ce ne peut être en aucun cas un membre du personnel médical (18).

Le certificat des 24h doit obligatoirement être rédigé par un médecin autre que les deux médecins des certificats initiaux. Celui des 72h peut être établi par le psychiatre de l'établissement ayant rédigé le second certificat initial, mais pas par le rédacteur du certificat des 24h.



b) Soins psychiatriques d'urgence (SPU) :

Cette mesure vient répondre aux situations dites d'urgences, « lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ». Elle permet au directeur de l'établissement de prononcer l'admission d'un malade à la demande d'un tiers avec un seul certificat médical, rédigé par un médecin psychiatre de l'établissement.

Ce certificat doit alors impérativement faire part, dans sa description clinique, de la notion d'urgence à engager des soins, au risque de faire invalider la mesure par le JLD. Il doit évidemment faire part des deux conditions précédemment citées, à savoir l'incapacité pour le patient de donner son consentement et la nécessité de soins immédiats avec surveillance médicale.

Puisqu'il n'y a alors plus qu'un seul certificat initial, les certificats des 24h et 72h devront être rédigés par deux médecins distincts et tous deux différents de l'auteur du certificat initial (24).



c) Soins en péril imminent (SPI) :

Le directeur de l'établissement a la possibilité de prononcer une admission en soins psychiatriques sans consentement même sans demande de tiers. Cette mesure vient répondre aux situations des personnes isolées pour lesquelles la recherche de tiers peut ne pas aboutir ou lorsque les proches ne souhaitent pas assumer la demande de soins. Cependant, il s'agit d'une mesure pour laquelle il n'existe plus de décisionnaire autre que le corps médical et qui présente donc un risque de débordement en dehors du cadre « exceptionnel » que représente l'absence d'un tiers demandeur de soins. Les SPI concerneraient presque 30% des mesures de soins sans consentement dans les hôpitaux généraux. Ils seraient surreprésentés principalement dans les services d'urgences « où les équipes soignantes connaissent moins bien le patient ou d'éventuels tiers à contacter, manquent de ressources pour les rechercher et doivent agir rapidement pour orienter le patient vers des soins adaptés » (17).

Dans son travail de thèse portant sur les SPI en 2014, Gobillot Porte a d'ailleurs retrouvé un nombre conséquent de SPI « non justifiés », avec l'existence d'un tiers tout à fait capable d'effectuer la demande de soins, mais qui n'avait tout simplement pas été sollicité par le corps soignant (25) .

De ce fait, la législation se veut particulièrement exigeante en matière de justification de ce genre de mesures. La notion de péril imminent pour la santé du patient doit être constatée et explicitée par le médecin rédacteur du certificat initial. L'impossibilité de joindre un tiers, ou pour le moins d'obtenir la demande d'un tiers, doit également apparaître dans le certificat (2). L'incapacité pour le patient de donner son consentement et la nécessité de soins immédiats avec surveillance médicale, doivent également apparaître dans ce document.

Un seul certificat initial est exigé, mais celui-ci doit être rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil du patient.

Dans ce cas, le Directeur de l'établissement doit impérativement informer dans les 24h la famille du patient de la mesure en place, ou à défaut, toute personne pouvant justifier de l'existence de relations avec le patient antérieures à l'admission en soins. Dans les cas où le malade est un majeur protégé, la personne chargée de sa protection juridique doit également être informée de la mesure.

Afin de protéger au mieux les droits du patient, la loi impose une action dans la plus grande transparence. Ainsi, le Directeur de l'établissement, en plus de faire son possible pour contacter un proche du patient, doit informer sans délai le représentant de l'Etat dans le département (à Paris, au Préfet de police) et à la Commission départementale des soins psychiatriques (26). Cette démarche de déclaration auprès des organismes publics vaut également pour les hospitalisations en SPDT et en SPU. Le non-respect de cette obligation de transparence est considérée par la Cour de Cassation comme justificatif de la mainlevée de la mesure de soins sous contrainte (27).

Comme pour les mesures de SPU, les certificats médicaux des 24h et 72h devront être rédigés par deux médecins distincts et différents du rédacteur du certificat médical initial (18).



2. A la demande du représentant de l'Etat (SPDRE) :

Les soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat correspondent à l'ancienne hospitalisation d'office (HO). Il s'agit d'un mode d'hospitalisation ordonné par le représentant de l'Etat du département, par arrêté préfectoral au vu d'un certificat médical circonstancié précédemment rédigé lorsque :

- Il existe des troubles mentaux qui nécessitent des soins ;
- L'expression clinique de la pathologie psychiatrique compromet la sûreté ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public (28).

Ce mode d'hospitalisation diffère de ceux ordonnés par le directeur de l'établissement, car à l'instar de ces derniers, qui ont pour but de protéger la santé du patient et d'éviter qu'elle porte atteinte à sa propre intégrité, les SPDRE ont pour objectifs de préserver l'ordre public et protéger les citoyens (2).

La mesure de SPDRE peut être demandée par les maires des communes ou encore les Commissaires de police de Paris, mais ils doivent alors en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'Etat dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques (29).

Dans ce cas, un seul certificat médical circonstancié initial est nécessaire, rédigé par un psychiatre extérieur à l'établissement d'accueil ou un médecin non psychiatre qui lui peut appartenir à l'établissement d'accueil. Un arrêté préfectoral est également nécessaire, qui doit être motivé et indiquer précisément les circonstances ayant conduit à l'admission. Il désigne également l'établissement d'accueil du patient (28).

Les certificats des 24 et 72 heures seront rédigés par deux psychiatres distincts et n'étant pas rédacteurs du certificat initial.

Le reste de la procédure reste la même que pour les hospitalisations à la demande des directeurs d'établissements, avec l'intervention du JLD et son verdict avant le 12^e jour de l'hospitalisation.

Lorsque le psychiatre prenant en charge le patient estime que l'état clinique ne remplit plus les deux conditions de SPDRE précédemment citées, il rédige alors un certificat médical de demande de levée de la mesure et l'adresse au directeur de l'établissement.

La grande différence de ce mode de placement par rapport aux précédents est que tous les certificats et avis médicaux rédigés sont adressés sans délai par le directeur de l'établissement au représentant de l'Etat (Préfet) qui en prend connaissance. Il en est de même pour toute modification de la mesure (demande de sorties accompagnées ou seules du service, demande de levée de la mesure et sortie d'hospitalisation) : la requête est envoyée au représentant de l'Etat, qui statue sur l'accord ou non de la demande dans un délai n'excédant pas 3 jours francs après réception de la demande (30). Le représentant de l'Etat participe donc concrètement au déroulé de l'hospitalisation du patient et c'est à lui que reviennent les décisions concernant l'évolution de la mesure de soins sans consentement.

En cas de désaccord entre le psychiatre et le représentant de l'Etat sur la question de la poursuite des soins, ce dernier peut, dans un premier temps, demander un deuxième avis médical émanant d'un autre psychiatre de l'établissement. Lorsque le deuxième avis confirme le premier mais que le représentant de l'Etat s'oppose toujours à la sortie du patient, alors il peut demander une expertise du malade. Cette expertise est réalisée par un psychiatre n'appartenant pas à l'établissement d'accueil, choisi par le représentant de l'Etat dans le département sur une liste établie par le Procureur de la République. C'est alors l'expertise qui déterminera de la nécessité ou non de la poursuite de l'hospitalisation sans consentement (31).

C. Le déroulement :

1. Le temps d'évaluation médicale :

La mesure de soins sans consentement s'accompagne obligatoirement d'un temps d'évaluation médicale de 72 heures, durant lesquelles deux certificats médicaux circonstanciés seront rédigés, faisant part de la nécessité ou non du maintien des soins imposés. Ces certificats s'appliqueront à décrire la symptomatologie objectivée lors des entretiens médicaux, ainsi que les raisons pour lesquelles la mesure de placement reste justifiée, nécessaire et surtout proportionnée par rapport aux objectifs envisagés pour les soins.

Dans un souci de prévention du risque d'hospitalisation abusive, ce temps d'évaluation médicale est effectué par deux psychiatres distincts qui rédigeront chacun l'un des deux certificats.

Durant cette période, la recherche du consentement doit toujours primer et une levée de la mesure au profit de la poursuite des soins en mode libre est toujours possible. A défaut, les soins se poursuivent sans consentement et leur régularité sera soumise à l'évaluation du Juge des Libertés et de la Détention. Sa saisine se fera avant le 8^e jour de l'hospitalisation, par un avis de situation rédigé par le psychiatre en charge des soins.

2. La rencontre avec le Juge des Libertés et de la Détention :

Le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) a pour rôle de s'assurer de la légalité de la mesure de soins sans consentement, tant sur la forme que sur le fond.

Il est saisi systématiquement par l'établissement de santé d'accueil au maximum au 8^e jour de l'hospitalisation sans consentement, ou 15 jours minimum avant le contrôle des 6 mois pour les hospitalisations plus longues. Son verdict est alors rendu au plus tard au 12^e jour de l'hospitalisation ou au jour des 6 mois de la mesure de soins sans consentement (32).

Il peut cependant également être saisi à tout moment par le patient lui-même, la personne chargée de sa protection dans le cas des majeurs sous tutelle ou curatelle, un proche ou encore une personne susceptible d'agir dans l'intérêt du malade. Le Procureur de la République a également le droit de saisine du JLD à tout moment (33). Toute personne peut également porter des informations concernant une hospitalisation en cours à la connaissance du JLD qui, s'il en voit la nécessité, pourra alors être saisi d'office (34). Une notice concernant la « Requête en mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète en soins psychiatriques » a été éditée par le Ministère de la justice et est disponible sur son site internet. Celle-ci détaille, de manière simplifiée et compréhensible de tous, la marche à suivre pour effectuer une saisine du JLD et le déroulé de la procédure, vulgarisant ainsi les articles L 3211-12 et R 3211-7 et suivants du Code de la Santé Publique (35).

La saisine du JLD se fait par tout moyen de transmission tant qu'une date de sa réception au greffe est possible. Lorsque qu'elle émane du patient lui-même, la requête peut être simplement déposée au secrétariat de l'établissement d'accueil qui est dans l'obligation de le transmettre sans délai au greffe du JLD. La demande peut d'ailleurs être faite simplement verbalement et l'équipe soignante doit alors la transmettre au directeur de l'établissement qui s'occupera d'établir un procès-verbal qui sera également transmis sans délai au greffe (22).

Dans les cas de personnes majeures protégées, puisqu'on leur reconnaît une incapacité juridique, leur courrier au JLD ne sera pas considéré comme une saisine en tant que telle. Il pourra cependant être un moyen pour le JLD de s'autosaisir, s'il en estime le besoin (36).

Il est important de préciser qu'en cas de saisine facultative du juge après un premier contrôle, il n'est pas possible de soumettre à examen une irrégularité qui a déjà été examinée par le précédent JLD (37). Il est donc impératif de soulever toutes les irrégularités imaginables devant le Juge des Libertés et de la Détention pour la période contrôlée car il ne sera plus possible de le faire lors d'une instance ultérieure.

Au cours d'une audience qui se tient dans une salle dédiée au sein de l'établissement d'accueil du patient, le JLD examine la légalité externe d'un acte administratif en vérifiant que les règles de forme ont été respectées et notamment en ce qui concerne les compétences de l'auteur de l'acte.

Il doit également évaluer le bien-fondé de l'hospitalisation, en se basant sur les certificats médicaux qui lui sont transmis. En aucun cas, il ne doit se substituer au médecin en ce qui concerne l'appréciation de l'état de santé et la capacité à consentir du patient, comme le précisent les articles L. 3211-12-1, L.3216-1, L.3212-3 et L.3211-12 du CSP et appuyé par la Cour de Cassation en 2017 (38). Il doit s'en tenir à évaluer si la mesure en cours demeure au moment de l'audience « nécessaire, adaptée et proportionnée » aux objectifs poursuivis (39).

Un tel flou juridique sur la frontière entre expertise judiciaire et expertise médicale entraîne forcément une grande hétérogénéité dans les décisions sur les problèmes de fond.

En cas de décision de mainlevée par le JLD, ce dernier peut différer l'application de cette décision, d'une durée maximale de 24h. Ce choix doit être motivé, comme l'impose l'article L.3211-12-III du CSP. Ce délai permet alors aux équipes de soins d'instaurer un programme de soins, si la situation le requiert.

3. Les recours aux verdicts de mainlevées :

Toute ordonnance du Juge des Libertés et de la Détention est susceptible d'appel devant le premier Président de la Cour d'Appel ou de son délégué. Cette procédure d'appel n'est cependant pas suspensive de la première décision, à l'exception des recours en appel par le Procureur de la République qui, lors d'une décision de mainlevée par le JLD, peut demander au premier Président de la Cour d'Appel de déclarer un recours suspensif en cas de risque d'atteinte grave à l'intégrité du malade ou envers autrui. Pour être valable, ce recours doit alors être fait dans les 6h à compter de la notification de mainlevée. Le premier Président de la Cour d'Appel décide alors sans délai s'il est nécessaire ou non de donner à cet appel un effet suspensif. Si l'effet suspensif est déclaré, le premier Président de la Cour d'Appel doit se prononcer sur la demande en appel dans les 3 jours, sauf s'il ordonne une expertise, auquel cas le délai est allongé à 14 jours (33).

Dans les situations de décision de mainlevée de l'hospitalisation complète par le JLD, le psychiatre traitant peut parfois être tenté de monter une nouvelle mesure de placement en soins sans consentement, estimant qu'une décision administrative ne devrait pas interrompre des soins estimés nécessaires. Cela a également été souligné dans le rapport de mission d'évaluation des lois de 2011 et 2013 déposé à l'Assemblée Nationale. Le rapporteur signale que certains médecins développeraient une stratégie de contournement du verdict du Juge des Libertés et de la Détention, en renouvelant immédiatement la mesure d'hospitalisation complète sans consentement (40).

Il semble important de noter que dans un cas d'espèce, la Cour de Cassation a ordonné une nouvelle mainlevée, constatant « un détournement de pouvoir », considérant que « les décisions judiciaires (avaient) intrinsèquement force exécutoire immédiate » (41). De nombreuses situations identiques sont cependant régulièrement observées au sein des services d'admissions psychiatriques.

Si certains analysent ces réadmissions immédiates après décision de levée des soins sans consentement comme une forme de détournement de la procédure et une remise en cause du verdict du JLD, ce n'est pas le point de vue de Mme Marion PRIMEVERT, magistrate, Vice-présidente au Tribunal de Grande Instance de Paris et co-directrice de la formation annuelle nationale « Les soins psychiatriques sans consentement » de l'Ecole Nationale de la Magistrature de Paris. Selon elle, les renouvellements de mesures de soins sans consentement, alors qu'une mainlevée avait été ordonnée pour des motifs en lien avec des vices de forme ou de fond, respectent l'esprit de la loi, tant qu'ils agissent dans l'unique intérêt de la santé du patient concerné (40). C'est d'ailleurs cet intérêt prioritaire de la santé du patient que défendent les représentants des syndicats des psychiatres entendus par la mission d'évaluation des lois de 2011 et 2013 et qui justifient les réadmissions immédiates après mainlevées. Il est important de préciser qu'en cas d'infraction ou de dommage causé par un patient ayant bénéficié d'une mainlevée judiciaire de son hospitalisation complète, c'est la responsabilité civile de l'établissement psychiatrique d'accueil, voire la responsabilité pénale du médecin en charge du dossier qui est susceptible d'être recherchée(40).

D. Les motifs de mainlevées :

L'article L. 3216-1 du Code de Santé Publique, apparu dans la loi de 2011 définit que « l'irrégularité affectant une décision administrative [...] n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet (42)».

Or, la Convention Européenne des Droits de l'Homme dans son article 5 dispose que « toute personne victime d'une détention dans des conditions contraires aux dispositions de cet article, a droit à une réparation ».

On peut alors considérer que, lorsque la privation de liberté résulte d'une décision administrative, toute irrégularité de la procédure, quelle qu'elle soit, porte une atteinte directe aux droits et aux libertés individuelles du patient et entraîne de ce fait un motif de mainlevée par nullité juridique de la mesure(36).

Selon une étude menée par la Cour de Cassation entre 2012 et 2013, dans les situations de contestation du verdict de mainlevée du JLD pour irrégularité de l'acte, 66% des audiences en appel aboutissent au maintien de l'hospitalisation sous contrainte. Dans les 34 % restant, où la mainlevée est prononcée, les motifs sont, à hauteur de 13%, des cas en lien avec l'absence d'information ou de consultation du patient au sujet de ses soins, 3% pour absence de motivation de l'acte administratif (36).

1. Les éléments de légalité externe :

a) L'incompétence de l'auteur des décisions :

Selon les articles L.111-2 et 212-1 du Code des relations entre le public et l'administration, toute décision prise par une autorité administrative doit impérativement comporter de manière lisible le nom, le prénom et la qualité de l'auteur, ainsi que sa signature. En cas de non-respect de ces conditions, la décision sera invalidée par les autorités de contrôle, dans notre cas, par le JLD.

Lors de l'évaluation de la validité de la mesure de soins sans consentement, le JLD s'attachera à vérifier que l'auteur de l'acte était bien en droit de prendre cette décision (Directeur de l'établissement ou Préfet selon le mode de placement). S'il s'agit d'une délégation de signature, la preuve de la nature de cette délégation devra être fournie, ainsi que sa durée. Le nom et la fonction de l'agent délégataire doivent être précisés, de même que les conditions et réserves à cette délégation et la nature des actes délégués(36).

En cas d'absence de justificatif de la délégation, l'auteur sera alors considéré comme incompétent à la date de la décision et l'irrégularité de la situation sera établie, entraînant une possible mainlevée par le JLD de la décision administrative de soins sans consentement.

b) L'incompétence du médecin :

Les mesures de soins sans consentement impliquent la rédaction de certificats médicaux, dont l'identité des auteurs doit répondre à des exigences précises définies dans les textes de loi du Code de la Santé Publique. Le non-respect des compétences légales du médecin constitue une irrégularité à la mesure de placement et donc une atteinte aux droits et aux libertés du patient pouvant engendrer une mainlevée par le JLD.

Dans les situations de placements du type SPDT ou SPI, l'auteur du certificat initial ne peut être un médecin de l'établissement d'accueil. Il est alors souvent du ressort des médecins urgentistes et des médecins généralistes de rédiger ce premier document.

Dans les situations d'urgences (SPU), le certificat initial peut être rédigé par n'importe quel médecin, y compris lorsqu'il travaille au sein de l'établissement d'accueil du patient.

D'autres situations d'exceptions définies dans le Code de Santé Publique à l'article L. 3213-2 autorisent la rédaction de ce certificat par tout médecin sans restriction de spécialité, ni de lieu d'exercice. Par exemple, lors de la réquisition d'un psychiatre au cours d'une garde à vue, ce dernier pourra au besoin rédiger le certificat initial de soins sans consentement même s'il exerce dans l'établissement d'accueil (29,36).

Dans le cas des SPDRE, il est précisé dans le texte de loi que l'auteur du certificat initial ne peut être un psychiatre de l'établissement, ce qui laisse entendre qu'un autre médecin de l'établissement est compétent dans la rédaction du dit document. Bien que par extension, il ne soit pas rare de voir adopter l'exigence supplémentaire de « tout médecin de l'établissement » lors de la mise en place d'une mesure de SPDRE, il faut noter que le Conseil d'Etat (43) et la Cour de Cassation (44) considèrent comme possible la rédaction du certificat médical initial de SPDRE par un médecin de l'établissement d'accueil autre que psychiatre, définissant ainsi la jurisprudence actuelle à ce sujet.

c) L'absence de motivation des décisions :

La loi prévoit que « les personnes [...] ont le droit d'être informées sans délai, des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent » et ces décisions doivent être motivées.

Lorsque le Directeur de l'établissement ou le Préfet prononce ou maintient une mesure de soins sans consentement, dans les cas de SPDRE, la décision doit être justifiée et transmise au patient. La justification peut se faire en se référant aux certificats médicaux, mais dans ce cas, l'autorité administrative doit « s'en approprier le contenu et [...] joindre le certificat à la décision » (45,46).

L'insuffisance de motivation de ces décisions peut entraîner des cas de mainlevées. Un Juge d'appel a par exemple retenu l'absence d'incorporation du contenu des certificats médicaux par un directeur pour acter la mainlevée de la mesure. Il a considéré que le fait de ne pas avoir repris « au moins de manière synthétique, les éléments médicaux » privait le patient de « la connaissance des motifs médicaux » qui justifiaient sa mesure de placement (47).

Il est important également de respecter la chronologie, les décisions administratives ne pouvant pas être prises avant qu'un avis médical soit établi, au risque qu'une mainlevée soit ordonnée par le JLD (48).

d) La non-rétroactivité de la décision :

L'admission en soins sans consentement déclenche immédiatement le délai légal de contrôle du JLD, formalisme procédural qui s'il n'est pas respecté, impliquera automatiquement une mainlevée de la mesure, sans même nécessiter d'examiner le fond de la situation.

En effet, il peut exister un laps de temps entre le moment où le patient est physiquement admis en soins et le moment où la décision administrative est prise. Ceci est possible afin de permettre aux soignants d'organiser la mise en place des mesures d'internement tout en maintenant contre son gré le patient dans un établissement d'hospitalisation quand ce dernier présente un danger imminent pour lui ou pour autrui. Ce laps de temps doit être un « *temps strictement nécessaire à la mise en œuvre des mesures d'internement [...] prévues par le Code de la Santé Publique* ».

En clair, cela signifie que dès lors que la décision de placement est prise, l'autorité administrative doit prononcer l'admission administrative dans l'établissement, sans délai. Cependant la notion de « temps strictement nécessaire » n'est pas clairement définie. Selon la Cour de Cassation, il ne doit pas dépasser « quelques heures », sans en donner une limite plus précise (36). La jurisprudence du Conseil d'Etat considère, à ce sujet, qu'il s'agit du délai nécessaire à la transmission des pièces requises et l'élaboration matérielle de l'acte et qu'il appartient au juge de vérifier la validité du délai entre admission physique et admission administrative (49).

Cette admission ne peut être rétroactive à l'arrivée du patient dans l'établissement comme le précise le Conseil d'Etat (50). Ainsi, le JLD de Versailles a prononcé une mainlevée suite à la constatation d'un délai injustifié de 24h entre l'admission physique du patient et son admission administrative (51), précisant que « *cette décision d'admission ne peut être régularisée rétroactivement par écrit le lendemain de l'hospitalisation, sans urgence dûment justifiée* ».

Le Juge d'appel de Versailles admet cependant une rétroactivité de l'acte administratif dans un seul cas, à savoir « *l'urgence à admettre en soins psychiatriques (en péril imminent) à une heure tardive* », ce qui « *justifie que la décision d'admission ne soit formalisée et signée que le lendemain par le directeur de l'établissement, avec une prise d'effet rétroactive (la veille)* »(52).

e) Le non-respect des délais :

Le Code de la Santé Publique définit également le délai d'intervention du Juge des Libertés et de la Détention. En effet, le Directeur de l'établissement d'accueil du patient en soins sans consentement doit impérativement saisir le JLD avant le 8^e jour de l'hospitalisation afin que celui-ci prenne connaissance du dossier administratif et médical dans le cadre du contrôle obligatoire(32). Dans les cas de contrôles à six mois d'une mesure de soins sans consentement, le JLD doit être saisi au minimum 15 jours avant l'expiration du délai des six mois.

En cas de saisine tardive, après le 8^e jour pour une mesure initiale ou à moins de 15 jours du 6^e mois de placement, le juge « ordonne la mainlevée », formule impérative utilisée par le législateur pour souligner qu'un tel retard témoignerait d'une rétention arbitraire.

La contrainte du délai n'est pas réservée qu'à l'autorité administrative ou médicale. Elle s'applique également au Juge des Libertés et de la Détention qui doit apporter son verdict dans les délais. Dans le cas où il ne statue pas dans les temps, à savoir au 12^e jour de l'hospitalisation pour les nouvelles mesures de soins sans consentement et avant les 6 mois de placement dans le cadre du contrôle des 6 mois, la mainlevée est automatiquement acquise (20).

f) L'absence de production de l'ensemble des certificats médicaux :

L'ensemble des documents administratifs et certificats médicaux doit être produit devant le juge, faute de quoi la décision de placement est considérée comme irrégulière.

A plusieurs reprises, les JLD ont infirmé une mesure de soins sans consentement pour défaut de présentation d'un de ces documents, dans les temps impartis (à savoir 48h avant l'audience) (53).

Par contre, la Cour de Cassation précise que l'examen somatique, bien qu'obligatoire dans les 24 premières heures d'hospitalisation, ne figure pas au nombre des pièces à produire devant le JLD, puisqu'il ne nécessite pas la rédaction d'un certificat médical(54). Donc en soi, le défaut de preuve de son exécution par l'administration, ne peut pas entraîner la levée de la mesure de soins sans consentement.

g) Le défaut de qualité du tiers et l'invalidité de la demande de soins :

Il est précisé dans le Code de la Santé Publique que le tiers signataire d'une demande de soins sans consentement ne peut être qu'un membre de la famille proche, ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins(18).

Il est cependant important de souligner que ledit Code stipule également que les relations entre ce tiers et le malade doivent être de suffisamment bonne qualité pour qu'elles permettent d'agir dans l'intérêt du patient. La seule mention de la qualité « d'ami » ne suffit pas à qualifier un tiers demandeur.

La demande doit être faite explicitement par le tiers et doit comporter impérativement les nom, prénom, date de naissance et domicile du tiers demandeur, ainsi que la nature des liens avant la demande d'hospitalisation. Le document doit évidemment être daté et signé.

En aucun cas, le tiers ne peut être un membre de l'équipe soignante, mais d'autres personnels paramédicaux, comme une assistante sociale par exemple, peuvent réunir toutes les qualités de tiers demandeur. Le demandeur peut également être le tuteur ou le curateur du patient, mais dans ce cas, le justificatif de la mesure judiciaire de placement devra être joint à la demande.

En pratique, le JLD ne demande pas la vérification des liens entre tiers et patient, mais par contre il peut exiger, à minima, la mention explicative de la nature des relations (55).

La Cour de Cassation a également émis comme jurisprudence que le tiers demandeur ne peut pas être en situation de conflit notoire avec le malade (56).

Ainsi, un JLD a pu ordonner une mainlevée dans un cas de demande de soins sans consentement à la demande d'un tiers, le tiers étant l'époux de la patiente mais dans un contexte de conflit conjugal, en instance de divorce (57).

h) Péril imminent et absence de tiers qualifié :

La mesure de soins pour péril imminent (SPI) est particulièrement surveillée par les JLD, car elle est considérée comme étant la plus à risque d'hospitalisation abusive, puisqu'elle ne comprend l'accord d'aucun tiers. D'aucuns considèrent qu'elle est utilisée par les médecins qui, notamment dans un but de gain de temps, ne rechercheraient pas de tiers et utiliseraient une mesure de placement moins lourde, plus simple.

Pour pallier ce reproche, une obligation de moyens de recherche d'un tiers est demandée à l'établissement de santé d'accueil, tant à l'admission que dans les 24 premières heures d'hospitalisation. Cette recherche, si elle n'aboutit pas, doit être justifiée. Lorsqu'un tiers n'a finalement pu être joint qu'après l'admission du patient, dans les 24 premières heures, cela ne modifie pas la mesure de placement et ne transforme pas la personne contactée en tiers demandeur, mais cela permet à ce dernier de pouvoir saisir le JLD, au nom du patient, s'il estime que la contrainte est injustifiée (36).

Une non-justification de l'absence de tiers peut ainsi entraîner une mainlevée par le JLD.

En cas de refus par le patient d'informer ses proches, les autorités judiciaires proposent au Directeur de l'établissement d'informer le patient que son refus de prévenir sa famille doit alors s'accompagner de la désignation d'une autre personne susceptible d'agir en son intérêt et d'en communiquer les coordonnées(58). Rien ne semble cependant avoir été prévu par le législateur pour les cas où le patient refuserait ou serait dans l'incapacité de désigner quelqu'un. Le bon sens fait cependant penser qu'une telle situation doit être explicitée dans le dossier médical pour justifier l'absence de contact d'un proche.

2. La procédure contradictoire :

Dans le cadre d'un procès équitable, chaque partie doit pouvoir apporter des arguments en sa faveur dans l'affaire jugée, ce qu'on appelle le droit de contradiction. L'impératif de débat contradictoire est énoncé aux articles 15 et 16 du Code de procédure civile, ainsi qu'à l'article 6 de la Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés Fondamentales. Dans le cas des audiences de vérification des hospitalisations sans consentement, l'important pour le patient et son avocat est donc d'avoir les moyens de contester la mesure de placement, notamment en s'assurant que les règles de forme sont respectées, via un dossier complet transmis au greffe complet. En cas de document manquant, l'avocat du patient peut alors soulever cette irrégularité pour demander la mainlevée de la mesure de soins sans consentement.

a) Le défaut d'information préalable du patient sur ses droits de communication et de recours :

En cas d'hospitalisation sans consentement, le patient a le droit, à tout moment de son hospitalisation, de communiquer avec le représentant de l'Etat, le Procureur de la République, le Président du tribunal, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté ou encore avec le Maire de la commune. Il peut également saisir la Commission départementale des soins psychiatriques ou encore la Commission des relations avec les usagers et prendre conseil auprès d'un avocat de son choix ou d'un autre médecin. Pour faciliter toutes ces démarches, la loi impose que le patient doit pouvoir émettre et recevoir du courrier, consulter à tout moment le règlement intérieur du service de soins et recevoir les explications qui s'y rapportent(59).

Ce droit doit lui être signifié dès son arrivée dans l'établissement psychiatrique d'accueil ou, pour le moins, dès que son état psychique le permet. Tout retard dans la délivrance de ces informations doit être justifié médicalement, au risque de voir le JLD prononcer une mainlevée pour défaut d'information portant atteinte grave à la liberté fondamentale du patient, motif confirmé par le Juge d'Appel (60).

Afin de s'assurer de la bonne information, tout patient non francophone doit bénéficier d'un interprète, autant que nécessaire, afin de respecter le principe d'équité dicté par la Convention Européenne dans l'article 6.

b) Le défaut d'information préalable du patient sur les décisions le concernant :

Toujours selon le même article du Code de la Santé Publique, le patient doit être informé de tout projet ou décision médicale et administrative le concernant, afin de pouvoir exprimer son avis et ses observations(59).

Cette information n'est pas indispensable dans les 72 premières heures, puisqu'il s'agit de la période d'évaluation durant laquelle sont réfléchies les modalités de sa prise en charge. Par contre, elle doit absolument avoir lieu au terme de ces trois jours.

A l'audience devant le JLD, l'administration de l'établissement d'accueil devra être en capacité d'apporter la preuve que l'information a été donnée et que les observations du patient ont été recueillies, au risque de voir prononcer une mainlevée par le JLD.

c) Le défaut de prise en compte des observations du patient :

La recherche de l'alliance thérapeutique avec le patient doit faire partie des priorités dès son entrée en soins. C'est pour cela qu'il est nécessaire de prendre en compte son point de vue en permanence, afin de faire passer son intérêt en priorité, dès que possible.

Dans ce but, il est donc indispensable de recueillir ses observations au sujet des décisions de soins qui sont prises lors de son hospitalisation. Ce recueil est d'ailleurs également imposé par le Code de la Santé Publique (59) ainsi que nous l'avons déjà évoqué et l'absence de preuve le concernant peut être un motif de mainlevée.

Ce recueil est également un moyen pour le patient de faire parvenir ses observations par écrit au greffe du JLD, ce qui fait partie de ses droits. Il est donc obligatoire, pour les équipes soignantes, de permettre au patient d'exercer ce droit d'un point de vue matériel (36).

Seul un écrit médical, décrivant un état de santé ne permettant pas au patient de faire parvenir ses observations et donc d'exercer ce droit, pourra justifier d'un non-accès à cette démarche. Sinon, le JLD pourra ordonner une mainlevée de la mesure.

d) Le défaut d'accès du patient au dossier transmis au greffe du Juge des Libertés et de la Détention :

Parmi les informations apportées au patient, il doit lui être précisé qu'il peut avoir accès à toutes les pièces transmises au greffe du JLD. Cela comprend également les documents de mise en place de la mesure de soins sans consentement et donc aussi de la demande du tiers s'il y en a une.

Si l'accès à l'identité et l'adresse du tiers est possible, c'est éventuellement afin de pouvoir démentir la nature des liens avec ce dernier et ainsi contester la mesure de soins sans consentement par le patient et son avocat, lorsqu'il y a défaut de qualité du tiers (36).

e) *Le défaut d'accès du patient à l'intégralité du dossier médical :*

Le point II de l'article 6 de la loi du 17 juillet 1978 précise le droit fondamental du citoyen de libre accès aux documents administratifs et aux données médicales le concernant.

L'accès au dossier médical est en effet un droit de tout citoyen, même en soins sans consentement, car une mesure de placement n'annule pas les droits citoyens (61).

Habituellement, la demande de consultation du dossier médical se fait par écrit au directeur de l'établissement, qui doit y répondre dans un délai de 2 à 8 jours maximum. Cette lecture du dossier est toujours proposée avec un médecin du choix du patient, ce dernier pouvant refuser cet accompagnement. Dans les cas particuliers d'hospitalisation en psychiatrie sans consentement ou par ordonnance judiciaire et lorsqu'il existe des risques d'aggravation de l'état mental à la lecture du dossier, un accompagnement médical à la lecture peut être imposé. En cas de refus du demandeur, la Commission départementale des soins psychiatriques est alors saisie (62).

En cas de démarches judiciaires de contestation d'une mesure de placement, l'accès au dossier doit se faire dans un délai permettant au patient de constituer utilement son dossier de défense.

En cas de refus de la part de l'administration, en plus du risque de mainlevée par le JLD, le tribunal administratif peut ainsi soulever 3 griefs :

- Atteinte grave à la liberté fondamentale du libre accès du citoyen aux documents administratifs et aux données médicales le concernant ;
- Atteinte grave à la liberté fondamentale du principe d'égalité devant la loi au vu du caractère discriminatoire de ce refus ;
- Atteinte grave à la liberté fondamentale du droit au procès équitable lorsqu'un tel refus compromet la défense du patient.

f) *L'absence de justification médicale de l'absence du patient à l'audience :*

Lors de l'audience du JLD, le patient concerné doit être présent. La dernière réforme de la loi a supprimé la possibilité d'une audience en visioconférence et exige que toute absence soit médicalement justifiée (63).

Un éloignement géographique ou une difficulté technique de transfert en salle d'audience ne peut être retenu comme justification de l'absence du patient à son audience. En effet, la Cour de Cassation a émis cette jurisprudence en censurant par un arrêt public une ordonnance d'appel qui rejetait une demande de mainlevée de SPDRE alors que le patient était absent à l'audition (64). Depuis, toute absence du patient n'est possible qu'avec l'existence d'une justification médicale en bonne et due forme et qui mentionne les circonstances insurmontables empêchant l'audition du malade.

g) L'absence du mandataire en cas d'audition d'un majeur protégé :

Si le Code de la Santé Publique précise bien que la personne faisant l'objet de soins psychiatriques conserve tous ses droits et devoirs citoyens, sous réserve des mesures de protection des majeurs prévues par le Code Civil, il ne fait cependant pas état de la nécessité de leur présence à l'audition du patient majeur protégé. Le Code de la Santé Publique précise bien l'obligation du greffier d'aviser les tuteurs ou curateur de la procédure, il n'est pas fait mention d'une convocation à l'audience.

Or, le Code Civil, dans son article 468, dispose que le majeur protégé nécessite la présence de son curateur pour introduire une action ou se défendre en justice, ce qui est le cas pour les audiences du Juge des Libertés et de la Détention.

Une jurisprudence s'est donc construite en ce sens. Elle s'appuie sur le Code Civil et l'ordonnance de mainlevée de mesure d'hospitalisation sans consentement d'un JLD pour défaut de convocation du curateur et donc absence de celui-ci à l'audience (65). Cette jurisprudence a d'ailleurs été confirmée par le Cour de Cassation en 2016 dans un cas similaire (66).

3. La justification de la nécessité médicale :

a) La motivation médicale :

La rédaction d'un certificat médical dans un contexte de soins psychiatriques sans consentement doit répondre à des conditions de fond de droit commun précisé dans le Code de la Santé Publique, énoncées également par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (67,68), à savoir :

- l'absence de consentement et la présence de troubles mentaux nécessitant une surveillance constante dans les cas d'admission à la demande du Directeur de l'établissement (18) ;
- Une nécessité de soins et la notion de sûreté compromise des personnes ou atteinte grave à l'ordre public pour les hospitalisations à la demande du représentant de l'Etat (28).

Cela implique que le JLD doit évaluer l'indication d'une mesure de soins sans consentement en fonction des éléments médicaux qui lui sont apportés via les certificats rédigés par les médecins psychiatres.

Il arrive cependant que certains juges substituent leur avis à l'évaluation médicale, mettant en avant la discordance des propos tenus par le patient lors de l'audience avec les certificats médicaux et la promesse de poursuivre des soins en ambulatoire. A ce sujet, la Cour de Cassation estime qu'ils violent ainsi les textes de loi et vient conforter le pouvoir d'appréciation des médecins psychiatres au sujet de l'état de santé des patients, réfutant la possibilité pour le JLD de substituer son avis à l'évaluation médicale (69).

Une telle jurisprudence pose par ailleurs problème par rapport à l'indépendance du pouvoir judiciaire, puisque celui-ci est alors dépendant de l'appréciation médicale dans l'exercice de cette fonction. L'instruction interministérielle précise à ce sujet que ce rôle dévolu ne s'exerce « qu'à la condition qu'il dispose d'éléments d'appréciation sur le caractère adéquat de l'hospitalisation complète » (70).

De plus, le Code de la Santé Publique renforce également la nécessité de motivation médicale en précisant que le certificat doit s'appliquer à décrire avec précision « les manifestations des troubles mentaux dont la personne est atteinte qui fait l'objet des soins psychiatriques », ainsi que « les circonstances particulières qui, toutes deux, rendent nécessaire la poursuite de l'hospitalisation complète au regard des conditions (de fond) posées par l'articles L.3212-1 et L.3213-1 »(20,71).

Si ces conditions de rédactions ne sont pas réunies, alors le JLD peut ordonner la mainlevée de la mesure pour défaut de caractérisation de la nécessité des soins. Par exemple, un Juge d'Appel a ordonné la mainlevée d'une mesure de SPDT pour défaut de mention d'un risque d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui dans les pièces médicales fournies et qu'une non-adhésion aux soins était insuffisante pour justifier d'un maintien en hospitalisation complète (72).

Un autre exemple : un JLD a pu déclarer la mainlevée d'une mesure de SPDR par absence de justification de la persistance de la dangerosité initiale et l'insuffisance de l'atteinte à l'ordre public ou la sûreté des personnes (73).

Dans ce cas précis de SPDRE avec notion de trouble à l'ordre public, il convient de préciser qu'il n'est pas du rôle du psychiatre de qualifier ce qui relève ou non du trouble à l'ordre public, mais bien au Préfet. Le médecin psychiatre se doit de rédiger un certificat médical précis et circonstancié sur l'état de santé du patient, permettant ainsi d'apporter des éléments suffisamment explicites au Préfet pour qu'il puisse décider des suites à donner (74).

b) La réalité objectivée des troubles :

Dans sa lutte contre les internements abusifs, le JLD doit s'appliquer à vérifier la véracité des documents qui lui sont transmis et notamment s'assurer que les certificats médicaux ne sont pas contrefaits.

En effet, plusieurs affaires existent dans lesquelles le certificat médical initial avait été effectué uniquement sur les dires d'une tierce personne, sans que le médecin ne rencontre le patient(75) . Ceci va à l'encontre de la législation en vigueur pour les soins sans consentement, mais également à l'encontre du Code de déontologie médicale. L'Ordre des médecins à ce sujet précise bien que la rédaction d'un certificat médical se fait après constat et que la délivrance de rapports tendancieux ou de certificats de complaisance est interdit (76).

De même, la décision du représentant de l'Etat d'une admission en soins psychiatriques ne peut se faire avant l'avis médical. Les médecins généralistes ou urgentistes ne doivent pas être sollicités dans un deuxième temps pour confirmer une demande de SPDRE, mais c'est bien au représentant de l'Etat de s'appuyer sur un avis médical établi antérieurement pour prononcer le placement.

4. Le non-respect des obligations concernant l'isolement et la contention :

Depuis 2016 et devant les nombreux abus constatés, une législation encadrant les pratiques d'isolement et de contention a vu le jour (77), impliquant progressivement le JLD dans le contrôle de ces pratiques, en même temps que le contrôle des mesures de soins sans consentement.

Les établissements de santé sont désormais dans l'obligation de tenir un registre des mesures d'isolement et contention, comportant le nom du psychiatre ayant décidé cette mesure, sa date et son heure, sa durée et le nom des professionnels de santé ayant surveillé le patient.

Les conditions de mise en isolement sont désormais également prescrites par la loi : elle est uniquement à utiliser « pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée » (77). De plus, l'HAS précise dans son Manuel de certification de 2014 que l'isolement est constitué dès lors que le patient se trouve seul dans une chambre verrouillée et pas uniquement dans une chambre d'isolement spécialement aménagée.

Quelques heures suffisent à constituer un isolement et nécessitent dès lors la création d'un évènement dans le registre.

Un non-respect du cadre légal ou une insuffisance de motivation peut entraîner une mainlevée du Juge des Libertés et de la Détention. Il est intéressant de noter par contre que le Code de la Santé Publique n'impose en rien la transmission de ce registre au JLD lors de son contrôle de la mesure. C'est une jurisprudence émanant d'un Juge d'Appel qui impose que le registre des isolements et contentions soit bien transmis. En effet, la Cour d'Appel a considéré qu'il est du devoir du JLD d'apporter un contrôle à toute privation de liberté du patient. Or, la mise en isolement ou les mesures de contention sont bien une mesure gravement attentatoire aux droits de la personne. Un contrôle global implique donc la présentation au JLD d'un dossier complet, incluant le registre des isolements et contentions (78).

5. Le droit au recours effectif en appel :

Il est possible de faire appel de la décision d'un JLD, pour le patient tout comme pour l'établissement de soins. La démarche sera la même, à la différence que l'établissement de soins doit respecter un délai de 10 jours réglementaire pour interjeter appel, alors que le patient dispose de plus de temps. Cette laxité, au niveau du délai, se justifie par la volonté d'éviter que le patient ne soit retenu par des équipes de soins peu enclines à accéder à la demande d'appel et pouvant éventuellement faire trainer les situations comme cela a pu déjà s'observer (36).

Le tiers demandeur de l'hospitalisation, par contre, n'a pas qualité pour faire appel d'une ordonnance du JLD qui ordonnerait la mainlevée d'une mesure de soins sans consentement à la demande d'un tiers.

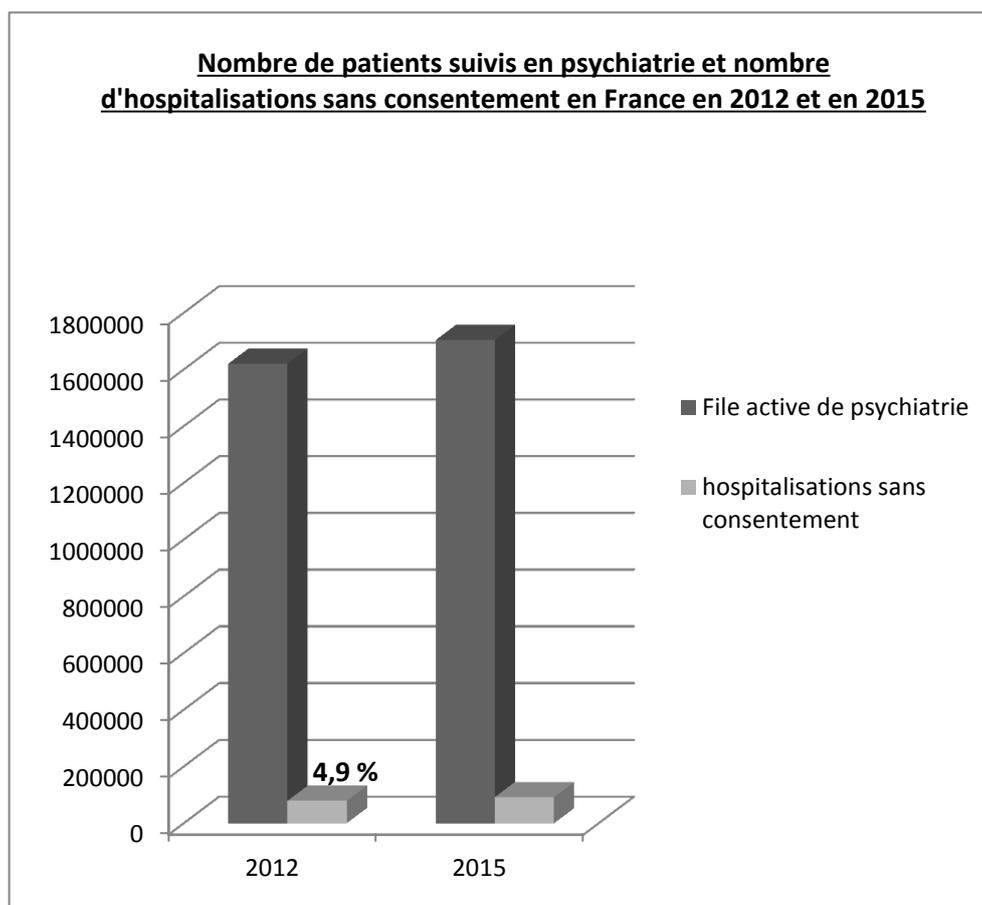
Il est intéressant de relever qu'à plusieurs reprises, une décision de mainlevée a été ordonnée en appel alors même que le patient concerné s'était désisté de son appel. Il s'agissait alors de l'avocat qui, malgré le désistement de son client, avait maintenu le recours. Dans les faits, le patient aurait retiré sa demande en expliquant à son avocat que l'équipe de soins lui aurait promis qu'il sortirait plus rapidement d'hospitalisation s'il retirait sa démarche d'appel de la décision du JLD. Dans ce contexte de libertés mises en jeu, il est donc toléré qu'un avocat puisse avoir un rôle particulier, indépendant des souhaits de leurs clients, puisqu'il « tient son mandat autant de son client que de la loi » (79).

III. Situation nationale :

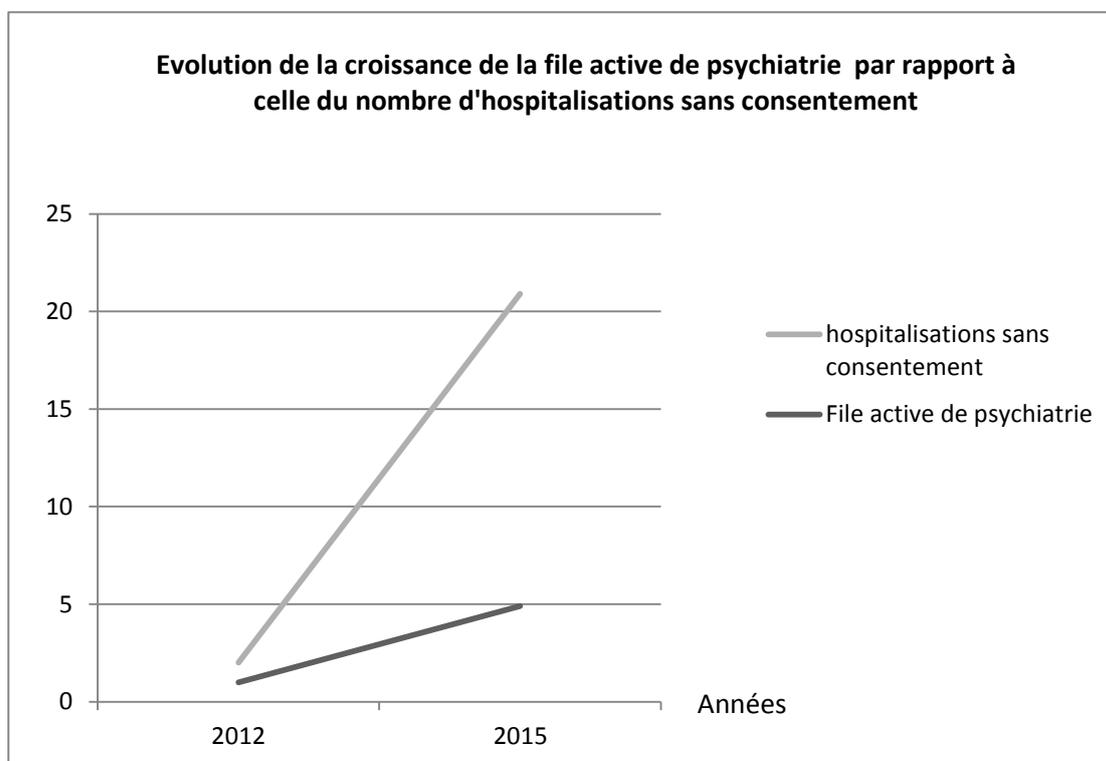
Avant de nous pencher sur les chiffres de l'EPSM Etienne Gourmelen de QUIMPER, un point sur la situation nationale semble important pour permettre une mise en perspective des résultats quimpérois.

A. Quelques chiffres :

Selon les chiffres de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), en 2013, 20% des hospitalisations complètes en psychiatrie étaient faites en soins sans consentement (80). Rapportée à la file active totale des patients suivis en psychiatries publique ou privée (soins ambulatoires compris), en 2015, les hospitalisations sans consentement représenteraient environ 5,4% du total des patients psychiatriques (81). Ce taux d'hospitalisation en soins sans consentement est en constante augmentation depuis, malgré l'affirmation du pouvoir législatif de vouloir privilégier les soins libres dès que l'état de santé du patient le permet. Par exemple, entre 2012 et 2015, on note une augmentation de plus de 16% du nombre d'hospitalisations en soins sans consentement (79 000 hospitalisations contraintes en 2012 contre 92 000 en 2015) (40).



Cette augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement n'est cependant pas proportionnelle à l'augmentation de la file active des patients suivis en psychiatrie. En effet, la mission d'évaluation de l'Assemblée Nationale de la loi de 2013 rapporte une hausse de plus de 16% du nombre de patients suivis sans consentement, alors que la croissance de la file active n'était que de 4,9% pendant la même période (82).



En 2017, le taux d'hospitalisations sans consentement serait même monté à 24% selon certaines études (sans chiffres officiels), soit presque un quart des hospitalisations en psychiatrie qui se feraient sans le consentement du malade.

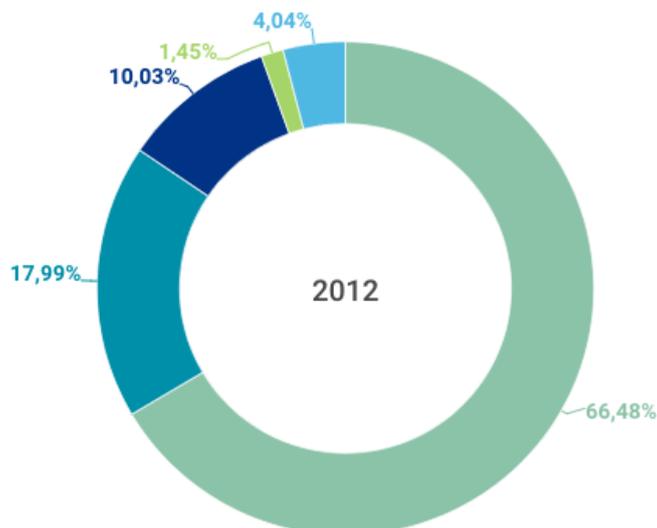
Lors des visites des hôpitaux psychiatriques en 2017, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté (CGLPL) a même pu observer des taux de 40% du nombre d'hospitalisations dans certains établissements (2).

Face à cette augmentation importante du nombre de mesures de soins sans consentement, le rapport de l'Assemblée Nationale vient mettre en lumière deux facteurs contributifs :

- La création de programmes de soins et leur développement créent un « effet stock » des patients, qui auparavant, lorsqu'ils ne nécessitaient plus d'hospitalisation étaient alors orientés vers des soins ambulatoires sur un mode libre. En 2015, on estime à 40% le nombre de patients en soins ambulatoires sans consentement par rapport au nombre total de mesures de placement (82). Mais cet « effet stock » ne permet pas à lui seul d'expliquer la hausse importante de ces mesures.
- L'apparition des soins psychiatriques pour péril imminent (SPI) viendrait également participer à l'augmentation du nombre de patients en soins sans consentement. Mesure de placement moins contraignante à mettre en place, son nombre aurait plus que doublé en France entre 2012 et 2017, passant de 10 913 à 30 182 patients concernés (83).

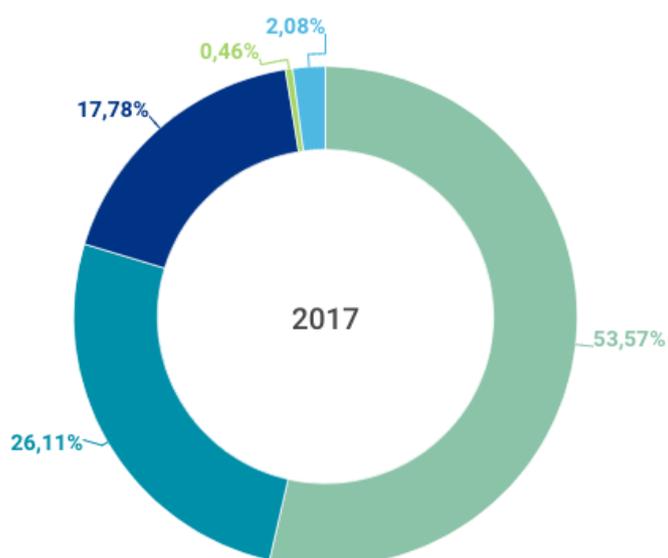
Répartition des journées d'hospitalisation psychiatrique sous contrainte par mode d'admission au niveau national :

En 2012



- Admissions à la demande d'un tiers (ASPDT)
- Admissions à la demande d'un représentant de l'Etat (ASPDRE)
- Soins psychiatriques pour péril imminent
- Ordonnance provisoire de placement
- Admissions de détenus

En 2017

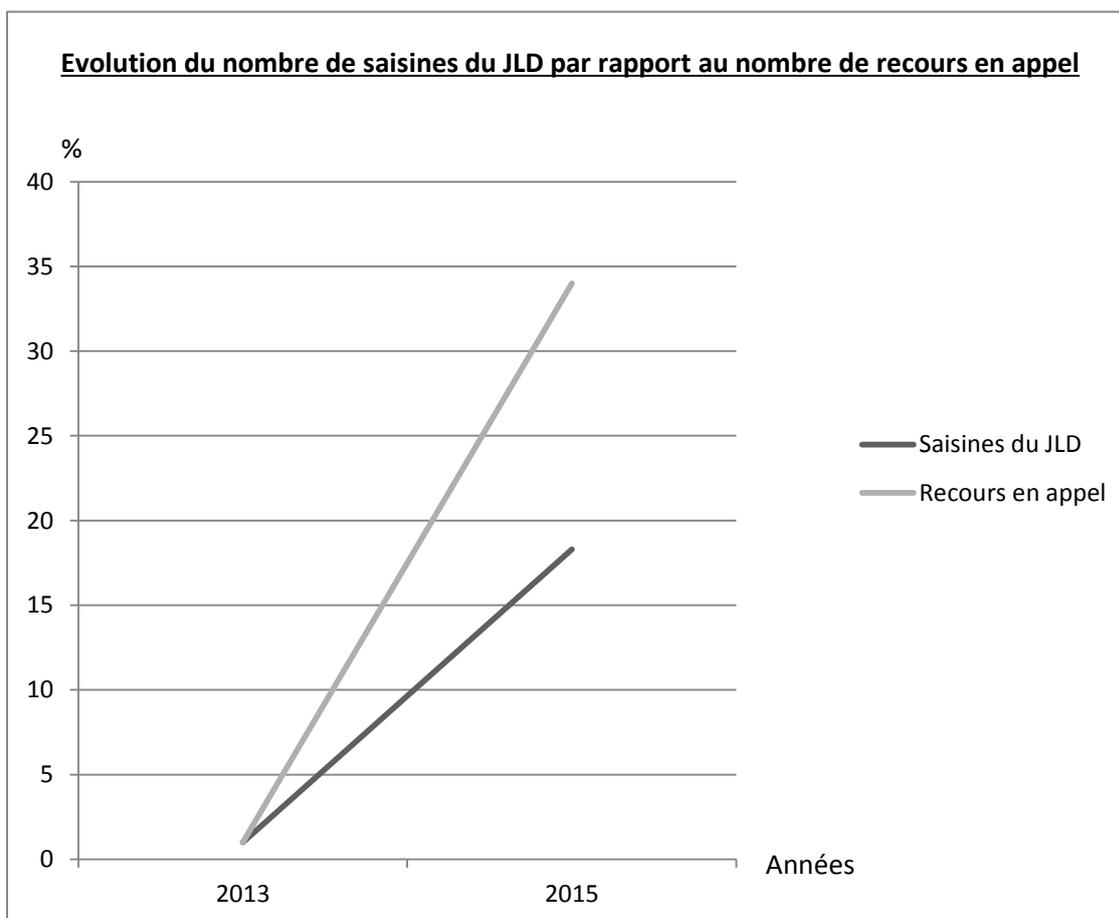


- Admissions à la demande d'un tiers (ASPDT)
- Admissions à la demande d'un représentant de l'Etat (ASPDRE)
- Soins psychiatriques pour péril imminent
- Ordonnance provisoire de placement
- Admissions de détenus

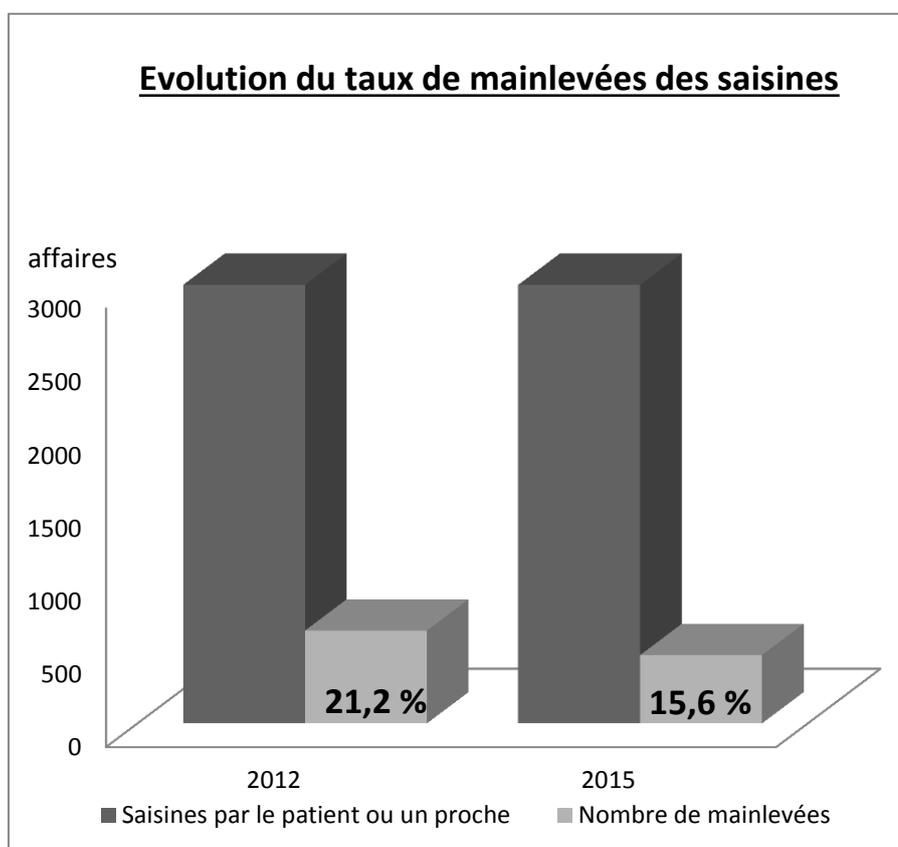
Mme HAZAN, Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté, révèle à ce sujet (2) :

- La difficulté d'accès aux services psychiatriques de proximité dans certaines régions françaises, services ayant un rôle préventif essentiel des hospitalisations. Les patients en crises n'étant pas repérés suffisamment tôt, ils sont conduits aux Urgences lorsque leur état de santé est devenu trop inquiétant et sont alors souvent hospitalisés sans leur consentement, du fait de leur perte de capacité à consentir aux soins.
- les conséquences d'un climat sécuritaire, présentant le malade psychiatrique comme un danger plutôt qu'une personne en souffrance et privilégiant son enfermement plutôt que de risquer un quelconque trouble à l'ordre public.

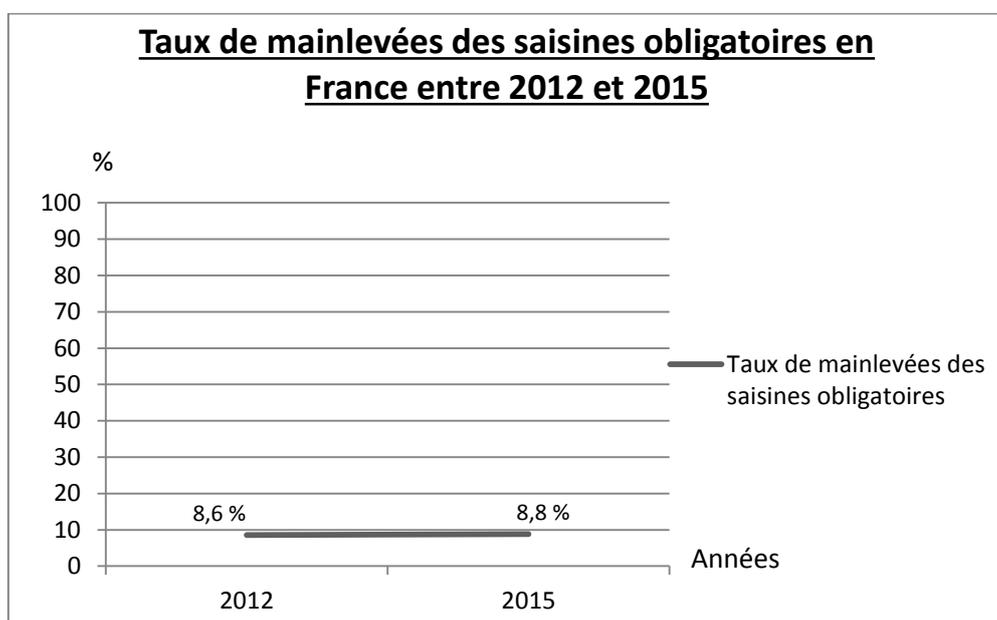
Les saisines du Juge des Libertés et de la Détention sont également en augmentation depuis 2012 : 65 862 saisines en 2013 et 77931 en 2015, soit +18,3% de saisines du JLD selon l'agence HOSPIMEDIA qui utilise les données du Ministère de la Justice (84). Cette augmentation plus importante que l'augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement s'explique par la possibilité de saisine à tout moment de l'hospitalisation, par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt, mais également par les plus fréquents recours en Cour d'Appel des verdicts initiaux. En effet, le nombre de recours en appel était de 2150 en 2013, alors qu'en 2015 il s'élevait à 2882, soit une augmentation de 34%(40).



Entre 2012 et 2015, le nombre de saisines du JLD par les patients ou toutes personnes agissant dans leurs intérêts, est resté à peu près stable, en moyenne 3000 saisines par an(40). Par contre, le taux de mainlevées de ces saisines est en diminution : 21.2% de mainlevées en 2012 contre 15.6% en 2015 (annexe 2).



Les mainlevées pour saisines obligatoires restent stables : 8.6% en 2012, 8.8% en 2015 (annexe 1) selon le rapport de la mission d'évaluation de la loi du 27 septembre 2013, effectué en septembre 2016 par la Direction des affaires civiles et du Ministère de la Justice.



Ce pourcentage grimpe par contre à 16.6% pour les audiences sur sollicitation du patient ou d'un de ses proches et à plus de 25% pour les saisines en cas de désaccord entre le psychiatre et le représentant de l'Etat(40). Mais cela n'influe que peu sur le taux de mainlevées global des mesures de soins sans consentement, les saisines obligatoires représentant, en 2015, 96,9% de toutes les saisines confondues (81).

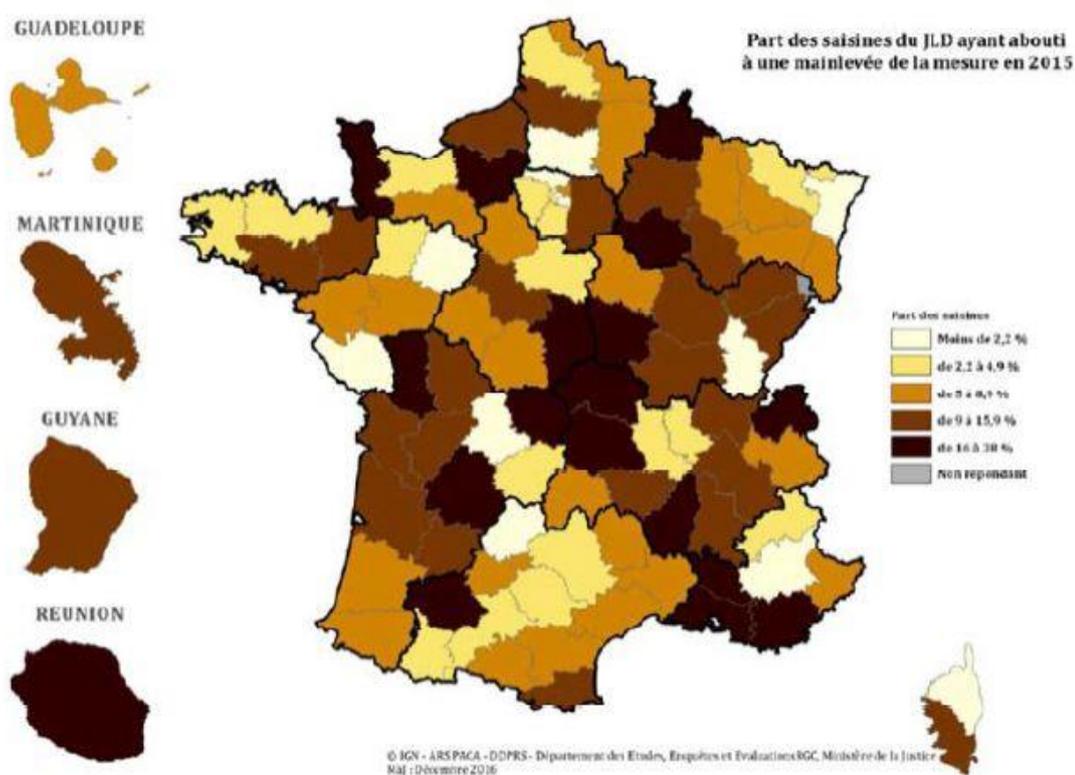
B. De grandes disparités territoriales :

Il semble cependant important de nuancer ces chiffres nationaux au vu de la grande hétérogénéité des pratiques et des résultats sur le territoire.

En effet, lors de son rapport d'information à l'Assemblée Nationale, la Commission des affaires sociales a mis en lumière des organisations de soins très différentes d'un département à l'autre. Elle s'est d'ailleurs heurtée à l'absence de statistiques nationales portant sur la répartition territoriale des modes légaux d'admission pour tenter d'en expliquer la cause.

Toujours est-il que d'un département à l'autre, la répartition des modes d'entrée en soins sans consentement n'est pas la même, de même que le taux de mainlevées après audience avec le JLD peut être jusqu'à 40 fois plus élevé d'un département à l'autre. Par exemple, selon les statistiques du Ministère de la Justice, en 2017, la Vendée présentait un taux de 0,5% de mainlevées de ses mesures de soins sans consentement, alors que celui des Ardennes était de plus de 40% (16) Une telle disparité interroge sur l'égalité devant la loi.

PART DES SAISINES DU JLD ABOUTISSANT À UNE MAINLEVÉE DE LA MESURE EN 2015



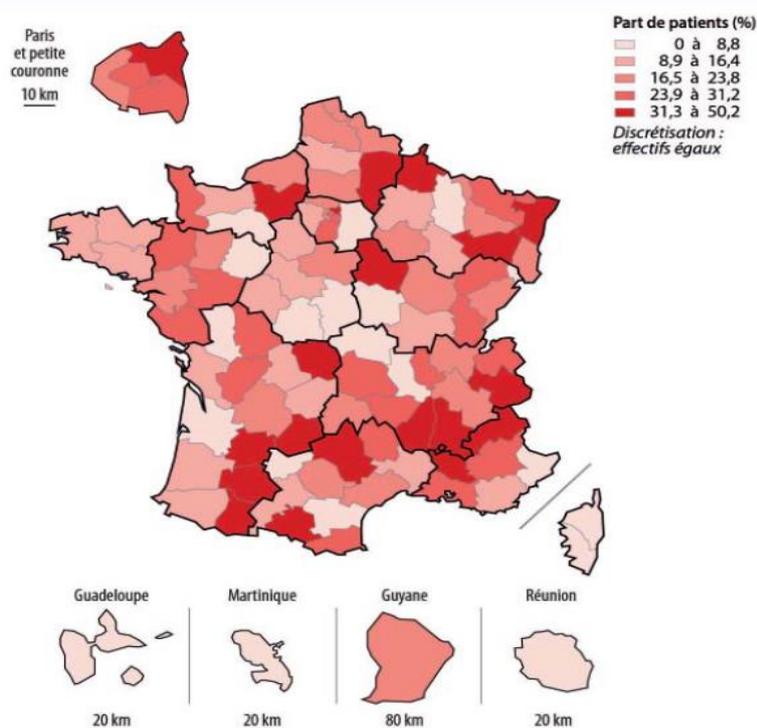
Source : RGC, Ministère de la justice.

Champ : France entière.

En ce qui concerne les différents types de soins sans consentement, il n'existe pas de données statistiques concernant la répartition des modes de soins sous contrainte au niveau national, malgré les demandes des rapporteurs de la Mission d'évaluation des lois de 2011 et 2013. Bien que globalement soit rapportée une augmentation des mesures d'urgences (SPU et SPI), il semble que leur utilisation ne soit pas uniforme sur le territoire, certains départements pouvant aller jusqu'à une quasi généralisation de la procédure d'urgence lors d'un placement à la demande d'un tiers (en région PACA par exemple, en fonction des départements, 56 à 99% des hospitalisations à la demande d'un tiers de font sous leur forme d'urgence, en SPU) (40).

Les SPI quant à eux représenteraient environ 20% des hospitalisations sans consentement, mais il n'existe pas données statistiques précises sur une disparité territoriale. Cette hétérogénéité existe

Proportion de patients admis en SPI parmi les patients admis en soins sans consentement en psychiatrie en 2015, par département de prise en charge



Champ : France entière.
Sources : Rim-P, Insee.

cependant bel et bien, comme le démontre le rapport de Mme Magali COLDEFY, Docteur en géographie et maître de recherche à l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé) qui rapporte que, selon les départements, la proportion de SPI peut varier du simple au quintuple, questionnant ainsi les pratiques et modes d'organisation des soins en urgences des établissements psychiatriques et de leurs collaborateurs (81).

Mme COLDEFY souligne cependant qu'au sein même des départements, selon les

établissements, voire même selon les services hospitaliers, les pratiques peuvent varier de manière importante. Ainsi, sur les 260 établissements autorisés à accueillir des patients en soins sous contrainte, une quarantaine d'entre eux regrouperaient à eux seuls plus de 36% des mesures de SPI en France alors qu'ils n'accueillent que 19% des patients hospitalisés sans consentement(40).

Une seule étude a été menée en France (en 2018), portant sur les modalités d'admission en soins sans consentement, entre le 1^{er} novembre 2013 et le 31 octobre 2014 (17) a étudié en France. Il en ressort que sur les 510 cas étudiés, 22,5 % étaient entrés en hospitalisation en SPI (ce qui correspond à l'estimation nationale retrouvée dans les différents articles). Malheureusement l'étude n'a pas fait la distinction entre les mesures de soins à la demande d'un tiers et celles à la demande d'un tiers en protocole d'urgence, ce qui ne permet pas d'avoir une estimation des chiffres de SPU.

C. Les situations de mainlevées :

Le Juge des Libertés et de la Détention lors de son intervention se doit d'apprécier la légitimité de la mesure de soins sans consentement selon qu'elle ait respecté la procédure légale, et qu'elle ait été rédigée par les personnes compétentes. En cas d'irrégularité, s'il en résulte une atteinte aux droits de la personne alors une mainlevée de la mesure est ordonnée par le JLD. Or, selon l'article 5 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme, toute atteinte substantielle aux droits de ce dit article constitue un grief. Il en résulte que toute violation du formalisme légal porte atteinte aux droits et aux libertés individuelles du malade et toute irrégularité dans la procédure entraîne, à elle seule, la non légitimité de la décision de placement et donc sa mainlevée (85).

Ainsi qu'évoqué précédemment, le taux de mainlevées reste plutôt stable, soit environ 9 à 10% des mesures de soins sans consentement, tous modes de saisines du JLD confondus.

Dans son ouvrage à destination notamment des professionnels de santé, Mme HAZAN, Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté, signale que les motifs les plus souvent soulevés par le Juges des Libertés et de la Détention sont (2) :

- l'absence de production de l'ensemble des certificats médicaux,
- le défaut de motivation des certificats médicaux,
- l'absence de notification de la décision au patient sans que soit rapporté la preuve de son impossibilité.

IV. Situation quimpéroise en 2017 et 2018

L'EPSM Etienne Gourmelen de Quimper est un établissement public qui a pour mission la prise en charge globale et pluridisciplinaire de l'enfant, de l'adolescent, de l'adulte et de la personne âgée souffrant de troubles psychiques sur le territoire du Sud Finistère.

L'EPSM Etienne Gourmelen couvre 3 secteurs de psychiatrie adultes et 2 secteurs de pédopsychiatrie, ainsi qu'un intersecteur d'addictologie, soit une population de plus de 290 000 habitants. En tout il s'agit de 67 unités d'hospitalisation et de consultations réparties sur l'ensemble du Sud Finistère, dont 24 directement sur le site de l'EPSM. L'établissement a ainsi une capacité d'accueil de 568 lits, dont 63 lits et places en secteur médico-social (EHPAD, MAS, FAM, SESSAD) et 56 lits en USLD. Les 449 lits restant se répartissent entre la pédopsychiatrie, les appartements thérapeutiques et les services adultes.

Pour le sujet qui nous concerne, nous nous intéresserons uniquement à la situation des services d'admission de psychiatrie générale adulte, qui ont une capacité d'accueil de 110 lits.

Nous nous pencherons sur un certain nombre de mainlevées dans ces services en 2017 ainsi qu'en 2018, sur les motifs de ces mainlevées ainsi que leurs caractéristiques dans un premier temps, puis au devenir des patients dans un second temps.

Les chiffres utilisés ont été recensés par la Direction des Finances, de la Patientèle et de la Contractualisation de l'établissement.

A. Matériel et méthode :

1. Concernant les données nationales :

Les chiffres nationaux ont été tirés du rapport d'évaluation de la loi de septembre 2013 de l'Assemblée Nationale daté de février 2017.

Ce dit rapport s'est basé sur les données de la SDSE : Sous-Direction de la Statistique et des Etudes, qui est un service statistique ministériel de la Justice, dont le rôle est de concevoir, produire, valoriser et diffuser l'information statistique du Ministère de la Justice.

Il utilise également les données du RGC : Répertoire Général Civil, qui depuis les années 1980 fournit les principales données statistiques permettant de décrire les contentieux dont se sont saisies les juridictions, ainsi que la façon dont le litige s'est solutionné et en combien de temps l'affaire a été traitée.

2. Concernant les données de l'EPSM Gourmelen :

Les chiffres concernant l'Etablissement public de santé mentale Etienne Gourmelen de QUIMPER ont été récupérés auprès du service de la Direction de l'Information Médicale (DIM) et de l'Attachée d'Administration Hospitalière auprès de la Direction de la Patientèle Mme LE FRAPPER.

Les données concernant les patients ayant fait l'objet d'une mainlevée de leur mesure de soins sans consentement en 2017 et 2018 (à savoir le motif de levée de leur mesure de soin et leur devenir après la décision du juge des libertés) n'ont été obtenues qu'après l'envoi d'une lettre de non opposition à l'acquisition de ces données personnelles (annexe 3), en accord avec les dispositions de loi relatives à l'information, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978) et du règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016. Ce courrier a été envoyé le 31 Juillet 2019, et les données n'ont été utilisées qu'au terme du délai de 3 mois prévu pour permettre au patient de se manifester en cas d'opposition à l'utilisation de ses données personnelles anonymisées.

Cette démarche a par ailleurs fait l'objet d'un accord du comité d'éthique de l'établissement le 18 Juillet 2019.

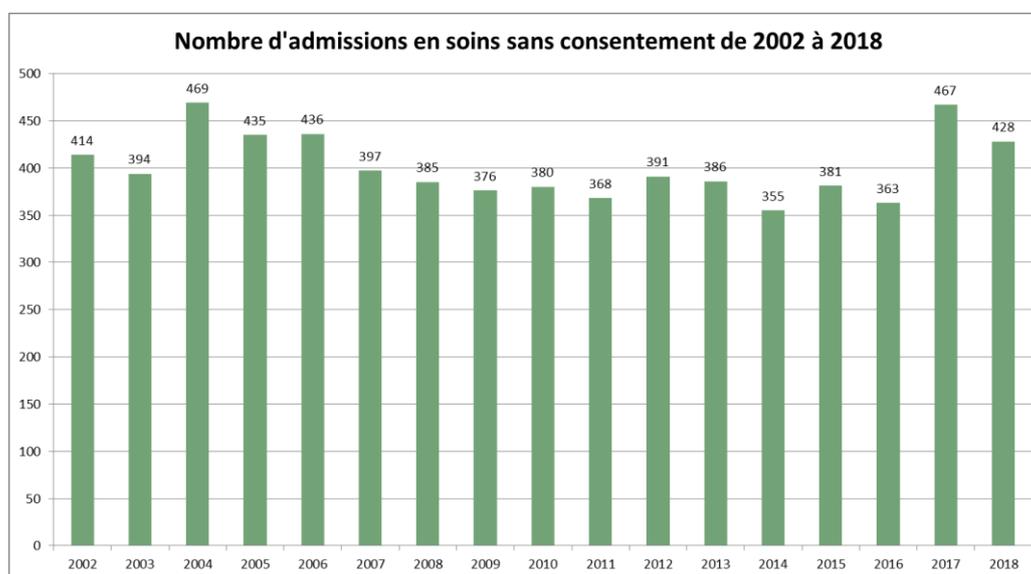
Les motifs de mainlevées ont été regroupés en catégories pour une lecture plus globale de la situation quimpéroise. Un classement par article de loi était en effet trop compliqué, plusieurs combinaisons d'article de loi étant possibles pour un même motif.

B. Les hospitalisations en soins sans consentement :

Le nombre d'hospitalisations sans consentement sur l'EPSM Gourmelen est plutôt stable depuis 2002 et on note que la réforme de la loi de 2011 n'a pas eu d'impact significatif sur le nombre de placements.

2017 et 2018 ont cependant été des années où le nombre de mesures de soins sans consentement a été parmi les plus importants avec respectivement 467 et 428 placements, soit 4,57% et 4,04% du nombre total de patients suivis. A noter que l'augmentation de la file active des patients sur l'établissement durant ces deux années a été particulièrement importante (+1250 patients).

Par rapport à 2012, ces chiffres représentent une augmentation de 19% des admissions en soins sans consentement en 2017. Comparée à l'évolution de la file active, cette augmentation reste à peu près proportionnelle à l'augmentation du nombre de patients pris en charge par l'établissement (16,5% en 2017 par rapport à 2012), malgré une augmentation importante des placements en 2017. En 2018 elle est même plus faible puisque le nombre de soins sans consentement par rapport à 2012 a augmenté de 8,7 % alors que la file active a augmenté de 24% entre 2012 et 2018.



Ces chiffres diffèrent au niveau national puisque l'augmentation du nombre de patients hospitalisés sans consentement est de l'ordre de 15% alors que le nombre de patients pris en charge en psychiatrie n'a lui augmenté que de 4,9% sur la même période (82)

Le rapport de l'Assemblée Nationale interroge alors cette banalisation des procédures d'urgence dans les soins sans consentement, et surtout la disparité de leurs utilisations sur le territoire. Cette disparité territoriale se retrouve dans la fréquence d'utilisation des commissions départementales des soins psychiatriques (CDSP) dont le rôle est d'apporter un regard et un contrôle sur les pratiques des établissements psychiatriques (86).

C. Les mainlevées du juge des Liberté du tribunal de Quimper :

1. En 2017 :

2017 a été une année particulièrement chargée en nombre de mesures de soins, ce qui a motivé le personnel médical à s'interroger sur ses pratiques et a contribué à nourrir mon intérêt pour le sujet.

En effet 19 mainlevées ont été prononcées, contre 4 l'année précédente.

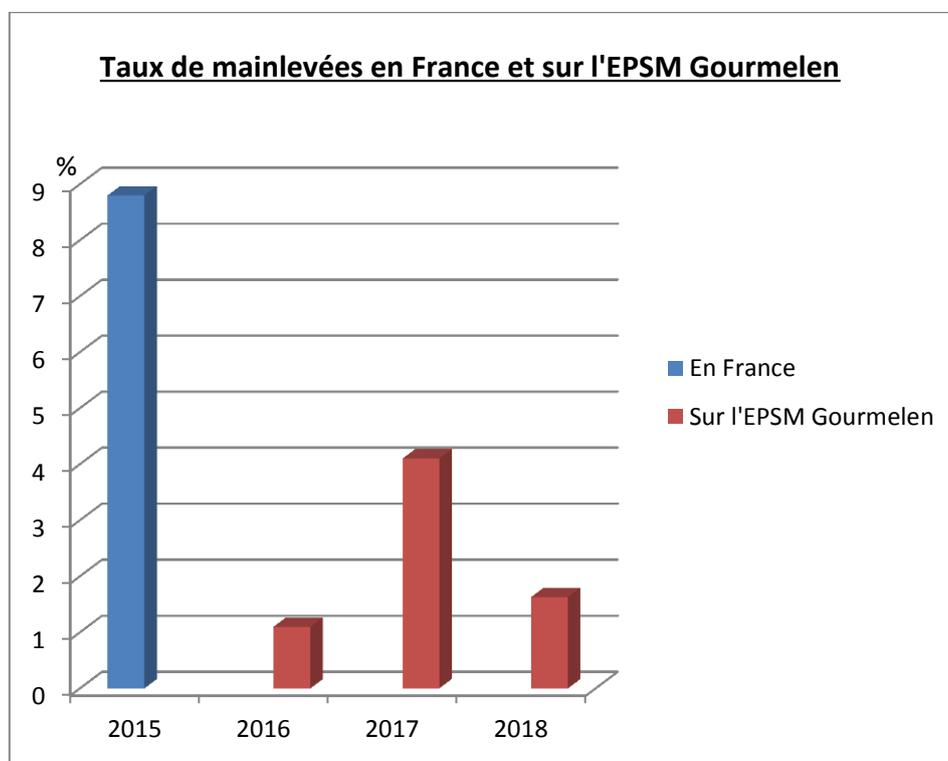
a) *Zoom sur la file active :*

La file active des patients en 2017 était de 10 468 patients, tous modes de prises en charge confondus. 478 patients ont été admis en soins sous contrainte soit 4,57%. Ce pourcentage est légèrement supérieur à celui de l'année précédente qui était de 4,02% des patients.

b) *Taux de mainlevée :*

En 2017, l'établissement fait l'objet de 19 mainlevées, soit 4.06 % des patients hospitalisés sans consentement, et 6,75% des patients ayant rencontré le JLD en audience. En 2016, seules 4 mesures avaient fait l'objet d'une mainlevée de la part du JLD, soit 1,10% des patients ayant fait l'objet d'un placement, et 1,73% de ceux ayant rencontré le JLD.

Pour rappel, au niveau national, le taux moyen de mainlevée en 2015 était de 8,8% (40).



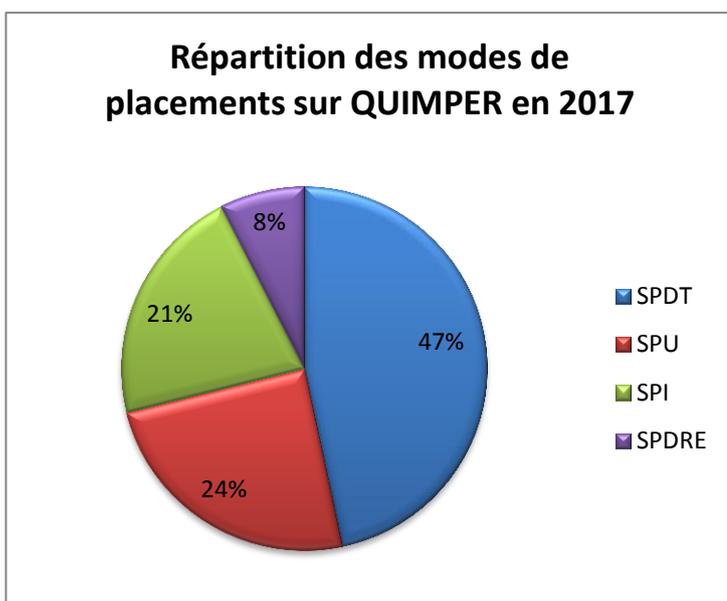
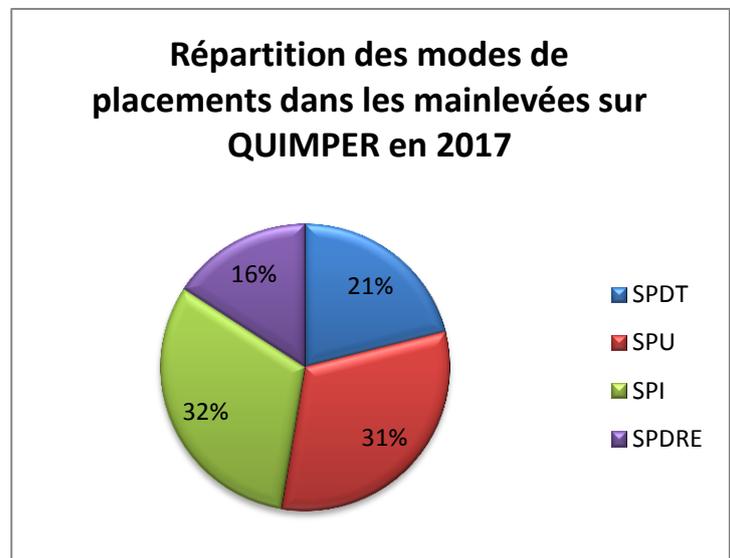
Cette comparaison permet de relativiser les chiffres quimpérois, qui au regard de ce rapport restent en deçà de la moyenne nationale, malgré la forte augmentation des mainlevées de 2017.

Un tel écart nous amène à nous interroger sur les raisons pouvant expliquer l'augmentation spectaculaire des annulations de mesures de soins. Les mesures d'urgence, surtout les SPI, réputées plus faciles à lever, pourraient expliquer cette augmentation, pourtant il n'en est rien. La répartition des modalités de placement reste sensiblement la même. Les décisions d'admission à la demande du directeur de l'établissement représentaient 91,74% des soins sans consentement en 2016, et 92,51% en 2017. Les SPI ont même été plus fréquents en 2016 puisqu'ils représentaient 29,48% des mesures contre 21,41% en 2017.

Une tendance à l'utilisation des mesures d'urgence n'est donc pas la cause de l'augmentation des mainlevées. Il est donc intéressant d'observer de plus près ces décisions de mainlevées pour tenter d'en comprendre les raisons.

c) Détails des modes de placement concernés :

Sur les 19 mainlevées de 2017, la majorité concerne les mesures de placement d'urgence, à savoir les SPI et les SPU. 6 mesures ont été levées dans chacune des deux catégories (soit en tout 63% des mainlevées), contre 4 en mesures de SPDT et 3 en mesure de SPDRE.



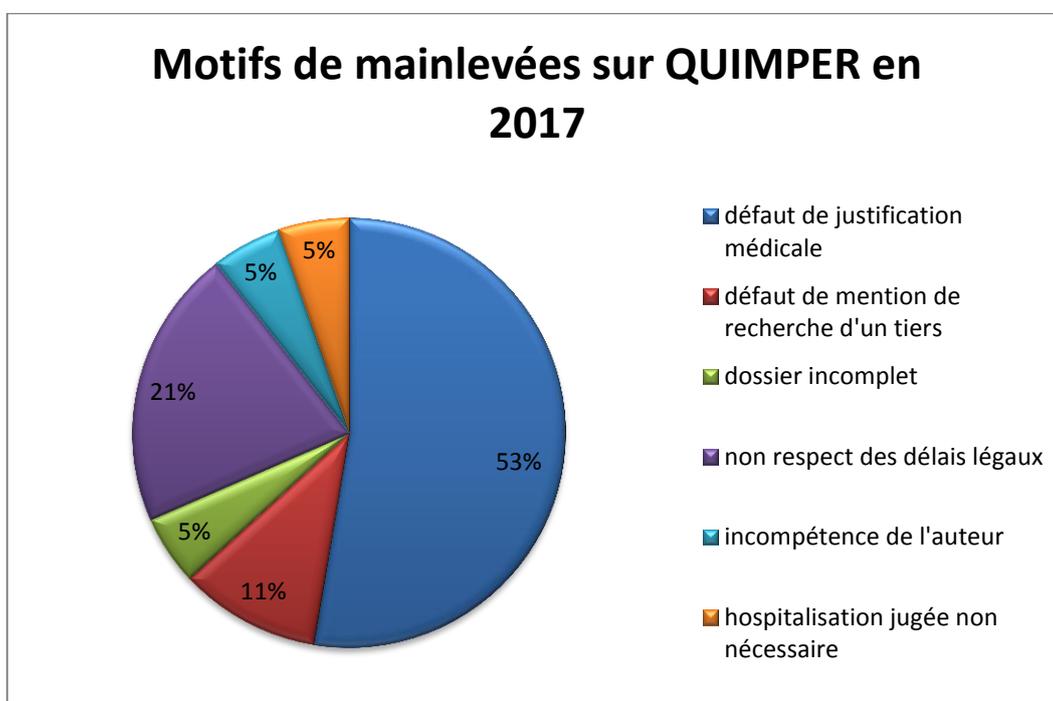
En 2017 les SPI et les SPU représentaient respectivement 21,41% et 24,41% des soins sans consentement de l'établissement. Ces mesures d'urgence, alors qu'elles représentent moins de la moitié des placements, comptabilisent cependant à elles deux les 2/3 des mainlevées. Elles illustrent donc une plus grande attention portée à ces mesures, qui doivent selon la législation faire partie des mesures de soin sans consentement

d'exception, car moins garantes de la protection des libertés individuelles, et plus exposées à risque d'abus. Ces deux mesures de placement sont en effet indiquées dans un contexte précis et détaillé dans les textes de loi. On note par ailleurs que dans 83% des cas, les motifs de mainlevées de ces mesures d'urgences sont en lien avec une notion d'urgence ou de péril imminent non caractérisée.

d) **Motifs de mainlevée :**

Les motifs relevés par le Juge des Libertés et de la Détention sont les mêmes que ceux recensés au niveau national. Après compilation des décrets de mainlevées, et analyse des éléments soulevés par le JLD, on retrouve ainsi 6 motifs de mainlevées:

- Dans 10 cas, la notion de péril imminent ou d'urgence n'est pas caractérisée ou la rédaction insuffisamment détaillée dans le certificat médical initial (défaut de justification médicale).
- Dans 2 cas, la recherche d'un tiers n'est mentionnée dans aucun certificat.
- Dans 4 cas, les certificats médicaux n'ont pas été rédigés dans les délais légaux.
- Dans 1 cas, l'incompétence de l'auteur du certificat médical a motivé la mainlevée.
- Dans 1 cas, le dossier a été jugé incomplet (pièces administratives à fournir manquantes).
- Dans 1 cas, le JLD a estimé que l'état clinique du patient ne relevait pas d'une hospitalisation complète dans le cadre de soins sans consentement.



Il convient de préciser que seul le premier élément relevé par JLD a été pris en compte, mais dans 36% des mainlevées, plusieurs motifs avaient été relevés, justifiant de l'annulation de la mesure.

Qu'est-ce que cela nous apprend ?

Pour 42% des motifs, c'est la légalité externe de la mesure qui est mise en cause. Dans moins de la moitié des situations concernées c'est donc la procédure pénale qui n'a pas été respectée. Cela signifie qu'en 2017, plus de la moitié des mainlevées, (10 cas) ont un motif d'ordre médical, lié à un défaut de rédaction du certificat médical initial, insuffisamment caractérisé ou détaillé.

Si l'on s'intéresse à l'identité des rédacteurs, on remarque que la majorité des certificats non valables (67%) sont émis par des médecins non psychiatres (médecins urgentistes, médecins généralistes pour la plupart). La formation de ces professionnels est-elle suffisante pour assurer cette tâche ?

2. En 2018 :

On note une importante diminution du nombre de mainlevée puisqu'il passe de 21 à 7 verdicts de levée de la mesure par le JLD en 2018.

a) Zoom sur la file active :

La file active des patients en 2017 était de 11 160 patients, tous modes de prises en charge confondus (soit 692 patients supplémentaires suivis sur l'établissement). 451 de ces patients ont été admis en soins sous contrainte soit 4,04%. Ce pourcentage est légèrement inférieur à celui de 2017, mais reste approximativement le même.

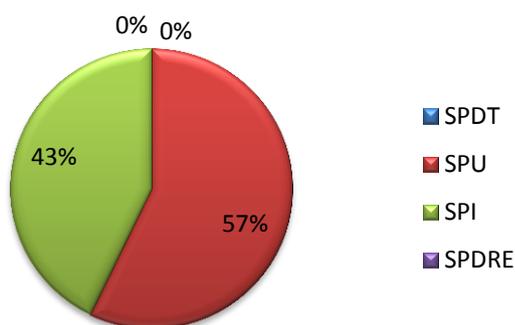
b) Taux de mainlevée :

L'établissement en 2018 fait l'objet de 7 mainlevées, soit 1,63 % des patients hospitalisés sans consentement, et 2,47% des patients ayant rencontré le JLD en audience. Ces chiffres témoignent d'une nette amélioration de l'exercice médico-légal sur l'EPSM malgré la croissance constante de la file active. La comparaison avec les chiffres nationaux ne vient d'ailleurs que confirmer ces efforts et les encourager, puisque ces taux sont bien inférieurs à la moyenne nationale qui, rappelons-le, est plutôt de l'ordre de 9 %.

Ces taux restent malgré tout légèrement supérieurs à ceux de 2016, même de peu et l'on peut faire confiance aux capacités des équipes de soins et de l'établissement d'améliorer encore ces chiffres.

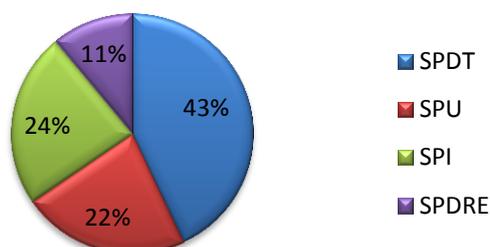
c) Détails des modes de placement concernés :

Répartition des modes de placements dans les mainlevées sur QUIMPER en 2018



En 2018, seules les mesures d'urgence (SPI et SPU) ont été concernées par les mainlevées du JLD, alors qu'elles ne représentent que 46% des mesures annuelles de soins sans consentement sur l'établissement. A nouveau ces chiffres témoignent de la très grande fragilité de ces mesures face à la loi, qui tentent de respecter le cadre légal strict et exceptionnel comme prévu par le législateur.

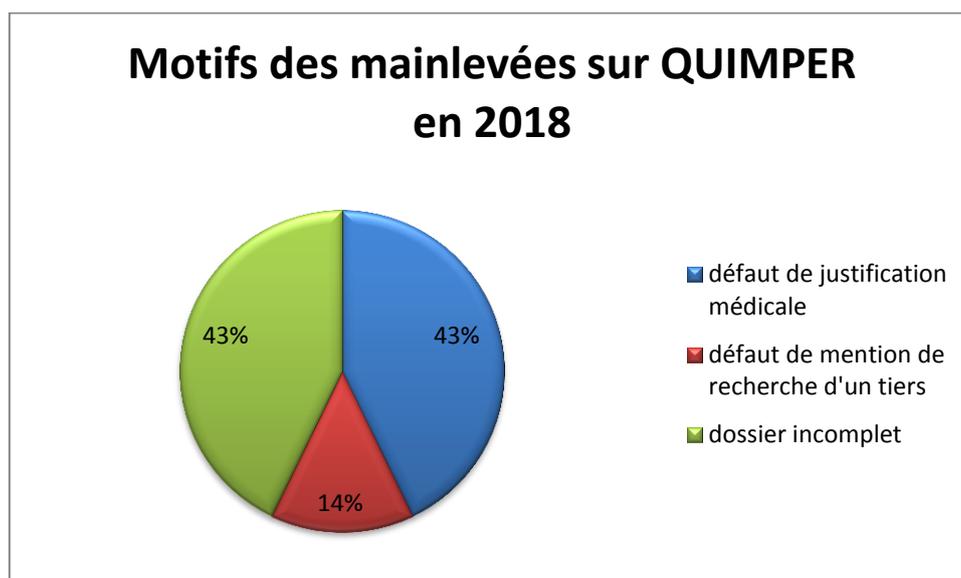
Répartition des modes de placements sur QUIMPER en 2018



d) Motifs des mainlevées :

Sur le même principe d'analyse des décrets de mainlevées des JLD, et en tenant compte uniquement du premier élément soulevé par la justice, les motifs sont :

- 3 défauts de justification médicale concernant la caractérisation d'un péril imminent et de deux mesures d'urgence
- 1 absence de mention de recherche de tiers
- 3 dossiers considérés comme incomplets par défaut de production de l'ensemble des documents au JLD



Comme en 2017, presque 1/3 des mainlevées relevaient d'un motif d'irrégularité dans la procédure.

En 2018 le défaut de justification médicale ne représente plus que 42% des motifs de mainlevées. 75% des certificats médicaux invalides provenaient d'un rédacteur non psychiatre. Les éléments de légalité externe représentent les 58% restants, (43,5% pour dossier incomplet et 14,5% pour absence de mention de recherche d'un tiers).

Les 3 défauts de production de documents administratifs concernaient en fait la transmission d'informations sur la mesure de placement à la commission départementale des soins psychiatriques qui jusqu'alors se faisait par envoi d'un simple courrier. Aucune preuve de cet envoi n'était alors possible, argument soulevé par l'avocat de 3 patients et retenu comme motif de mainlevée par le JLD. Depuis, la direction de l'EPSM de QUIMPER effectue tous ces envois par lettre avec accusé de réception.

D. Le devenir des patients :

Une décision de mainlevée a forcément un impact sur la poursuite des soins au patient. Elle peut mettre un terme radical à une prise en charge récente, ou au contraire permettre éventuellement de créer une alliance thérapeutique plus forte en travaillant avec le consentement du patient.

Il est donc intéressant de se pencher sur le devenir des patients qui ont été concernés par une décision de mainlevée du Juge des Libertés en 2017 et 2018 sur l'EPSM Gourmelen de Quimper, à court terme mais également à plus long terme. A cette fin, une analyse des dossiers médicaux de chaque patient concerné a été effectuée, pour collecter les informations relatives à son devenir immédiatement après la décision de levée de la mesure, mais également à son devenir dans les mois suivants.

Suite à l'envoi de la lettre de non opposition et au délai de 3 semaines laissé à chaque patient concerné pour faire valoir son droit d'opposition à l'accès à son dossier médical, un seul refus a été enregistré, et l'analyse ne s'est donc portée que sur les 25 dossiers restants. Le patient ayant refusé l'accès à son dossier avait fait l'objet d'une levée de sa mesure de SPU suite à un certificat médical insuffisamment caractérisé.

Les résultats ont été classés en différentes catégories pour tenter de refléter au mieux l'évolution de la situation des patients. En ce qui concerne le devenir immédiat des patients, 11 catégories ont été établies, à savoir :

- 5 catégories pour les soins qui se sont poursuivis en soins libres (SPL) malgré la mainlevée :
 - o Poursuite de l'hospitalisation en SPL pendant plus d'une semaine puis relais de la prise en charge en ambulatoire
 - o Poursuite de l'hospitalisation en SPL pendant plus d'une semaine mais patient perdu de vue après
 - o Poursuite de l'hospitalisation en SPL pendant moins d'une semaine puis relais de la prise en charge en ambulatoire
 - o Poursuite de l'hospitalisation en SPL pendant moins d'une semaine puis nouvelle mesure de soins sans consentement décidée par un médecin
 - o Poursuite de l'hospitalisation en SPL pendant moins d'une semaine se terminant par une fugue puis une ré-hospitalisation plus tard
- 2 catégories pour les programmes de soins qui ont été organisés suite à la mainlevée :
 - o Organisation d'un programme de soins puis relais de la prise en charge en ambulatoire
 - o Organisation d'un programme de soins puis réintégration en hospitalisation complète
- 3 catégories pour les mainlevées qui se sont soldées par un retour à domicile (RAD) du patient :
 - o RAD avec organisation d'un suivi thérapeutique ambulatoire
 - o RAD sèche, sans poursuite de soin, mais ré-hospitalisation rapide
 - o RAD sèche, sans poursuite de soin, et patient perdu de vue
- 1 catégorie pour les mainlevées qui ont engendré une nouvelle mesure de soins sans consentement immédiate

En ce qui concerne le devenir plus tardif des patients, 4 grandes catégories sont apparues dans les dossiers médicaux :

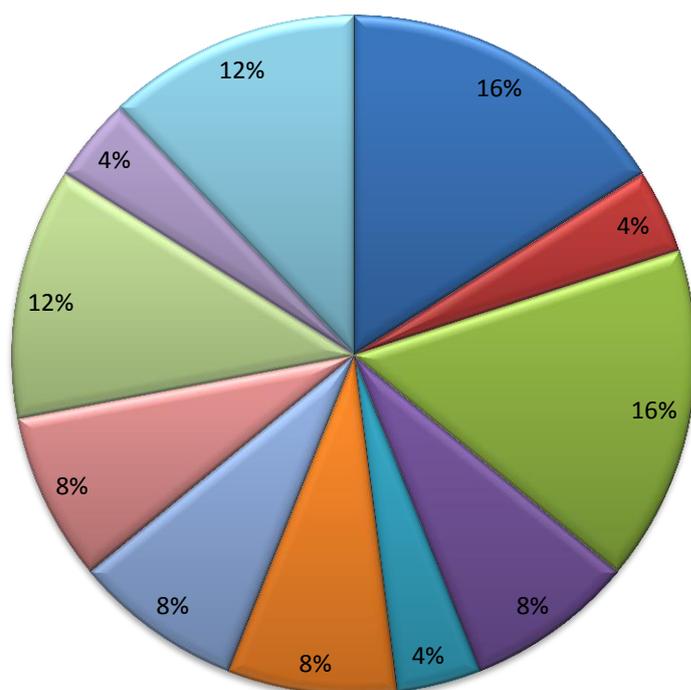
- Patients ayant fait l'objet de ré-hospitalisations récurrentes en placements ;
- Patients toujours suivis en soins ambulatoires ;
- Arrêt des soins, d'un commun d'accord entre médecin et patient ;
- Patients perdus de vue.

1. Devenir immédiat des patients :

Par devenir immédiat, on entend l'évolution des soins dans le premier mois suivant la décision de mainlevée par le JLD. On dénombre ainsi, en 2 ans :

- 4 patients pour lesquels l'hospitalisation s'est poursuivie en SPL pendant plus d'une semaine puis relais des soins en ambulatoire (soit 16% des patients) ;
- 1 patient pour qui l'hospitalisation s'est poursuivie plus d'une semaine en SPL mais qui par la suite a été perdu de vue (soit 4% des patients) ;
- 4 patients pour lesquels l'hospitalisation s'est poursuivie moins d'une semaine en SPL avec un relais des soins en ambulatoire (16% des patients) ;
- 2 patients pour lesquels moins d'une semaine d'hospitalisation en SPL a été possible avant qu'une nouvelle mesure de soins sous contrainte soit établie (8% des patients) ;
- 1 patient a accepté une hospitalisation libre mais a fugué moins d'une semaine plus tard, puis a été réhospitalisé quelques jours après (4% des patients) ;
- 2 patients ont accepté la mise en place d'un programme de soins et ont poursuivi des soins ambulatoires par la suite (8% des patients) ;
- 2 patients ont accepté un programme de soins mais qui a nécessité une réintégration en hospitalisation complète (8% des patients) ;
- 2 patients ont refusé la poursuite de l'hospitalisation mais ont accepté un relais des soins en ambulatoire (8% des patients) ;
- 3 patients sont sortis de l'hôpital sans aucun suivi et ont été rapidement réhospitalisés (12% des patients) ;
- 1 patient est sorti sans suivi de l'hôpital et a été perdu de vue (4% des patients) ;
- 3 patients ont fait l'objet d'une nouvelle mesure de soins sans consentement immédiatement après la décision de mainlevée du JLD (12% des patients).

Devenir immédiat des patients ayant fait l'objet d'une mainlevée sur QUIMPER en 2017 et 2018



- Poursuite de l'hospitalisation en SPL >1 semaine puis relais de la prise en charge en ambulatoire
- Poursuite de l'hospitalisation en SPL >1 semaine mais patient perdu de vue par la suite
- Poursuite de l'hospitalisation en SPL <1 semaine puis relais de la prise en charge ambulatoire
- Poursuite de l'hospitalisation en SPL <1 semaine puis nouvelle mesure de soins sans consentement
- Poursuite de l'hospitalisation en SPL <1 semaine et fugue puis réhospitalisation plus à distance
- Organisation d'un programme de soins puis relais de la prise en charge en ambulatoire
- Organisation d'un programme de soins puis réintégration en hospitalisation complète
- RAD avec organisation d'un suivi thérapeutique ambulatoire
- RAD sèche, sans poursuite de soins, mais réhospitalisation rapide
- RAD sèche, sans poursuite de soins, et patient perdu de vue
- Nouvelle mesure de soins sans consentement immédiate

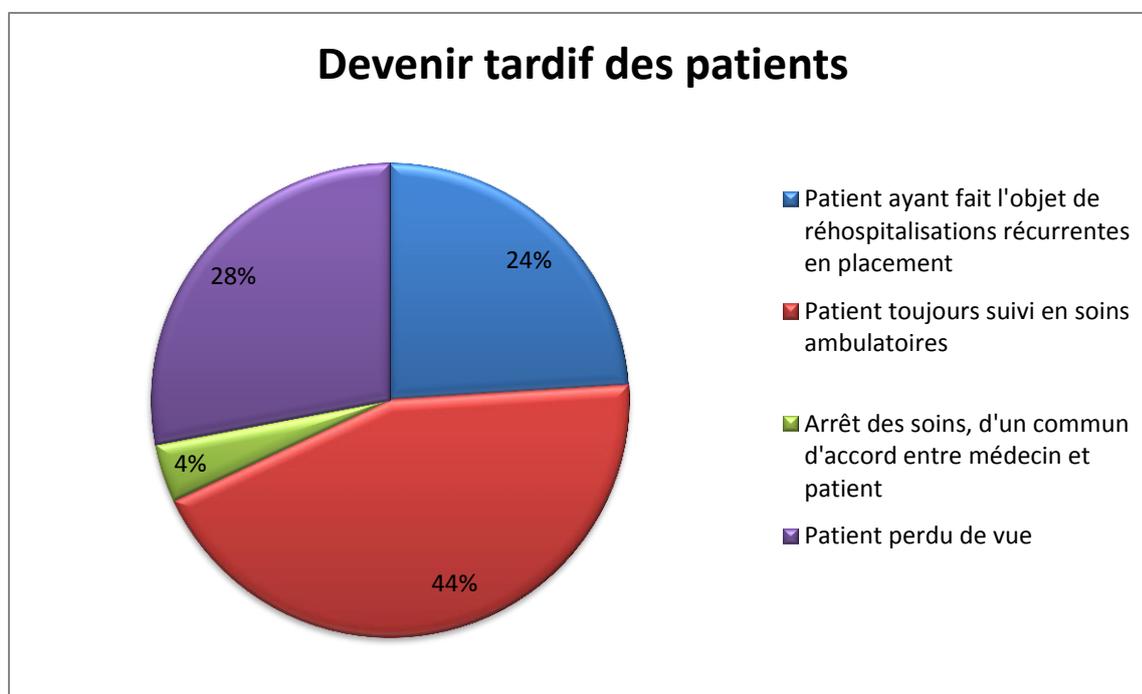
Une approche plus générale permet de se rendre compte que dans les faits près de la moitié des patients ont accepté de poursuivre l'hospitalisation en soins libres (48% des patients concernés par une décision de mainlevée) et 16% ont accepté la mise en place d'un programme de soins. Seul 24% des patients, moins d'un quart, ont exigé leur sortie immédiate d'hospitalisation.

Il est à noter qu'en 2017, trois mainlevées ont engendré de nouvelles mesures de soins sans consentement, soit environ 1 décision de mainlevée sur 10, bien que ce genre de pratique fasse particulièrement débat.

2. Devenir plus tardif :

La lecture des dossiers médicaux a permis également d'avoir un aperçu du devenir des patients plus à distance de la décision de mainlevée dont ils ont fait l'objet. Ainsi, les 26 patients concernés se répartissent de la manière suivante dans les 4 catégories :

- 6 patients ont fait l'objet d'hospitalisations récurrentes en placement dans les mois qui ont suivi leur levée de mesure de soins sans consentement, et ce jusqu'à aujourd'hui (soit 24% des patients) ;
- 11 sont toujours suivis en soins ambulatoires (soit 44% des patients) ;
- 1 patient a fait l'objet d'un arrêt des soins, en accord avec son psychiatre après un temps de suivi en ambulatoire (soit 4 %) ;
- 7 patients ont été perdus de vue (soit 28% des patients).



On peut constater que la grande majorité des patients sont toujours concernés par les soins psychiatriques, soit en ambulatoire, soit directement à l'hôpital. Il est intéressant de relever que près d'un quart de ces patients est toujours concerné par des soins sans consentement et que leur état clinique au moment de la décision de mainlevée par le JLD nécessitait malgré tout et très probablement une poursuite des soins hospitaliers.

Par ailleurs environ $\frac{1}{4}$ des patients ont été perdus de vue suite à la décision de mainlevée et il n'existe aucun moyen de savoir ce qu'ils sont devenus. Cette donnée impacte donc de manière importante la possibilité de tirer des conclusions fiables de ces chiffres.

E. Cas Clinique :

Reprenons la situation de notre patient :

Monsieur E. a été admis en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (en l'occurrence sa femme) après une tentative de pendaison. Il a contacté son épouse en appel vidéo, alors qu'il se pendait à un kilomètre de leur domicile. Sa femme a réussi à détacher la corde alors que le patient était déjà inconscient. Après quelques jours en réanimation, il a été adressé dans notre service pour la suite de la prise en charge de sa crise suicidaire. Son admission s'est faite en soins psychiatriques à la demande d'un tiers au vu du déni massif de sa situation et de la minimisation de son geste.

M. E. est un patient de 39 ans, marié depuis 15 ans à sa femme avec qui il a 3 enfants, de 3 à 10 ans.

M. E. explique qu'il travaille depuis une dizaine d'années au même poste dans une entreprise. Il fait part d'un sentiment de souffrance important au travail, avec l'impression de ne pas être reconnu à sa juste valeur. M. E. explique qu'il est toujours de ceux qui acceptent de faire des heures supplémentaires et qu'il a progressivement accepté de nouvelles responsabilités mais qu'il n'a malgré tout jamais été promu à un poste plus élevé dans la hiérarchie. De plus, le poste de M.E. s'effectue sur le mode des « trois huit », et il est donc régulièrement décalé avec les horaires de sa famille. Il relate un état d'épuisement, tant physique que psychique. Il exprime une certaine culpabilité de ne pas prendre plus de temps avec ses enfants, mais dit ne pas supporter leurs cris.

Parallèlement à cette situation professionnelle compliquée, M. E. aurait également des consommations alcooliques importantes. L'alcool aurait selon ses dires une fonction anxiolytique et hypnotique. Il serait d'après lui attentif à ne pas trop s'alcooliser lorsqu'il doit s'occuper de ses enfants.

Lors de son hospitalisation, nous avons pu en sa présence rencontrer sa femme, qui avait été témoin au moment de son passage à l'acte et avait permis d'éviter une fin dramatique à l'histoire. Elle avait alors pu lui exprimer sa détresse et sa colère en rapport avec son geste. Nous apprenions alors que M. E. avait quitté le domicile familial suite à une dispute conjugale. Madame lui aurait fait part de sa volonté de séparation, lui reprochant ses absences répétées dans le foyer et son manque d'implication dans la vie de leurs enfants. Il serait alors allé dans un endroit désert et aurait filmé sa pendaison en direct, en appelant sa femme. Celle-ci aurait reconnu le lieu, aurait laissé ses enfants pour se précipiter à son secours.

Nous sommes à ce moment-là très touchés par la détresse de sa femme. Elle semble rester bienveillante et aidante malgré sa colère et l'inquiétude qu'elle a eu pour ses enfants en bas âge et pour le danger qu'elle leur a fait courir en les laissant seuls pour secourir son mari. Madame affirme qu'elle sera présente pour soutenir son mari, mais précise aussi qu'elle ne changera pas d'avis au sujet de la séparation conjugale malgré la pendaison, qu'elle appelle « chantage au suicide ».

En dépit de la violence de son geste, M. E. reste persuadé qu'un retour au domicile lui permettrait de tout arranger au niveau du couple. Il est dans le déni complet des propos de sa femme et reste sourd à nos inquiétudes. Il refuse d'ailleurs d'envisager un suivi psychiatrique ambulatoire à sa sortie et

exprime une grande méfiance lorsque nous lui proposons un programme de soins. M. E. semble de plus en plus persuadé que nous tentons de contourner la loi pour lui nuire.

Dans ce contexte de conflit conjugal et d'absence d'alliance thérapeutique, nous décidons alors de préserver la relation avec sa femme en nous tournons vers ses parents afin d'apporter la parole d'un tiers dans cette hospitalisation. Nous les rencontrons alors la veille de l'audience avec le Juge des Libertés. Ils témoignent de l'enfance protégée de M. E. au sein d'une cité logeant les familles de gendarmes. Le déménagement à l'âge de 19 ans de cette cité aurait été vécu comme un déchirement par le patient. Dernier d'une fratrie de 3 enfants, M. E. aurait toujours été de nature à manquer de confiance en lui. Ses parents décrivent une dégradation de l'état psychique de leur fils depuis plusieurs mois, avec une augmentation des consommations alcooliques. Ils souhaiteraient qu'il poursuive les soins encore quelques temps. Lors de cet entretien, nous arrivons à un accord avec M. E. et ses parents, sur la poursuite de l'hospitalisation encore une semaine puis un relai des soins en ambulatoires, notamment en addictologie.

Quelques temps avant son hospitalisation, M. E. aurait postulé à un nouveau poste dans une autre entreprise. Il serait selon ses dires sur le point d'être embauché, avec un meilleur salaire et des horaires de travail plus classiques. Il ne lui resterait qu'un dernier entretien à passer pour négocier les termes de son nouveau contrat. Afin d'impacter le moins possible son avenir professionnel, nous avons donc négocié avec lui en présence de ses parents une sortie d'hospitalisation la veille de cet entretien. Cela raccourcissait beaucoup la durée de l'hospitalisation que nous pensions nécessaire, mais de cette manière nous avons tenté de créer une alliance thérapeutique avec lui. Le verdict du JLD est alors venu annuler la relation que nous avons tenté d'instaurer avec le patient.

Alors qu'il prend connaissance de la décision de mainlevée du Juge, M. E., dans sa volonté de nous prouver que son état de santé mentale ne nécessite aucun soin, présente un discours minimisant gravement son passage à l'acte. Il semble s'enfoncer de plus en plus dans le déni de ses difficultés au quotidien, et envisage la sortie de l'hôpital comme la solution à tous ses problèmes. Il annule alors complètement les engagements qu'il avait pu prendre la veille lors de l'entretien avec ses parents.

N'étant pas dans une relation de confiance avec le patient, nous tentons alors de contacter ses proches, pour solliciter un avis et peut-être le soutien d'un tiers. Sa femme n'étant pas joignable, nous contactons alors ses parents qui semblaient en demande de soins pour leur fils.

Ces derniers acceptent sans hésiter de nous rencontrer et se mettent en route sans tarder pour nous rejoindre à l'hôpital ...

V. Discussion :

A. Résultats de l'EPSM :

Au total, 6 groupes de motifs ont été répertoriés entre 2017 et 2018 sur l'EPSM de QUIMPER, contre 18 existants dans la législation. Les irrégularités médicales, bien qu'améliorées en 2018, sont à peu près aussi fréquentes que les irrégularités administratives, ce qui interroge bien entendu sur la formation des professionnels de santé à un tel exercice.

Les modes d'entrée en soins sans consentement les plus concernés par les mainlevées sont les mesures d'urgences, SPU et SPI.

1. Concernant l'évolution entre 2017 et 2018 :

On relève une importante fluctuation du nombre de décisions de levées des mesures de placement par le JLD entre 2017 et 2018. Celle-ci s'explique par le fait que l'établissement a réajusté son fonctionnement afin de diminuer le nombre de mainlevées des mesures de soins sans consentement. Des interventions en interne, à l'échelle de l'établissement, ont été faites, mais également un travail d'information des partenaires extérieurs, puisque la majorité des certificats médicaux non valides émanaient de praticiens non psychiatres et externes à l'EPSM.

Ainsi, en communication interne :

L'EPSM a sollicité la Cellule de Suivi des Admissions des Patients (CSAP) qui se réunit mensuellement depuis 2011 et qui aborde les problématiques liées aux admissions des patients pour rédiger des comptes rendus reprenant les situations problématiques et rappelant la loi. Par exemple : un médecin généraliste de l'EPSM peut-il rédiger un certificat de SPDRE ? Quelles sont les nouvelles irrégularités soulevées par les avocats ? ...

Tous les comptes rendus détaillés ont été diffusés aux médecins chefs de pôle, à chaque médecin référent des pôles d'admissions adultes, aux cadres des unités adultes ainsi qu'aux directeurs de garde. Ils ont également été rendus accessibles pour tous dans le logiciel de gestion documentaire de l'établissement afin que chaque acteur du protocole de soins sous contrainte soit informé et sensibilisé à la situation.

En communication externe :

Le 15 février 2018, une formation sur les pathologies mentales a été organisée à destination de la Police, la Gendarmerie et la Justice (magistrats, avocats, greffes). Trois médecins psychiatres de l'EPSM l'ont préparée et animée, à savoir les chefs des 3 pôles adultes.

L'objectif était de sensibiliser ces catégories professionnelles au fonctionnement d'un établissement psychiatrique et d'éclairer les magistrats sur les pathologies des patients pour lesquels des mainlevées avaient été prononcées. Cette formation a été organisée au sein de l'établissement, sur invitation.

Le 23 février 2018, une rencontre a été organisée avec le Centre hospitalier de Douarnenez, dont l'EPSM Gourmelen accueille régulièrement les patients psychiatriques. L'EPSM de Quimper était représenté par Mme LE FRAPPER (Attachée d'Administration Hospitalière auprès de la Direction de la Patientèle), deux médecins psychiatres, le représentant de l'unité de gestion des risques ainsi que le cadre infirmier du CMP de Douarnenez. L'échange a porté sur la loi des soins sans consentement et le parcours du patient. Lors de cette rencontre, les organisateurs ont déploré l'absence du corps médical du Centre hospitalier, notamment des médecins urgentistes. Seul un médecin travaillant en Service de Soins de Suite et de Réadaptation (SSR) a rejoint la réunion en cours de route.

Le 08 novembre 2018, l'EPSM de Quimper a organisé une soirée portant sur les pathologies psychiatriques, les soins sans consentement et les irrégularités de procédure. Les invitations ont également été envoyés aux médecins généralistes, SOS médecins, aux médecins urgentistes du Centre hospitalier de Pont L'abbé, de Douarnenez et de Quimper, aux médecins du Centre 15 et SDIS. Elle a été animée par trois psychiatres de l'établissement. Malgré une faible participation, chaque partenaire de l'EPSM était représenté : un médecin urgentiste du Centre hospitalier de Quimper, un médecin urgentiste du Centre hospitalier de Douarnenez, un médecin urgentiste du Centre hospitalier de Pont L'abbé, un médecin de SOS médecin, un médecin du Centre 15 et un médecin du SDIS. L'invitation avait été adressée au Conseil de l'Ordre des médecins mais celui-ci n'avait malheureusement pas diffusé l'information auprès des médecins libéraux. La soirée a été organisée dans l'enceinte de l'EPSM. L'heure plus tardive de cette réunion avait été décidée pour s'adapter aux horaires des médecins libéraux davantage disponibles à la fermeture de leurs cabinets et afin de permettre un moment de convivialité avec un plateau repas offert aux participants en fin de débat. Cette intervention a réuni au final une vingtaine de participants.

Par ailleurs, un modèle de certificat médical initial a été proposé aux urgentistes travaillant en lien avec l'EPSM pour minimiser le nombre de certificats insuffisamment caractérisés. Ce modèle pouvant toujours être amélioré, une proposition de réécriture de ce formulaire a été soumise et validée par la Délégation Territoriale de l'ARS (Agence Régionale de Santé) et sa diffusion se fera à la rentrée prochaine.

En 2019, les échanges avec les partenaires ont été poursuivis en intégrant plus régulièrement la thématique des soins sans consentement et des irrégularités de procédures.

Le 21 mars 2019, lors d'une réunion avec le Centre hospitalier de Douarnenez autour des parcours patients, l'équipe des Urgences était cette fois très bien représentée. Ce regain de participation de l'équipe médicale peut être malheureusement en lien avec une situation tragique de mainlevée d'une mesure de SPI, provoquée par le Centre hospitalier de Douarnenez pour défaut de mention de recherche d'un tiers. Le patient ayant refusé la poursuite des soins, sa sortie avait été établie et il s'est suicidé 3 jours plus tard. Cette situation a bouleversé l'équipe soignante de l'EPSM qui avait pris en charge ce patient et a renforcé sa motivation à améliorer la formation des acteurs de santé afin de répondre au mieux au protocole médico-légal des soins sous contrainte.

Le 1^{er} avril, une réunion organisée avec le Centre hospitalier de Pont l'Abbé autour des parcours patients (adultes et gérontopsychiatrie) a également permis d'aborder les soins sans consentement et les irrégularités de procédures avec les médecins urgentistes.

A chaque fois, les représentants de l'EPSM travaillaient dans une unité prenant en charge le secteur géographique de l'établissement invité, pour établir une continuité des intervenants au sein des centres hospitaliers partenaires. L'établissement met un point d'honneur à se déplacer le plus

fréquemment possible avec une présence médicale systématique pour améliorer le partenariat entre tous les intervenants. Comme l'a souligné M. Jean-François CARENCO, Préfet de la Région Ile de France et Président du corps préfectoral et des hauts fonctionnaires du Ministère de l'Intérieur, « la mise en œuvre de la loi dépend largement de la bonne intelligence des acteurs sur le terrain, notamment de la qualité des relations entre Préfets, Juges des Libertés et de la Détention, médecins et Directeurs d'établissements de santé » (40). Si l'on peut penser que tout ne peut être solutionné uniquement par une cohésion parfaite entre chaque intervenant, il n'en reste pas moins vrai qu'une compréhension globale de la procédure légale, du travail de chacun, ainsi qu'un dialogue facile entre chaque intervenant, ne peut qu'améliorer la qualité des soins proposés au patient. Et c'est en quoi l'EPSM Gourmelen tient à rester mobilisé.

Cette mobilisation semble avoir été efficace, puisqu'en 2018 le nombre de mainlevées n'était plus que de 7, contre 21 en 2017.

2. Concernant le taux de mainlevées :

Si en 2017, le nombre de décisions de mainlevées concernant l'établissement a semblé important et qu'un sentiment d'échec a pu être ressenti par les équipes de soins, il paraît pertinent de le comparer à la moyenne nationale qui est presque deux fois plus élevée (environ 9% des mesures de soins sont levées par les JLD en France en 2015). En 2018, l'établissement de Quimper est bien en deçà de ce taux.

Par ailleurs, concernant les motifs de mainlevées sur l'EPSM Gourmelen, deux d'entre eux font partie des trois plus fréquents relevés par la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté (Défaut de justification médicale et défaut de présentation de toutes les pièces justificatives au dossier).

Ces deux mêmes motifs apparaissent également retrouvés dans l'étude menée entre 2012 et 2015 sur les motifs de mainlevées en France (87). Cette étude indique un taux de motifs médicaux à la décision de mainlevée de l'ordre de 26,5% : défaut de justification médicale, médecin incompetent, absence d'examen somatique, programme de soins non conforme. Ce taux est plus important sur l'établissement Gourmelen, mais ne concerne que les défauts de justification médicale et l'incompétence de l'auteur des certificats médicaux. En effet, en 2017 ou 2018, aucun motif de levée ne soulevait un manquement à l'examen somatique obligatoire, ni une non-conformité d'un programme de soins. Par contre, dans cette même étude, on retrouvait un nombre conséquent de mainlevées secondaires à un défaut d'information du patient sur sa situation ou de recueil d'observations du patient (respectivement 16,7% et 13,2%), ce qui n'apparaît pas dans les motifs de mainlevées sur l'EPSM Gourmelen. Les mainlevées pour dépassement des délais légaux sont retrouvées à des taux similaires dans cette étude nationale et dans notre analyse de la situation Quimpéroise.

Cependant une autre étude effectuée en 2012, au Centre hospitalier Le Vinatier de Bron, relevait parmi ses motifs de mainlevées, un taux important (1/3) de décisions liées à l'appréciation du JLD de la situation clinique et de la pertinence d'une hospitalisation pour soigner ces troubles (88). Ce genre de motif n'a été relevé qu'une seule fois en 2 ans sur l'EPSM Gourmelen, soit 3,8% de l'ensemble des décisions de mainlevées de 2017 et 2018. Un tel écart entre les deux établissements illustre bien l'inégalité territoriale qui existe en France face à la loi. D'un JLD à l'autre, les limites de ses attributions ne semblent pas être les mêmes. Le flou de la législation ne permet pas de définir un périmètre strict aux habilitations du Juge des Libertés quant à l'évaluation de l'indication d'une hospitalisation. Il semble important de rappeler que selon les articles L3211-12-1, L3216-1, L3212-3 et R 3211-12 du Code de la Santé Publique, le Juge des Libertés et de la Détention ne peut et ne doit pas substituer son analyse à celle du psychiatre. Ce sont les articles qui ont d'ailleurs été mis en avant par la Cour de Cassation lors de la censure d'une décision de mainlevée par un JLD en septembre 2017, estimant que le juge avait outrepassé ces articles et était sorti de son rôle en effectuant « sa propre évaluation des troubles mentaux du patient sur la base d'éléments qu'il avait pu croire découvrir lors des audiences, notamment s'agissant de la capacité du malade à consentir aux soins ou non » et en passant outre certaines constatations médicales (89).

Cela pose beaucoup de questions : le JLD est-il lié en toute situation par l'opinion des médecins ? Quel est l'intérêt de l'audition obligatoire du malade prévue par la loi si le juge ne peut utiliser les propos du patient pour fonder sa décision ? Un tel débat, toujours d'actualité, justifierait la nécessité d'une clarification de la loi, afin de préciser la procédure régissant les soins sous contrainte, notamment concernant les décisions de mainlevées. C'est en tout cas ce que met en lumière cet arrêté de la Cour de Cassation de septembre 2017. Dans l'attente d'une éventuelle réécriture de la loi, la Cour de Cassation a tout de même tenu à rappeler qu'en cas de doute, le JLD peut ordonner une expertise médicale afin d'obtenir des éléments complémentaires qu'il n'aurait pas trouvés dans les documents établis par le corps médical prenant en charge le patient (90).

3. Concernant le devenir des patients :

Il s'agit sûrement des résultats de l'étude qui m'ont le plus étonnée. Si je n'ai pas été surprise par les taux de mainlevées, ni par les motifs des verdicts des JLD, qui somme toute sont en cohérence avec les moyennes nationales et les motifs les plus fréquemment rencontrés, il n'en a pas été de même avec le devenir des patients.

Une décision de mainlevée d'une mesure de soins sans consentement venait, dans mon esprit, mettre un arrêt brutal aux soins, dans un moment où le consentement du patient n'est pas encore possible. Ce verdict, concomitant à la période de probable décompensation de la pathologie mentale, risquait à mon sens d'encourager le patient à dénier toute difficulté et à repousser les soins.

Or, au vu du devenir des patients concernés, mon présupposé sur la question s'est avéré être bien plus pessimiste et catastrophiste que la réalité, remettant en question ma perception des soins sans consentement et ébranlant au passage ma réflexion sur ce que je considérais comme étant le mieux, les bonnes décisions pour mes patients, même contre leur volonté.

Il se trouve que près de la moitié des patients ayant fait l'objet d'une mainlevée ont accepté de poursuivre les soins hospitaliers sur un mode libre et près d'un quart supplémentaire se sont engagés dans des soins ambulatoires (en programme de soins ou non). Au final, seul ¼ des patients ont refusé une poursuite des soins et sont sortis d'hôpital ou ont fait l'objet d'une nouvelle mesure de soins sans consentement. Avant ce travail de recherche, j'aurais estimé que les proportions de ces résultats seraient inverses, pensant que la plus grande majorité des patients seraient alors en refus de soins, impliquant des sorties mal organisées, des pertes de vue ou des conséquences plus catastrophiques. Même à plus long terme, seuls 30% de ces patients ne sont désormais plus suivis en psychiatrie (arrêt des soins ou perdus de vue). Les 70% restant font toujours partie actuellement de la file active de l'établissement, tous modes de suivis confondus.

Malgré ce que je pouvais en penser, une poursuite des soins est donc possible pour des patients pour qui le consentement était estimé impossible. Cela remet forcément en question la légitimité du maintien des mesures de soins sans consentement dans ces situations, alors que dans plus de 2/3 des cas, le patient accepte malgré tout une poursuite des soins, même en cas de levée de l'hospitalisation contrainte, la plupart d'entre eux en hospitalisation complète d'ailleurs. Aurait-il fallu lever la contrainte plus tôt ?

On interroge forcément l'excès de précautions prises par certains psychiatres, la fameuse « ouverture du parapluie » pour prévenir des risques de responsabilité personnelle engagée en cas de problème, une fois le patient sorti de l'hôpital. La pratique médicale est de plus en plus impactée par les protocoles médico-légaux et la nécessité de pouvoir apporter la preuve d'avoir tout mis en œuvre dans la prise en charge d'un patient. Si le corps médical n'a pas d'obligation de résultats mais uniquement de moyens, le praticien risque de voir sa responsabilité pénale engagée s'il ne peut apporter la preuve des moyens entrepris, en cas de procédure judiciaire en lien avec l'une de ses prises en charge. De tels risques sont d'ailleurs progressivement abordés dans les études médicales, de plus en plus de professeurs d'universités et maîtres de stages avertissent leurs étudiants des risques médico-légaux en jeu et les forment à une rigueur de notification et de justification de leurs actes. Ce fut le cas lors de mon cursus universitaire. On est désormais loin du rapport paternaliste qui régissait les échanges entre le médecin et son patient dans les années 50 à 70, lorsque le médecin détenait tout le savoir médical que dont les relations avec le patient étaient plutôt « à sens unique » (91). Désormais le patient est au centre de ses soins, il est consulté et associé à la prise des décisions le concernant. Cette association s'est assortie d'une conscience de ses droits, en tant qu'utilisateur du système de soins et l'on voit, depuis les années 90, croître les attaques judiciaires des patients ou leurs familles contre les médecins. La législation a d'ailleurs beaucoup évolué depuis les années 90, le Code Civil élargissant progressivement le champ des responsabilités médicales. Toute cette évolution se fait sur un fond de civilisation de moins en moins prompte à accepter la fatalité de l'aléa thérapeutique. Les victimes d'accidents médicaux peuvent éprouver un besoin de réparation, souhaiter que leur cas serve d'exemple pour que l'incident ne se renouvelle plus ou encore être tentés par un gain financier conséquent en cas de victoire au pénal(92).

De ce fait, les médecins n'ont cessé d'adapter leurs pratiques afin d'assurer leur défense en cas de conflit avec un patient ou leur famille, des pratiques pouvant progressivement se muer en comportement « précautionniste », évitant tout risque qui pourrait se retourner contre eux en cas d'attaque en justice. Et tout cela sans compter sur la pression de plus en plus importante du système politique et de la société dans sa globalité, qui dans une attente sécuritaire, est de plus en plus exigeante concernant le principe de précaution qui s'impose aux psychiatres. Il faudrait tout faire pour prendre des mesures susceptibles d'éviter un incident, avant même d'avoir levé l'incertitude sur la situation. Ce principe de précaution semble d'ailleurs de plus en plus se muer en principe de prévoyance, comme l'explique Catherine LARRERE, philosophe : « L'ancien concept de responsabilité porte sur l'imputation d'une action passée à un agent jugé responsable qui a à réparer. Le nouveau concept de responsabilité engage l'avenir dans sa globalité ; être responsable, c'est avoir à répondre de ce qui peut arriver à quelqu'un, sinon dans un avenir illimité, du moins sur une longue période. » (93). On considère donc que ceux qui auraient dû prévoir l'acte sont également responsables.

Ainsi, un maintien en soins sans consentement peut sembler à certains psychiatres plus « rassurant », évitant ainsi de se voir reprocher une mauvaise évaluation de l'état de son patient si celui-ci venait à avoir des problèmes en lien avec sa pathologie psychiatrique. Par souci de voir sa responsabilité engagée et sans forcément en prendre conscience, le praticien peut en arriver à attenter aux libertés individuelles de son patient.

Une nuance est cependant à apporter à ces résultats. Si près de 70% des patients ont accepté la poursuite de la prise en charge sur un mode libre ou en ambulatoire, cela n'implique pas forcément une réelle adhésion aux soins. En effet, pour certains patients, la crainte qu'une nouvelle mesure de soins sans consentement soit prise, a pu les inciter à accepter des soins libres, dans l'espoir que le temps d'hospitalisation soit plus court, mais sans pour autant les investir. Seraient-ils alors de moins bonne qualité que s'ils avaient été imposés ? Rien n'est moins sûr et de cette manière, le dialogue avec le patient s'effectue certainement de manière plus apaisée.

Ainsi la confrontation à ces résultats m'a permis de relativiser ma perception des conséquences d'une mainlevée et c'est une bonne chose. Mon expérience toute relative dans la profession nécessite ce genre de remises en question. Je souhaiterais garder à l'esprit pour le reste de ma carrière que les certitudes ne demandent qu'à être contredites, pour alimenter un débat, faire évoluer ma réflexion et ainsi améliorer mes capacités de prise en charge des malades.

B. Une loi avec ses avantages et ses inconvénients :

1. Les points positifs :

a) *La lutte contre les hospitalisations abusives :*

Cette réforme de la loi introduisait un nouvel acteur (le Juge des Libertés et de la Détention) dans le parcours de soins d'un patient psychiatrique hospitalisé sans son consentement.

Avant ce travail, ma représentation du rôle du JLD était, de prime abord, plutôt négative. Je percevais son travail comme répondant à une volonté exagérée de contrôler les actes médicaux, une suspicion d'abus et de malveillance qui me semblait très loin de la pratique médicale que j'ai pu observer durant mes années de formation. De plus, je trouvais le JLD assez peu légitime dans son travail d'expertise, ne comprenant pas comment une personne n'ayant aucune formation médicale pouvait porter une appréciation clinique sur un patient, suite à un temps d'entrevue aussi court que celui de l'audience.

Pourtant, au fil de mon étude, j'ai pu me rendre compte que le travail de ce juge ne se borne pas à chercher comment contredire le psychiatre. Sa préoccupation est de faire respecter la loi et notamment le droit de liberté du patient qui en est justement privé lors des hospitalisations sans consentement. Lorsqu'on effectue des recherches sur ce sujet, on tombe très rapidement sur une multitude de témoignages et même de reportages sur la maltraitance et l'injustice ressenties ou subies durant des hospitalisations en psychiatrie. Pour une partie, on peut envisager qu'il s'agisse de l'expression rancunière d'un patient contrarié de s'être vu imposer des soins cliniquement justifiés. Pourtant il me semble impossible d'estimer qu'aucun de ces témoignages ne dénonce une situation réelle. L'hospitalisation abusive est sans aucun doute une réalité, quelle que soit sa motivation initiale ; malveillance d'une famille ayant réussi à convaincre un médecin d'un état pathologique de leur proche, volonté d'un établissement de couvrir des déficits financiers en multipliant et prolongeant des hospitalisations non justifiées, réponse punitive d'un médecin abusant de son pouvoir envers un patient qui serait venu blesser son ego professionnel... On peut imaginer de nombreux motifs divers et variés, pouvant parfois même partir d'une bonne intention. Le Juge des Libertés est là pour précisément prévenir ce genre de dérives.

Pour illustrer ce point, on peut prendre l'exemple de l'expérience menée aux Etats-Unis dans les années 1970 par David Rosenhan, psychologue et professeur d'université(94). Cette expérience est d'ailleurs enseignée aux futurs magistrats dans leur cours portant sur les hospitalisations sans consentement, pour illustrer la manière dont des personnes que M. Rosenhan appelle « normales », c'est-à-dire sans pathologie psychiatrique déclarée, ont eu beaucoup de mal à prouver aux médecins qu'ils étaient sains d'esprit(95).

Dans ce but, David Rosenhan a chargé huit personnes « normales » (3 femmes et 5 hommes) de se faire admettre aux urgences avec, pour tous, la même plainte fictive : ils avaient entendu des voix indistinctes, disant des mots comme « vide », « bruit sourd », « creux ». A part ces symptômes, ils devaient répondre honnêtement aux questions des médecins sur leur vie. Ils ont tous été admis en hôpital psychiatrique. Une fois hospitalisés, ces « pseudo patients » devaient exprimer la disparition de leurs symptômes et agir de manière totalement normale dans le service, pour convaincre les équipes de soins de les laisser sortir le plus rapidement possible de l'hôpital.

Au final, tous ont été diagnostiqués comme porteur d'un trouble mental : 7 schizophrènes et 1 maniaco-dépressif, considérés en rémission. Les durées d'hospitalisation ont varié entre 7 jours et 52 jours, pour une moyenne de séjour de 19 jours. Les seuls soupçons émis sur l'imposture de ces « pseudo patients » du fait qu'ils prenaient des notes sur leur expérience hospitalière, provenaient des autres patients, les soignants ayant interprété ce comportement comme un comportement compulsif inadapté en lien avec une pathologie schizophrénique.

Cette expérience démontre que le diagnostic de pathologie mentale peut être difficile et que les faits rapportés peuvent être facilement falsifiés. Si un psychiatre s'attend à ce que le récit d'un patient puisse être différent de la réalité, il est peut-être moins entraîné à remettre en question les propos de proches mal intentionnés, qui cherchent à faire hospitaliser le patient pour des raisons tout autres que des troubles psychiques. Le cas le plus facile à imaginer pourrait par exemple être celui d'une séparation conjugale.

Le Juge des Libertés et de la Détention apporte alors un regard extérieur et neutre sur la situation. Il peut ainsi apporter une analyse plus objective des faits, dans un souci d'application du respect des droits du patient et rien d'autre. A ses yeux, le patient est d'abord un citoyen avant d'être un malade.

b) Une interrogation sur la nécessité de contrainte :

L'intervention du Juge des Libertés et de la Détention oblige les médecins à justifier et motiver les décisions d'hospitalisation sans consentement. Par cette obligation d'explicitation des faits, de la clinique et des risques encourus, on peut imaginer que la loi est venue imposer une réflexion supplémentaire aux psychiatres en ce qui concerne les soins imposés, décisions qui ne peuvent plus être prises sans implication intellectuelle du médecin.

La responsabilité médicale étant de plus en plus impliquée lors de recours en justice, les médecins ont de plus en plus le réflexe de prendre toutes les dispositions possibles pour éviter qu'il arrive quoi que ce soit à leurs patients. Un tel excès de précautions peut faire perdre de vue la bonne pratique qui est de rechercher au plus vite le consentement du patient pour poursuivre les soins en hospitalisation ou soins ambulatoires libres.

Dans ces cas-là, les décisions de mainlevées du Juge des Libertés peuvent alors venir trancher et imposer un arrêt de la contrainte qui n'est plus justifiée. Notre étude a d'ailleurs bien mis en évidence que la majorité des patients poursuivent leurs soins sur un mode libre malgré la mainlevée dont ils ont fait l'objet. Le verdict du JLD peut donc, non seulement protéger les droits du patient, mais aussi soulager les psychiatres de la crainte de voir leur responsabilité professionnelle incriminée.

c) Un partage des responsabilités :

S'il est vrai que lorsqu'un Juge des Libertés décide la mainlevée de l'hospitalisation sans consentement de notre patient, on peut s'interroger sur sa légitimité à intervenir dans un champ professionnel qui n'est pas le sien. Il faut reconnaître que dans la majorité des cas, la mesure de soins est confirmée et est utile au psychiatre. Une telle validation des soins en cours peut alors servir à apporter de la valeur et une notion d'utilité au regard des patients qui subissent cette mesure, prenant conscience que la justice cautionne la nécessité de leur hospitalisation. Pour d'autres, la perception ne sera pas la même et le sentiment de persécution à travers leur hospitalisation restera inchangé. Mais le psychiatre aura alors tout de même l'argument d'agir en accord avec la loi, dans le respect des droits du patient.

Dans certaines situations, l'intervention du JLD soutient non seulement la décision médicale mais va jusqu'à en partager les responsabilités, notamment en ce qui concerne les sorties d'hospitalisation. Il s'agit des patients concernés par des Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE). En effet, comme nous l'avons évoqué précédemment, ces hospitalisations sont ordonnées par l'autorité publique pour préserver l'ordre public et prévenir les risques liés à des troubles d'origine psychiatrique. Pour la mise en place d'une telle mesure, l'expertise médicale est impérative avant tout début de procédure, via un certificat médical décrivant un état de santé nécessitant des soins et rendant impossible le consentement du patient. Il n'en est cependant pas de même pour l'arrêt d'une telle mesure. En effet, le psychiatre en charge du patient peut estimer, selon son expertise médicale, que l'état de santé mentale du patient ne nécessite désormais plus de soins contraints ou du moins dans le cadre d'une hospitalisation complète. Il n'est cependant pas en son pouvoir de le décider. Pour cela, il doit transmettre son avis médical et sa demande de levée ou de transformation de la mesure au Préfet, qui l'accorde ou non.

Il arrive régulièrement que médecin et Préfet ne partagent pas le même point de vue sur la situation. Là où le rôle du psychiatre est de faire en sorte que le patient puisse le plus rapidement s'apaiser et sortir de l'hôpital pour poursuivre des soins sans entraver son intégration dans la société, celui du Préfet est de prévenir tout désordre dans la cité et protéger la société de tout trouble de l'ordre public. Ce dernier peut se montrer moins enthousiaste à envisager la sortie d'hospitalisation d'un patient ayant déjà fait preuve de comportements agressifs, voire dangereux envers autrui. S'il n'existait pas d'autre acteur décisionnaire, le Préfet pourrait tout simplement refuser la sortie de ces patients de manière définitive et le corps soignant ne pourrait s'y opposer.

Dans ce genre de situation, l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention peut venir soutenir la décision médicale et ordonner la levée de la mesure, partageant ainsi la responsabilité de la décision de sortie.

Pour exemple, je peux citer le cas d'un patient que j'ai pris en charge et qui a été hospitalisé il y a quelque temps en SPDRE, suite à l'agression de l'institutrice de son enfant. Ce patient, Monsieur Y, était déjà connu des services de police ainsi que de la psychiatrie. Les autorités le surveillaient également en raison d'une possible radicalisation islamique qui se serait révélée lors d'une précédente incarcération. Monsieur Y s'est un jour présenté à l'école de son enfant, exigeant de pouvoir récupérer celui-ci avant la fin des cours. Le refus de l'institutrice ne lui ayant pas convenu, il l'a alors frappée et proféré des menaces teintées de propos interprétés comme étant islamiques. Il a rapidement été interpellé et adressé vers les soins psychiatriques. Après plusieurs mois d'hospitalisation, Monsieur Y était plus apaisé, prenait un traitement neuroleptique sous forme d'une injection retard et acceptait de se rendre en consultation en soins ambulatoires. L'alliance thérapeutique permettant d'envisager la poursuite des soins de manière libre, son psychiatre traitant a donc demandé la levée de la mesure de soins sans consentement. Pourtant la demande fut refusée par le Préfet. Une demande d'expertise psychiatrique a alors été sollicitée auprès d'un expert psychiatre extérieur à l'établissement. L'expertise concluant à l'absence de nécessité de poursuivre les soins sans consentement (de même que l'absence d'irresponsabilité pénale), le Juge des Libertés et de la Détention est alors venu appuyer les décisions médicales. Le Préfet ne pouvait plus refuser la levée de la mesure de contrainte. Le patient a pu reprendre sa place de citoyen dans la société et également répondre de ses actes devant le tribunal pénal. Le Juge des Libertés s'est donc avéré un allié précieux pour éviter une prolongation abusive d'hospitalisation.

Dans ce cas précis, le Juge est non seulement venu partager la responsabilité de la sortie, mais également arbitrer une injonction d'ordre public, qui est régulièrement attendue de la part des services de psychiatrie.

De plus en plus, la psychiatrie publique est soumise aux critères de service public dont l'un des noyaux durs est sa vocation à assurer les missions d'intérêt général et de répondre à la demande sociale⁽⁹⁶⁾. Cette volonté de répondre à la demande du plus grand nombre peut faire passer les intérêts d'un patient après la sauvegarde de l'ordre public. Ainsi, les autorités sont de plus en plus enclines à adresser les patients auteurs de troubles en hospitalisation non consentie et à s'assurer qu'ils y restent, via les Soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat. Notre société contemporaine est en demande de protection sociale de plus en plus importante et la médiatisation des actes de violence facilite l'apparition d'émotions négatives comme la peur et le sentiment d'insécurité ⁽⁹⁷⁾. La stigmatisation des malades mentaux dans les médias ne fait d'ailleurs qu'aggraver cette volonté de prévenir « la dangerosité des fous » et encourage d'autant plus leur admission dans un service hospitalier pour préserver la sécurité de la cité.

Les exemples médiatiques et politiques de ce phénomène sont nombreux : le plus célèbre est certainement de discours de l'ancien Président de la République Française M. SARKOZY, le 2 décembre 2008 (98). Ce discours faisait suite à un fait divers dramatique lorsqu'un patient schizophrène avait poignardé à mort un étudiant, alors qu'il était en fugue de l'hôpital où il était soigné. Ce discours a provoqué une indignation importante de la profession médicale, assimilant les propos du Président à une volonté « sécuritaire » et à une « stigmatisation des malades psychiatriques ». Certains propos de M. Sarkozy ont été durement critiqués, comme par exemple :

- l'utilisation répétée du concept de dangerosité des patients (« Voilà une personne -le futur meurtrier- qui avait déjà commis plusieurs agressions très graves dans les murs et hors les murs ! Voilà une personne éminemment dangereuse qui bénéficiait pourtant de deux sorties d'essai par semaine ! », « Et vous savez fort bien que des patients dont l'état s'est stabilisé pendant un certain temps peuvent devenir soudainement dangereux. ») ;
- l'accent mis sur la nécessité de protection des citoyens (« L'espérance, parfois ténue, d'un retour à la vie normale, ne peut pas primer en toutes circonstances sur la protection de nos concitoyens. ») ;
- la volonté de contrôle préventif (« Les malades potentiellement dangereux doivent être soumis à une surveillance particulière afin d'empêcher un éventuel passage à l'acte. », « Certains patients hospitalisés sans leur consentement seront équipés d'un dispositif de géolocalisation qui, si cela se produit (ndlr - sortie de la zone de promenade autorisée), déclenche automatiquement une alerte »).

Un tel discours a entraîné une levée de boucliers de la communauté médicale mais également des défenseurs des Droits de l'Homme et de nombreux citoyens. Une pétition avait d'ailleurs été lancée à l'époque pour refuser cette réforme des hospitalisations psychiatriques (99).

Dans une lettre ouverte au Président (100), le Docteur Michael GUYADER, chef d'un service d'admission de psychiatrie, dénonçait alors les conséquences d'un tel discours, parlant de « l'incalculable portée de vos propos qui va renforcer la stigmatisation des fous, remettre les soignants en position de gardiens et alarmer les braves gens habitant près du lieu de soins de la folie. Vous donnez consistance à toutes les craintes les moins rationnelles, qui désignant tel ou tel, l'assignent dans les lieux de réclusion. » « De ce drame, vous faites une généralité, vous désignez ainsi nos patients comme dangereux, alors que tout le monde s'entend à dire qu'ils sont plus vulnérables que dangereux. ».

De tels événements viennent illustrer la fragilité de l'équilibre entre les injonctions d'ordre public et la volonté d'apporter des soins centrés sur les besoins du patient.

S'il appartient à chaque praticien de faire en sorte que sa pratique clinique soit en cohérence avec ses principes idéaux, le Juge des Libertés et de la Détention peut, par son rôle indépendant, apporter le soutien indispensable pour faire respecter les droits des patients.

2. Des points plus négatifs :

Au final, cette nouvelle loi a permis une mise en conformité avec le droit européen et une réflexion sur les soins sans consentement. Il est cependant important de souligner les difficultés rencontrées lors de la mise en place de cette nouvelle législation et les impacts qu'elle a pu avoir sur la pratique au quotidien des soignants. Ils sont nombreux à penser que l'expression populaire « le mieux est l'ennemi du bien » pourrait bien résumer ces nouvelles lois de 2011 et 2013. Un sentiment de complexification et de mise en place d'un cadre trop strict dans la pratique médicale a été exprimé par certains praticiens, bien que le but louable de cette réforme ait été reconnu(101).

a) Une charge de travail supplémentaire :

La nouveauté qui accompagne l'arrivée du Juge des Libertés et de la Détention est la rédaction de certificats médicaux circonstanciés et motivés, rendant compte de l'évolution de l'état clinique du patient au cours de son temps d'évaluation hospitalier.

Bien que de telles mesures contribuent à la lutte contre les hospitalisations abusives, elles n'en demeurent pas moins un surcroît de travail pour les soignants prenant en charge des patients hospitalisés sans leur consentement. Plusieurs points ont été soulevés par les professionnels de santé comme par exemple :

- La nécessité de dactylographier les certificats des patients en SPDRE, ce qui est parfois difficile à mettre en place, notamment lors des appels des médecins en urgences, au beau milieu de la nuit, en dehors des horaires d'un secrétariat, ou tout simplement en dehors d'un établissement de soins comme c'est souvent le cas pour les médecins généralistes, régulièrement auteurs des certificats initiaux.
- Les délais rapprochés de rédaction des premiers certificats imposent fréquemment la redite d'un tableau clinique qui n'évolue pas rapidement. Le travail de rédaction de ces premiers certificats est alors parfois ressenti comme ayant peu d'intérêt par certains médecins (101).
- La difficulté de mettre en place un collège médico-soignant qui ait un sens, sans même parler de la charge de travail supplémentaire que représente un tel dispositif : en effet, en fonction des organisations des services de psychiatrie publique, le second psychiatre ne participant pas aux soins est le plus souvent le collègue direct ou proche du psychiatre traitant. Il ne contredit presque jamais l'avis de son confrère, ce qui limite la pertinence d'un tel collège. De plus, l'avis du second psychiatre repose souvent uniquement sur la lecture du dossier médical, ce qui diminue de beaucoup la valeur de son expertise. Dans les établissements les plus petits, il est parfois même difficile de trouver un psychiatre n'ayant jamais pris en charge le patient, du fait des gardes, des remplacements ou de la rédaction des différents certificats. Ce « temps caché » de travail se surajoutant à tous les professionnels de santé et notamment aux secrétaires d'administration, n'est pas négligeable et impacte forcément le fonctionnement des unités de soins.

- La charge de travail administratif qui découle de ces réformes n'est pas négligeable, impactant forcément le rythme de travail dans les services de soins. La formation à ces obligations médico-légales peut d'ailleurs paraître insuffisante aux soignants étant donné la rigueur de plus en plus importante exigée par les magistrats. Par ailleurs, les textes de lois étant difficiles à comprendre pour la plupart des patients, les soignants doivent prendre le temps de leur présenter, expliquer les différents documents et, si besoin, calmer les angoisses réactivées à la réception de tels documents. Toutes ces durées sont alors d'autant retirées aux temps d'entretiens thérapeutiques (101).
- Le délai de 24h laissé aux soignants pour mettre en place un programme de soins suite à une mainlevée du JLD semble beaucoup trop court. En cas de décision de mainlevée, le psychiatre doit en informer son patient lors d'un entretien et tenter de convenir avec lui d'une poursuite des soins de manière libre, ce qui est un temps supplémentaire à prévoir dans la prise en charge. De plus, si jusqu'alors une mesure de soins sans consentement et une hospitalisation étaient nécessaires pour apporter les soins au patient, certains soignants ont du mal à voir comment ce dernier les accepterait en soins ambulatoires de manière libre. Plusieurs professionnels de santé y voient une manière pour le pouvoir judiciaire de se donner « bonne conscience » plutôt qu'une réelle volonté d'assurer la continuité des soins. Dans les faits cependant, nous nous sommes rendus compte dans ce travail que pour la plupart des patients une poursuite des soins sur un mode libre est possible, malgré la décision d'une mainlevée et que ce délai de 24h peut donc se révéler utile pour organiser la suite de la prise en charge en alliance avec le patient.

b) Une grande disparité territoriale :

Malgré l'absence de statistiques nationales concernant la répartition des différents modes d'admissions en hospitalisation, on relève une grande hétérogénéité territoriale dans l'application des soins sans consentement (81). De telles disparités interrogent forcément sur l'égalité des patients devant la loi. Comment se fait-il que d'un département à l'autre, un patient puisse obtenir jusqu'à 40 fois plus souvent la mainlevée de sa mesure de placement qu'un patient d'un autre département (16)? Qu'en fonction de sa domiciliation, il ait plus de risques d'être hospitalisé en psychiatrie sans son consentement et donc privé de sa liberté, qu'un autre habitant 300 km plus loin ?

A ce sujet, la législation actuelle n'apporte pas encore de solutions. Plusieurs hypothèses ont été formulées pour expliquer ces différences territoriales, faisant intervenir des éléments d'ordre sociologiques, économiques ou encore d'organisation des soins :

L'isolement social :

Les caractéristiques sociales spécifiques des résidents de certains territoires ne peuvent pas être écartées de la réflexion. Une étude menée par l'équipe du centre hospitalier Le Vinatier en 2016, avait pour but de vérifier si « les patients résidant en zone urbaine sensible (ZUS) étaient plus souvent hospitalisés en Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (SPDRE) que les patients ne résidant pas en ZUS »(102). Il se trouve que si les résidents de ces ZUS sont plus fréquemment hospitalisés, tous modes d'hospitalisations confondus, ils ne sont pas plus prédisposés au recours aux SPDRE que le reste de la population.

Par contre, dans ses recherches, Mme COLDEFY, Docteur en géographie et maître de recherche à l'IRDES (Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé), a mis en évidence que la situation d'isolement social (mesuré à partir de l'indicateur de fragmentation sociale qui prend en compte le statut marital, le type d'habitat et l'isolement du ménage) est fortement corrélée au taux de recours aux soins contraints (103). Ces résultats sont d'ailleurs renforcés par la constatation d'un taux de recours aux placements plus important dans les zones où il existe des centres d'hébergement et de réinsertion sociale (40).

- **L'organisation des soins :**

L'hétérogénéité territoriale peut en partie s'expliquer par la présence d'unités psychiatriques spécialisées interrégionales, les Unités pour Malades Difficiles (UMD). Ces unités réparties sur le territoire français accueillent des patients venant de toute la France, dont l'état de santé mentale est trop grave pour être géré dans une unité d'admission classique. Il s'agit donc de structures de soins regroupant, sur une même zone géographique, de très nombreux patients hospitalisés sans consentement, faussant ainsi la moyenne des taux d'hospitalisations contraintes du département(104).

La sectorisation des soins peut également expliquer une partie des écarts d'un territoire à l'autre. Dans une étude de 2016, on souligne que le taux de recours à l'hospitalisation sans consentement est fortement corrélé avec la dotation de l'offre de soins, plus ou moins élevée en équipements et personnels (103). Des secteurs avec une offre de soins plus conséquente en termes de quantité et de qualité, auraient un taux de recours à l'hospitalisation sans consentement plus élevé que des secteurs moins aisés, ainsi que des durées moyennes de séjour supérieures.

- **La prévalence des pathologies :**

Il est indiscutable que certaines pathologies psychiatriques sont plus concernées par un risque d'hospitalisation sans consentement. Ainsi les troubles psychotiques sont largement plus représentés lors des séjours hospitaliers en placement (17). De nombreuses études ont été faites à ce sujet, qui retrouvent à peu près les mêmes proportions. L'étude d'impact du Ministère de la Santé établit que près de la moitié des patients hospitalisés sans leur consentement sont atteints de schizophrénies, troubles délirants persistants, bouffées délirantes, troubles schizotypiques délirants. Les troubles de l'humeur représentent environ 20% des mesures de contraintes, les troubles de la personnalité environ 15 % et les troubles addictifs environ 13% (7).

Or, la prévalence de ces pathologies varie également sur le territoire. Ainsi une région possédant une densité plus importante de patients suivis pour troubles psychotiques est corrélée à un taux d'hospitalisations sans consentement plus important qu'une autre, moins dense (40).

- **Des pratiques distinctes ?**

Dans son rapport d'information devant l'Assemblée Nationale en 2017(40), la Commission des Affaires Sociales rapporte avoir observé de grandes différences de pratiques administratives d'un secteur à l'autre. Sans pouvoir en tirer des conclusions générales, les rapporteurs ont malgré tout pu se rendre compte que selon les territoires, certaines procédures de SPDRE notamment, étaient plus motivées par les antécédents du patient que par leur réel état de santé mentale. Dans certains établissements, la crainte toute particulière du risque de « radicalisation » pouvait justifier à elle seule une admission en soins sans consentement.

Parfois, les pratiques rapportées témoignent également parfois de la détresse des équipes de soins qui, pour certaines, sont confrontées à des situations de violences répétées. Les hospitalisations imposées peuvent alors être une réponse à une situation de crise mais ne constituent pas forcément la solution de prise en charge la plus appropriée (40).

c) Des recommandations de pratiques contradictoires :

L'articulation entre les pratiques médicales et les attentes protocolaires de la Justice est parfois difficile à appliquer au quotidien. Comme en fait état le Dr Isabelle MONTET, Secrétaire générale du Syndicat des Psychiatres des Hôpitaux (SPH) : « Les logiques médicales, juridiques et sécuritaires se superposent plus qu'elles ne se complètent ». Ainsi entre médecins, avocats, magistrats et préfets, il peut apparaître certaines frictions.

Comme tout citoyen, le médecin doit respecter la loi et, dans son cas, le Code de la Santé Publique. Mais ce n'est pas le seul règlement auquel il doit se soumettre. En effet, le Code de déontologie médicale s'impose à chaque médecin, formulé ainsi dans son article premier : « Les dispositions du présent Code s'imposent aux médecins inscrits au tableau de l'Ordre, à tout médecin exécutant un acte professionnel dans les conditions prévues à l'article L. 4112-7 du Code de la Santé Publique ou par une convention internationale, ainsi qu'aux étudiants en médecine effectuant un remplacement ou assistant un médecin dans le cas prévu à l'article 88 du présent code. Conformément à l'article L.4122-1 du Code de la Santé Publique, l'Ordre des médecins est chargé de veiller au respect de ces dispositions. Les infractions à ces dispositions relèvent de la juridiction disciplinaire de l'Ordre. » (76).

Or, le Conseil National de l'Ordre des Médecins, qui rédige le code de déontologie, rend les praticiens de plus en plus attentifs à la rédaction des certificats médicaux, puisqu'ils engagent de fait la responsabilité professionnelle de l'auteur. Il appelle à la rédaction la plus simple et succincte possible, pour éviter toute utilisation malhonnête du certificat ou limiter au maximum le risque de litige que celui-ci pourrait induire. Sa rédaction doit être sincère, retranscrivant avec exactitude les allégations du patient comme les constatations objectives. La « délivrance d'un rapport tendancieux ou d'un certificat de complaisance est interdite » (art 28 du Code de Déontologie) et « tout acte de nature à procurer au patient un avantage matériel injustifié est illicite » (art 24 du Code de Déontologie). La véracité du certificat médical est bien entendu fondamentale. L'interrogatoire doit permettre d'obtenir les renseignements nécessaires, sans toutefois s'immiscer dans la vie privée du patient ou les affaires de famille (article 51 du Code de Déontologie).

Les constatations sont des faits objectifs recueillis par l'examen clinique ou des examens complémentaires. En aucun cas le médecin ne doit exprimer son avis ou assurer des faits qui ne sont que probables. La rédaction d'un certificat ne doit jamais être banalisée et il faut garder à l'esprit qu'ils peuvent être produits devant la justice à charge ou à décharge contre le patient.

A contrario, le Juge des Libertés et de la Détention demande de plus en plus de détails dans les certificats. On demande aux médecins de se prononcer sur des notions telles que la dangerosité du patient, sur la probabilité d'évolution de son état, d'établir un lien entre les symptômes du patient et des risques éventuels. Ceci va à l'encontre des recommandations du Conseil National de l'Ordre des médecins.

Il faut d'autant plus rappeler que la plupart des certificats invalidés par les JLD sont émis par des médecins non psychiatres, souvent dans le cadre de l'urgence et ne connaissant que peu le patient. La réalité des services d'urgences leur laisse peu le temps pour prendre connaissance d'une situation souvent complexe et le peu de formation reçue dans le cadre des études médicales sur la rédaction très protocolaire des documents médico-légaux rend l'exercice d'autant plus difficile.

Parfois les mesures de soins sans consentement sont mises en place depuis l'hôpital psychiatrique où le patient a débuté des soins de manière libre, mais la dégradation de son état de santé mental ne permet plus son consentement. Il est alors nécessaire de recourir à une mesure de soins psychiatriques d'urgence à la demande d'un tiers ou encore de soins psychiatriques pour péril imminent. Or, la loi impose que la rédaction du premier certificat soit l'œuvre d'un médecin extérieur à l'établissement. Dans les faits, c'est alors souvent un praticien de SOS médecins qui est contacté pour rédiger ce premier certificat. Et puisque ce praticien est également soumis au Code de Déontologie, il est tenu de ne faire apparaître dans son certificat que ce qu'il constate (105).

Or, si l'on tient à appliquer strictement les exigences des deux codes (Code de Déontologie et Code de la Santé Publique), comment le médecin peut-il justifier la notion de péril imminent ou d'urgence alors qu'au moment des constatations le patient est dans un service de psychiatrie, sécurisé, et entouré de soignants ? Comment rédiger de manière indépendante son certificat (art 5 du Code de Déontologie) alors que le médecin va devoir prendre en compte ce que ses collègues médecins vont lui expliquer de la situation avant son arrivée ?

On constate que dans certaines situations, le praticien se trouve dans l'impossibilité de respecter strictement toutes les injonctions qui lui sont faites et que les recommandations de bonne pratique sont parfois contradictoires, selon qu'elles émanent du monde de la santé ou de celui du droit. Cette situation inconfortable est alors dénoncée par de plus en plus de médecins, qui refusent de devoir choisir entre ce que la loi leur impose et leur éthique médicale (6,101), certains allant même jusqu'à proposer une réécriture complète des lois de 2011 et 2013 portant sur les soins sans consentement (106).

d) Un impact pour le patient :

Pour certains patients, l'impact d'une audience en public par le JLD peut être vécu de manière traumatique(39). L'exposition de leur pathologie et la lecture des certificats médicaux peuvent être ressenties comme violentes. Quelques fois les propos tenus par le juge entrent en contradiction avec le travail d'accompagnement qui a jusqu'alors été mené par les soignants et des paroles maladroites peuvent mettre en péril l'alliance thérapeutique, notamment lorsque le JLD ne dispose pas de toutes les informations concernant la situation souvent complexe des patients (101).

Une telle audience peut également déclencher un sentiment de culpabilité chez le patient ou ajouter une confusion supplémentaire à un état mental déjà en difficulté. S'il rencontre un juge, est-il considéré comme délinquant ? Est-il en prison car accusé d'une mauvaise action ? Car après tout, le JLD comprend bien aussi le mot « détention » ...

L'impact est également financier pour le patient, puisque la loi impose qu'il soit représenté par un avocat le jour de l'audience. Mais les frais d'avocat restent à sa charge, bien qu'il n'ait en rien donné son accord pour cette dépense. Les patients ayant des revenus plus modestes peuvent prétendre à l'aide juridictionnelle partielle ou totale (pour ceux ne possédant aucune épargne et ayant des revenus inférieurs à environ 1500 € par mois). Mais une part non négligeable des malades se verront dans l'obligation de payer leur défense, qui s'élève à près de 300 €, somme conséquente et éthiquement discutable pour quelqu'un qui se voit imposer une telle dépense.

Avec cette loi régissant les soins sans consentement, la famille ou les proches sont presque systématiquement convoqués, afin de demander des informations sur l'état et l'évolution clinique du patient, mais également pour obtenir un accord d'hospitalisation sans consentement. Cette situation peut devenir délicate lorsque le malade développe un sentiment de persécution envers ce proche qui est rendu responsable de l'hospitalisation. De telles situations sont fréquentes dans les services de psychiatrie et les équipes soignantes sont habituées à venir modérer les ressentis du malade afin de protéger le tiers (6).

Le respect des choix du patient et de sa vie privée peut également être malmené. La loi impose qu'un proche soit prévenu de la situation de soins sans consentement, pour permettre à un tiers de défendre les intérêts du patient s'il estime ses droits bafoués. Cependant, le législateur n'a pas indiqué la conduite à tenir lorsque le patient refuse de désigner ce proche. La loi stipule que l'établissement a l'obligation de prévenir la famille dans les 24h suivant l'admission en soins imposés. La plupart du temps, c'est alors le conjoint ou la conjointe qui est prévenu(e). Mais une telle décision peut avoir des conséquences importantes pour le patient, notamment si le couple est en instance de divorce et que le patient n'en avait rien dit. De par cette obligation de moyens, la loi multiplie donc les risques de manquement au respect de la vie privée, induisant malgré elle une illégalité et donc un risque accru de contentieux (27).

C. Chez nos voisins européens :

Dans un souci de questionnement de notre fonctionnement médico-judiciaire français concernant les soins sans consentement, il me paraissait nécessaire de m'intéresser aux modes de fonctionnement de pays étrangers, en particulier ceux de nos plus proches voisins européens.

Les liens entre législation et psychiatrie ne sont pas tous identiques d'un pays à l'autre. L'Europe compte trois grands types de systèmes juridiques régissant les rapports entre justice et psychiatrie :

- Un système purement administratif, le modèle français, dans lequel la justice a pour unique rôle de contrôler les pratiques médicales.
- Un système purement judiciaire, le système belge.
- Un système mixte, administratif et judiciaire, tel qu'on le trouve en Italie, en Espagne ou encore au Royaume-Uni.

a) En Belgique :

C'est l'article 2 de la loi Belge du 26 juin 1990 qui pose les grands principes des soins sans consentement dans ce pays. Elle précise que « les mesures de protection ne peuvent être prises à l'égard d'un malade mental que si son état le requiert, soit qu'il mette gravement en péril sa santé et sa sécurité, soit qu'il constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui » (107).

Il existe deux types d'entrée en soins sans consentement (107):

- Les admissions sous contrainte ordinaire ou non-urgente : à la requête de toute personne intéressée et sur la base d'un certificat médical récent (moins de 15 jours). Le patient rencontrera alors le juge de paix dans les 10 jours, qui rendra un jugement motivé et circonstancié.
- Les admissions sous contrainte urgentes : en cas d'urgence, la demande est adressée au Procureur du Roi qui, s'il la considère comme recevable, la transmet au juge de paix tout en désignant un hôpital psychiatrique agréé pour recevoir la personne en l'attente de l'audience. Il s'agit de 70% des cas d'admission en soins sans consentement.

Quelle que soit la procédure, un avocat est désigné pour défendre le point de vue de la personne susceptible de faire l'objet de la mesure. Une personne de confiance peut également être choisie par le patient pour l'assister.

Après avoir entendu les différents points de vue lors de l'audience, le juge de paix décide de prononcer la mesure ou de la rejeter. Il communique sa décision par écrit dans les 3 jours qui suivent l'audience. Ce verdict doit être motivé et circonstancié, s'appuyant sur les éléments fournis par les certificats médicaux. Lorsque le juge de paix confirme la décision d'hospitalisation sans consentement, le patient ne peut s'y soustraire, mais il peut cependant effectuer un recours appel avec l'aide de l'avocat. Le délai d'appel est de 15 jours maximum après la notification de la décision du juge.

La mesure est alors imposée pour 40 jours, avec possibilité d'être renouvelée jusqu'à une durée ne pouvant excéder 2 ans. Si l'état de santé mentale du patient s'améliore, un médecin peut décider de mettre un terme à la mesure de soins sans consentement avant la fin des 40 jours décidés par le Juge de Paix. Au contraire, si l'état de santé du patient se dégrade ou reste tel que le consentement aux soins n'est toujours pas possible, le médecin rédige un rapport que la direction de l'hôpital envoie au tribunal afin de faire une demande de maintien de la mesure. Une nouvelle audience avec le Juge de Paix est alors organisée et ce dernier va une nouvelle fois statuer sur la nécessité de l'hospitalisation. Le cas échéant, il en fixera alors la durée, celle-ci ne pouvant excéder 2 ans. Il peut également se prononcer sur le mode de poursuite des soins sans consentement, en organisant par exemple des soins ambulatoires à l'extérieur de l'hôpital avec des conditions précises, des postcures ou encore, particularité belge, ordonner des soins obligatoires en milieu familial (108).

La loi du 20 février 2017 est venue modifier quelque peu la loi du 26 juin 1990 relative à la protection des patients hospitalisés en psychiatrie sans leurs consentements.

Les modifications introduites par le législateur portent surtout sur l'obligation d'une meilleure implication des proches et des familles, le juge de paix étant dorénavant tenu, dans la mesure du possible, de les consulter avant de prendre une décision quant à la nécessité d'une hospitalisation imposée (107).

b) En Italie :

Le système italien cherche à fermer les établissements psychiatriques, à désinstitutionnaliser la psychiatrie, via la « loi 180 » de 1978 qui va jusqu'à interdire l'ouverture de nouveaux hôpitaux psychiatriques. Une telle décision s'appuie sur les expérimentations du Dr FRANCO en 1974 qui a fermé l'hôpital institutionnel de la ville de Trieste et a mis à la place un réseau de services communautaires de santé mentale, intégré dans la ville. Des coopératives de travail ont été créées pour proposer des formations et une autonomisation aux patients. Des appartements de groupes ont été mis à disposition des patients afin de travailler avec eux à leur réinsertion dans la cité, pour répondre aux conséquences des hospitalisations longues qui leur ont souvent fait perdre leur capacité d'évoluer de manière autonome à l'extérieur. Cette transformation institutionnelle a été vécue en Italie comme une révolution dans la prise en charge des patients psychiatriques. Ainsi les malades sont passés du statut d'internés à celui de citoyens au même titre que les autres, récupérant ainsi leurs droits fondamentaux, un rôle dans la société.

Cette approche des soins psychiatriques centrée sur le respect des droits et de la citoyenneté des patients a fait ainsi apparaître un système ouvert, « open door – no restraint ». Dans plusieurs régions d'Italie et sur le modèle du Dr FRANCO, des centres de santé mentale ont vu le jour, dans un premier temps pour réduire les hospitalisations dans les hôpitaux psychiatriques, puis pour les remplacer complètement. Ces centres de santé mentale sont ouverts 24 heures sur 24 et 7 jours sur 7 pour répondre à toute demande de prestation ambulatoire, à domicile, en hospitalisation de jour ou de nuit, voire des hospitalisations à temps plein pour les cas les plus graves.

Tout le pays n'est pas encore concerné, malgré la demande des associations de familles et d'usagers italiens et la loi dite « 180 » (intégrée plus tard dans la loi plus générale 833), qui prescrit la fermeture des hôpitaux psychiatriques en se basant sur les résultats de cette expérimentation. Ce modèle a cependant le soutien de l'OMS depuis 1987 et a été considéré comme une réussite avérée depuis 2001 (2).

Une telle ouverture vers la cité s'est également accompagnée d'une modification législative concernant les hospitalisations sans consentement. Jusqu'à cette loi 180 de 1978, le Préfet et les autorités policières pouvaient imposer des soins psychiatriques mettant en avant la notion de dangerosité du patient pour lui-même ou pour autrui. Désormais les soins psychiatriques sans consentement ne peuvent être mis en place que par un médecin, qui devra s'appuyer uniquement sur des impératifs de santé et non d'ordre public ou de dangerosité.

La loi exige que le patient présente des troubles psychiques nécessitant une intervention thérapeutique d'urgence, une absence de consentement et une impossibilité de soigner le malade par des mesures ambulatoires ou à domicile. Dans ces cas-là, le médecin à l'origine de la mesure de soins sans consentement adresse une demande de traitement sanitaire contraint qui devra être motivée. Cette demande doit par la suite être acceptée par un autre médecin appartenant obligatoirement au service public. Ensuite le maire de la ville contresigne cette demande afin de légitimer la demande. Puis, 7 jours après le début des soins contraints, le patient rencontre le juge tutélaire, dont le rôle consiste uniquement à garantir le respect des droits fondamentaux. Il n'est pas habilité à ordonner un traitement contraint(108).

c) En Espagne :

En Espagne, c'est la notion d'incapacité qui régit les hospitalisations sans consentement, c'est-à-dire lorsque le patient est considéré comme étant dans l'incapacité de se gouverner lui-même du fait de sa pathologie.

En 1978, le gouvernement espagnol a fait voter une nouvelle constitution dont l'article 49 est consacré à la protection et aux droits des personnes handicapées psychiques. Il y est mentionné la nécessité d'une politique de prévention, de traitement, de réhabilitation et d'intégration des patients. Ainsi, depuis la réforme de la loi générale de santé de 1986, les unités de soins psychiatriques sont désormais incluses dans les établissements hospitaliers généraux, dans l'idée d'une déstigmatisation des malades mentaux. De plus en plus de structures extra hospitalières se sont également développées depuis les années 80 : hôpitaux de jour, centres de soins ambulatoires, centres de réhabilitation ...

L'article 221 du Code Civil espagnol confie le contrôle des conditions d'internement à un juge des hospitalisations sans consentement. Il stipule que « l'internement pour raison de traitement psychiatrique d'une personne qui n'est pas en condition de décider pour elle-même, requiert au préalable l'autorisation judiciaire, à moins que des raisons d'urgence rendent nécessaire l'adoption immédiate de cette mesure. Il sera rendu compte au juge au plus vite, et, en tous cas, dans les vingt-quatre heures. » La mesure est donc initiée par un médecin puis confirmée par un juge (108).

Dans ces cas de saisine du juge, ce dernier doit alors recueillir l'avis d'un médecin qualifié qu'il désigne lui-même et il doit également auditionner personnellement le patient, tout ceci dans un délai n'excédant pas 72 heures. Comme en Italie, la justification d'une telle mesure ne peut reposer sur la notion de dangerosité du patient, mais uniquement sur des critères médicaux(2).

Dans la réalité cependant, le manque de moyens et de temps induit régulièrement une abstention des juges, qui ne régularisent pas la mesure de soins contraints. Ces difficultés administratives ont pour conséquences des hospitalisations « libres » alors que dans les faits les patients sont hospitalisés sans leur consentement (108).

d) Au Royaume Uni :

L'Angleterre a fermé ses hôpitaux psychiatriques il y a 20 ans, en investissant massivement dans les services ambulatoires et dans le renforcement du rôle des usagers et de leurs associations. Le nombre de lits est dix fois moins important qu'en France et ils sont quasiment tous implantés à l'hôpital général, avec des unités sécurisées(109).

Les hospitalisations sous contraintes sont encadrées par le Mental Health Act, rédigé en 1983. Cette loi détaille 14 modes d'admissions sous contrainte en fonction de l'urgence de la situation, des types de troubles (c'est la loi qui définit et classe les troubles psychiatriques), de la durée de l'hospitalisation (supérieure ou inférieure à 28 jours). Ceci restreint de manière très importante le champ d'application des mesures de contrainte. Ainsi, plusieurs champs de la psychiatrie comme par exemple le domaine des addictions, sont d'emblée exclus de la possibilité d'obligation de soin. Cette défiance vis-à-vis de toutes mesures autoritaires limitant les libertés individuelles serait typiquement anglo-saxonne selon les auteurs de « Psychiatrie, droit de l'Homme et défense des usagers en Europe » (110). Alors que les auteurs de cet ouvrage dénoncent, en France, une tendance à vouloir « simplifier la procédure d'admission et de complexifier les voies de recours » et une tendance à « se soumettre à la bienfaisance de l'Etat », les Anglo-Saxons auraient la tendance inverse, redoutant l'immixtion de l'Etat dans les affaires de vie privée. De ce fait, le contrôle des mesures d'hospitalisations contraintes est effectué par plusieurs intervenants. Dans 90% des cas, les mesures sont initiées par des assistantes sociales, qui sont au cœur du dispositif de soins psychiatriques. Elles sont les actrices principales des dispositifs de réinsertion des patients à leur sortie d'hospitalisation. En fonction du mode de placement, l'indication de soins sans consentement est alors portée par un ou deux médecins approuvés par la loi (majoritairement des psychiatres, mais également des médecins généralistes s'étant formé à la psychiatrie ou tout autre médecin ayant une formation psychiatrique minimale).

Cette indication médicale doit être confirmée par un professionnel de la santé mentale approuvé. Ce dernier est défini dans la Loi comme praticien qui possède une connaissance approfondie et l'expérience de travailler avec des personnes atteintes de troubles mentaux. Jusqu'aux modifications de 2007, ce rôle était réservé aux travailleurs sociaux, mais d'autres professionnels tels que les infirmières, les psychologues cliniciens et les ergothérapeutes sont désormais autorisés à assurer cette fonction. Ils reçoivent une formation spécialisée sur les troubles mentaux et l'application du droit de la santé mentale. Ils jouent un rôle clé dans l'organisation et l'application des évaluations en vertu de la loi sur la santé mentale et fournissent une perspective non médicale précieuse pour assurer un contrôle de la procédure juridique et un partage de la responsabilité. Ces professionnels de la santé mentale approuvés sont sollicités au même titre que les médecins psychiatres, pour confirmer la nécessité d'une hospitalisation sans consentement dès lors qu'aucune autre solution n'est possible face à l'état clinique du patient (111).

Par ailleurs, il existe d'autres organismes de contrôle des hospitalisations sans consentement, tel que le SOAD (acronyme anglais désignant le second service de médecin désigné qui a pour mission de protéger les droits des patients soumis à la loi sur la santé mentale). Les SOAD sont consultés dans les circonstances d'hospitalisations sans consentement et ont pour but de vérifier la bonne indication des traitements et la bonne application des droits civils du patient (112).

Les situations de soins sous contrainte sont soumises à un contrôle du tribunal de la santé mentale, qui est un organe judiciaire quasi indépendant créé pour protéger les droits des personnes assujetties à la loi de 1983 sur la santé mentale. Il est composé de plusieurs juristes et l'audience se déroule au sein de l'hôpital psychiatrique. Son rôle est de s'assurer que les droits du patient, le fond et la forme de la mesure de soins sans consentement sont respectés. Son délai d'intervention dépend du mode de placement (113).

D. Des améliorations à envisager :

1. Une formation plus conséquente des professionnels :

a) Les professionnels de la santé :

Le monde du droit est un milieu régi par des lois protocolaires très strictes auxquelles les soignants ne sont que très peu formés. Or, la majorité des décisions de mainlevées sont prises suite à un vice de procédure dans les mesures de soins sans consentement. Chaque irrégularité de procédure ne peut être considérée autrement qu'une atteinte aux droits du patient et entraîne donc une décision immédiate d'arrêt de la mesure de soins. Le Juge des Libertés et de la Détention ne peut faire abstraction du non-respect des règles de forme, même si le fond de la mesure est justifié.

Afin d'éviter ce risque d'arrêt brusque des soins et une évolution de la pathologie sans traitement, ce qui impacte directement et négativement le pronostic de la maladie, il est nécessaire de former les professionnels de santé (médecins, infirmiers, personnels administratifs...) aux procédures médico-légales.

En ce sens, la Direction Générale de la Santé (DGS) a sollicité en 2015 la Haute Autorité de Santé (HAS) pour élaborer des « protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement » (106). Mais cette demande a été faite uniquement pour les certificats concernant l'établissement de programmes de soins, les maintiens en hospitalisation sans consentement ou encore les demandes de levées de la mesure. Ainsi l'HAS a donc bien édité une « fiche mémo » à l'attention des médecins, dont la dernière mise à jour date de Mars 2018, intitulée « Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures » (105). Or, il s'agit bien des certificats des premières 72h et principalement les certificats médicaux initiaux qui sont les plus concernés par des irrégularités de rédaction et les plus scrutés par les magistrats. On peut regretter que cette démarche soit incomplète.

Pour répondre à ce manque, le Conseil National de l'Ordre des Médecins a mis à disposition, sur son site internet, des modèles de certificats médicaux d'admission en soins sans consentement (annexes 4 à 7). Ces modèles sont également transmis en format numérique à chaque nouveau médecin lors de son rendez-vous avec le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins à la fin de ses études.

Après mon travail de recherche sur les motifs de mainlevées les plus fréquents, j'y perçois toutefois quelques lacunes :

- Ainsi pour le modèle de SPU, on déplore qu'il ne soit pas demandé explicitement de motiver la notion d'urgence. En fait, la seule chose qui différencie ce modèle de celui pour les SPDT est une phrase en fin de certificat « - il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ». Or, ceci peut être estimé insuffisamment caractérisé par un Juge si la description clinique n'explique pas plus l'urgence (annexe 5).

- Pour le modèle de Soins Psychiatriques pour Péril Imminent, le problème est le même. Il n'est précisé nulle part la nécessité de décrire ce qui constitue la notion de péril imminent et il n'y a que la phrase « Il existe un péril imminent pour sa santé » en fin de certificat, qui risque d'être insuffisante s'il n'y a pas plus de précisions. Sur le certificat, aucune rubrique n'est prévue pour la justification de l'absence du tiers, alors que c'est très souvent ce motif qui est retenu dans les SPI pour justifier la décision de la mainlevée.

b) Les professionnels du droit :

Une enquête qualitative effectuée par le CHU de Lille en 2018 auprès de Juges des Libertés et de la Détention, a révélé que ces magistrats avaient une formation spécialisée en psychiatrie très limitée(114). Cette formation reposerait uniquement sur un module de cours de psychiatrie dispensé dans le cadre de la formation générale de l'Ecole Nationale de la Magistrature. Pourtant la complexité de la sémiologie psychiatrique laisse à penser qu'une formation plus importante serait nécessaire, d'autant que lorsque les règles de forme sont respectées, le Juge des Libertés peut interroger le fond de la mesure, et donc porter un avis sur une expertise médicale lors de son audience avec le patient.

Il est d'ailleurs intéressant de prendre connaissance de ce module enseigné aux futurs magistrats concernant la psychiatrie. En effet, on peut s'interroger sur la capacité des Juges des Libertés à maintenir une totale objectivité dans le jugement d'une mesure de soins sans consentement au vu de l'enseignement qui leur est apporté à ce sujet.

Lorsqu'on prend connaissance du cours de l'Ecole Nationale de la Magistrature de 2014 (95), il est difficile de ne pas relever le point de vue très univoque sur la psychiatrie qui est enseigné. La pratique médicale y est présentée sous un jour assez peu glorieux, pour ne pas dire dénigrée.

Le début du cours comprend des « fiches mémo » sur les différentes pathologies psychiatriques ainsi que les traitements utilisés, mais de manière extrêmement synthétique et peu exhaustive pouvant donner une impression de simplicité à l'exercice médical.

Le cours comprend bien évidemment une partie législative, détaillant les textes de loi du Code de la Santé Publique et la procédure en vigueur dans les mesures de soins sans consentement, puisqu'il s'agira du cœur du métier de ces futurs magistrats. Il rappelle également la place et le rôle que chacun tient dans de telles situations, mettant l'accent sur l'impossibilité pour le juge de substituer sa propre évaluation médicale à celle du psychiatre, ainsi que sur la non-valeur du consentement exprimé par le patient le jour de l'audience, car celui-ci peut s'avérer volatile en raison de la pathologie mentale.

Cependant, ce module dépeint également une image de l'exercice médical psychiatrique et des psychiatres de manière très dure, dénonçant des hospitalisations qui sont présentées comme injustes, sur un fond d'appel à la méfiance envers un système médical qui chercherait à abuser de la vulnérabilité des patients psychiatriques. Le cours est ponctué de nombreux témoignages de patients, rapportant pour presque la totalité d'entre eux un vécu terrible de leur hospitalisation « sous couvert de protéger les personnes, on vous enferme avec une inhumanité terrifiante »(95).

Les mesures d'isolement sont également abordées. Le cours dénonce l'humiliation et la souffrance qu'entraîne cette mesure, ponctuée de témoignages poignants de patients qui ont été isolés. Les indications de ces mesures sont remises en question « en considérant la fréquence faible d'actes violents avérés (10%) ayant mené le patient en isolement, l'indication visant à prévenir le risque auto ou hétéro-agressif (64%) semble posée de manière non pertinente »(95). Il n'est nulle part fait mention de l'utilisation préventive des chambres d'isolement, ni de la violence subie de manière régulière par les soignants. Sur ce point cependant, le module est plus modéré, faisant apparaître également des témoignages de patients reconnaissant l'efficacité de l'isolement sur leur état du moment.

Enfin, la fonction du psychiatre n'est pas en reste. Le cours utilise un extrait de l'ouvrage du Dr Jérôme PALOZZOLO qui décrit trois types de psychiatres (95):

- Le psychiatre généraliste, plus chimiste que psychiatre, qui bénéficie « d'une rente de situation » toute sa carrière et affecte peu la liberté du malade
- Une catégorie rare, le psychiatre « avenant, disponible, chaleureux et doué d'empathie », celui qui permettrait, par la liberté d'expression qu'il laisse à ses patients, d'obtenir les meilleurs résultats
- Une catégorie très répandue, le « psychiatre froid, distant, dépositaire d'un savoir quasi ésotérique, qui vous juge et vous jauge », qui restreindrait la liberté de son patient, le considérant comme son disciple et se considérant lui-même comme « le Maître », pouvant ainsi abuser de son pouvoir médical.

Difficile alors d'imaginer que les jeunes magistrats n'ont pas d'a priori négatifs envers la communauté médicale avec laquelle ils vont travailler.

Certes le cours propose également une bibliographie et une filmographie qui semble plus représentative de la psychiatrie ou du moins proposant différents points de vue, mais on peut cependant douter de l'investissement des étudiants de droit dans des ouvrages de psychiatrie...

Les avocats ne sont pas forcément plus à l'aise avec le monde de la psychiatrie. Pourtant la loi impose que chaque patient qui rencontre le Juge des Libertés et de la Détention soit assisté par un avocat. Mais on peut s'interroger sur la qualité de cette défense, la majorité des avocats étant commis d'office et ne prenant connaissance du dossier que quelques minutes avant d'entrer dans la salle d'audience. Le fait de ne pas pouvoir rencontrer leur client avant le jour de l'audience rend la tâche difficile. De leurs propres aveux, nombreux sont les avocats qui ne maîtrisent pas les termes techniques médicaux. Cela les conduit parfois à des postures mal adaptées aux pathologies de leur clients et à interférer négativement avec la prise en charge thérapeutique (demandes d'expertises, contestation du diagnostic...). D'autres avocats sont au contraire très mal à l'aise avec la pathologie psychiatrique et s'en remettent entièrement à l'avis du psychiatre(101).

Il semble, de ce fait, nécessaire de développer davantage des formations communes aux avocats, magistrats et soignants sur ce sujet très technique et spécifique, afin de permettre une meilleure compréhension du rôle de chacun et un travail en meilleure intelligence (86).

2. Renforcer le rôle des commissions :

Lors de son évaluation, la commission des affaires sociales a mis l'accent sur le dysfonctionnement de certaines commissions départementales de soins psychiatriques (CDSP) (40). Elle rapporte une grande disparité territoriale, certaines CDSP travaillant beaucoup et d'autres pas du tout.

Pour rappel, les CDSP sont composées de 5 personnes : deux psychiatres, un médecin généraliste et deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux.

Jusqu'à très récemment, les CDSP étaient constituées de 6 membres, puisqu'un magistrat faisait également partie de la commission. Or il a été annoncé dans un communiqué daté du 3 septembre 2019 que désormais les magistrats siégeant dans les CDSP ne seront plus remplacés à l'issue de leur mandat, en accord avec la loi 2019-222 du 23 mars 2019 de réforme pour la justice (115). Cette modification a immédiatement été dénoncée par les associations de défense des droits des patients, qui mettent en avant un « recul grave de la protection individuelle et des droits fondamentaux dans les établissements psychiatriques » (116). La perte de l'expertise judiciaire et légale apportée auparavant par les magistrats lorsqu'ils participaient aux visites des établissements psychiatriques aurait alors selon les associations de patients pour effet d'affaiblir les CDSP, et également de créer un déséquilibre de la commission, puisqu'elle est désormais majoritairement composée de médecins. L'association UNAFAM (Union Nationale de Familles et Amis de Personnes Malades et/ou Handicapées Psychiques) a d'ores et déjà sollicité la Ministre de la Santé afin de « rétablir la présence d'une compétence juridique » au sein des CDSP (116).

Ces CDSP se réunissent normalement au moins une fois par trimestre comme cela a été prévu par les articles L. 3223-1 à L. 3223-3 du Code de la Santé Publique. Elles sont informées de chaque hospitalisation sans consentement dans leur département, reçoivent les réclamations de tous les patients hospitalisés sans leur consentement et a un devoir d'examen de toutes les situations de Soins Psychiatriques pour Péril Imminent (SPI) ainsi que de tous les séjours hospitaliers contraints de plus d'un an. Elles sont également censées visiter les établissements psychiatriques deux fois par an et rendre un rapport d'activités au Juge des Libertés et de la Détention, au représentant de l'État dans le département, au directeur général de l'Agence Régionale de Santé, au Procureur de la République et au Contrôleur général des lieux de privation de liberté.

Ces conditions ne sont cependant pas appliquées par toutes les CDSP. En effet, seul les ⅓ d'entre elles se réunissent à la fréquence prévue par la loi et plus de la moitié ne compte pas le nombre de membres requis.

Or, le secrétariat de CDSP devrait être géré par l'ARS, qui est donc sensé avoir un rôle déterminant dans l'activité de ces commissions, ce qui n'est pas forcément le cas dans toutes les régions.

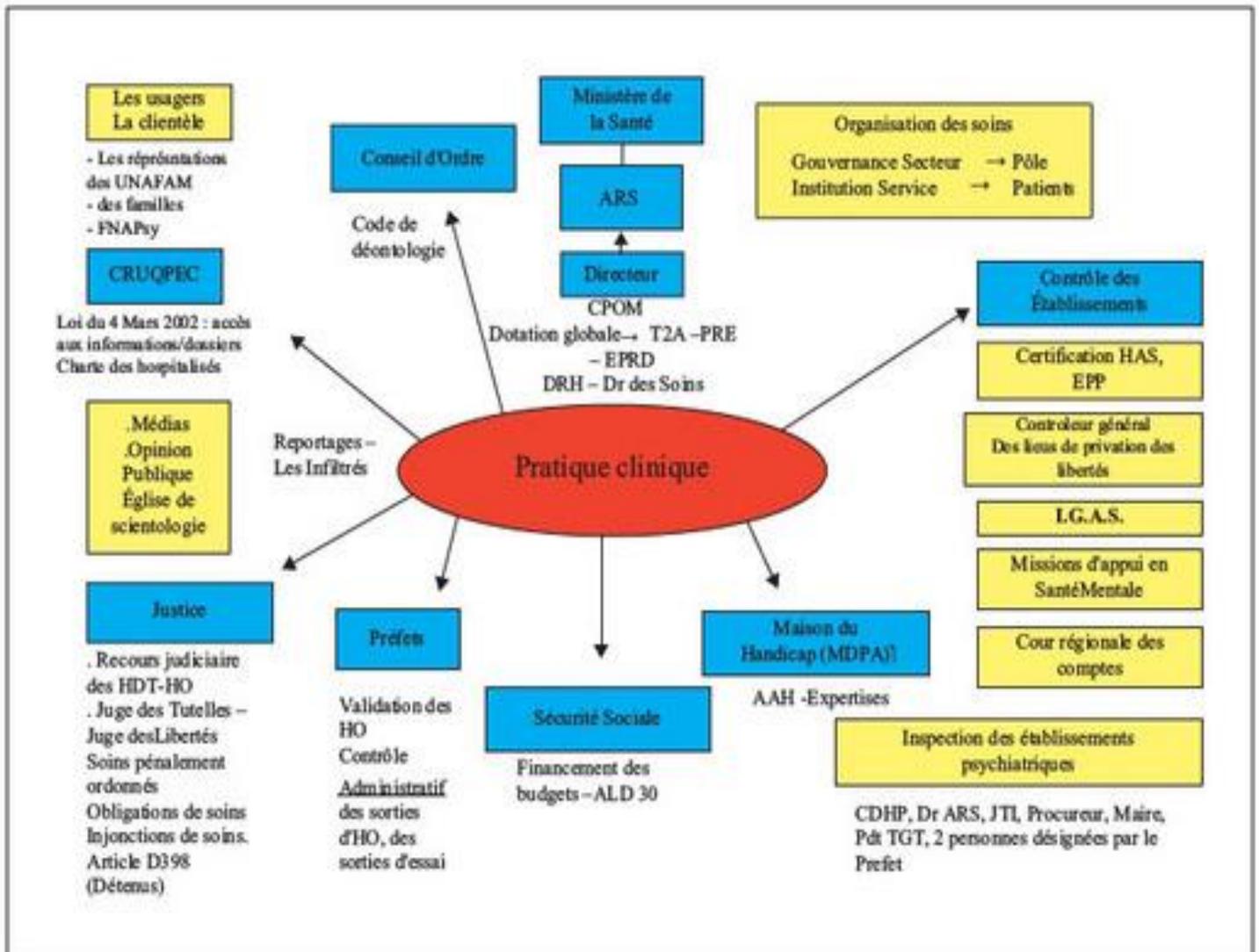
Ainsi, en 2017, la commission des affaires sociales avait recommandé la mise en place de membres suppléants dans les CDSP pour répondre aux difficultés d'emploi du temps et recommandait également aux services centraux du Ministère des affaires sociales et de la santé de davantage sensibiliser les ARS concernées, à la portée des travaux de ces commissions. Cependant cela paraît difficilement applicable en pratique, la majorité des CDSP peinant déjà à recruter tous les membres de la commission et on peut douter qu'elles auront plus de facilités à trouver des suppléants.

D'autre part, les CDSP ont souvent le sentiment de ne pas être réellement utiles. En effet, leurs rapports d'activités ne sont pas utilisés au niveau national, et ne participent donc pas à exercer un meilleur pilotage de la politique publique de santé mentale. En ce sens, la Commission des affaires sociales avait également recommandé en 2017 une redynamisation des commissions départementales de soins psychiatriques, en redéfinissant leur rôle en articulation avec celui des juges des libertés et de la détention, en exploitant et en diffusant leurs comptes rendus et rapports d'activité par une structure nationale identifiée.

Pour cela, une modification de la loi serait selon elle nécessaire, pour réactiver le rôle des CDSP et réarticuler leur champ de compétence avec celui du JLD. En effet, si c'est au Juge de contrôler la légalité administrative de la procédure, c'est au CDSP de contrôler l'application de la loi et le respect des droits des patients au sein même des unités de soins (86).

E. La pratique médicale :

Le psychiatre doit composer avec une multitude de facteurs externes qui interfèrent avec sa pratique clinique, représentés de manière schématique dans l'ouvrage de 2011 « Les conditions de la psychiatrie publique » par le Dr JOVELET, chef d'un pôle de psychiatrie dans la région de Reims (96) :



Le psychiatre doit bien entendu composer avec les patients, qui ont non seulement leur avis à donner concernant leurs soins, mais qui sont aussi parfois là contre leur gré. Il doit également composer avec les proches du patient, qui demandent à être intégrés aux soins et ont également leur avis à donner. On ne peut travailler sans les familles, car elles font partie intégrante de l'équilibre du patient et du travail de retour vers la vie en société. Les associations de protection des droits des usagers peuvent également venir interférer avec la pratique médicale.

En plus de la loi et du code de déontologie, les médecins doivent également respecter le règlement intérieur de l'établissement dans lequel ils travaillent. Comme nous l'avons évoqué précédemment, ces différentes injonctions peuvent parfois se chevaucher et se contredire, rendant ainsi la pratique médicale parfois compliquée et poussant le praticien à faire des choix.

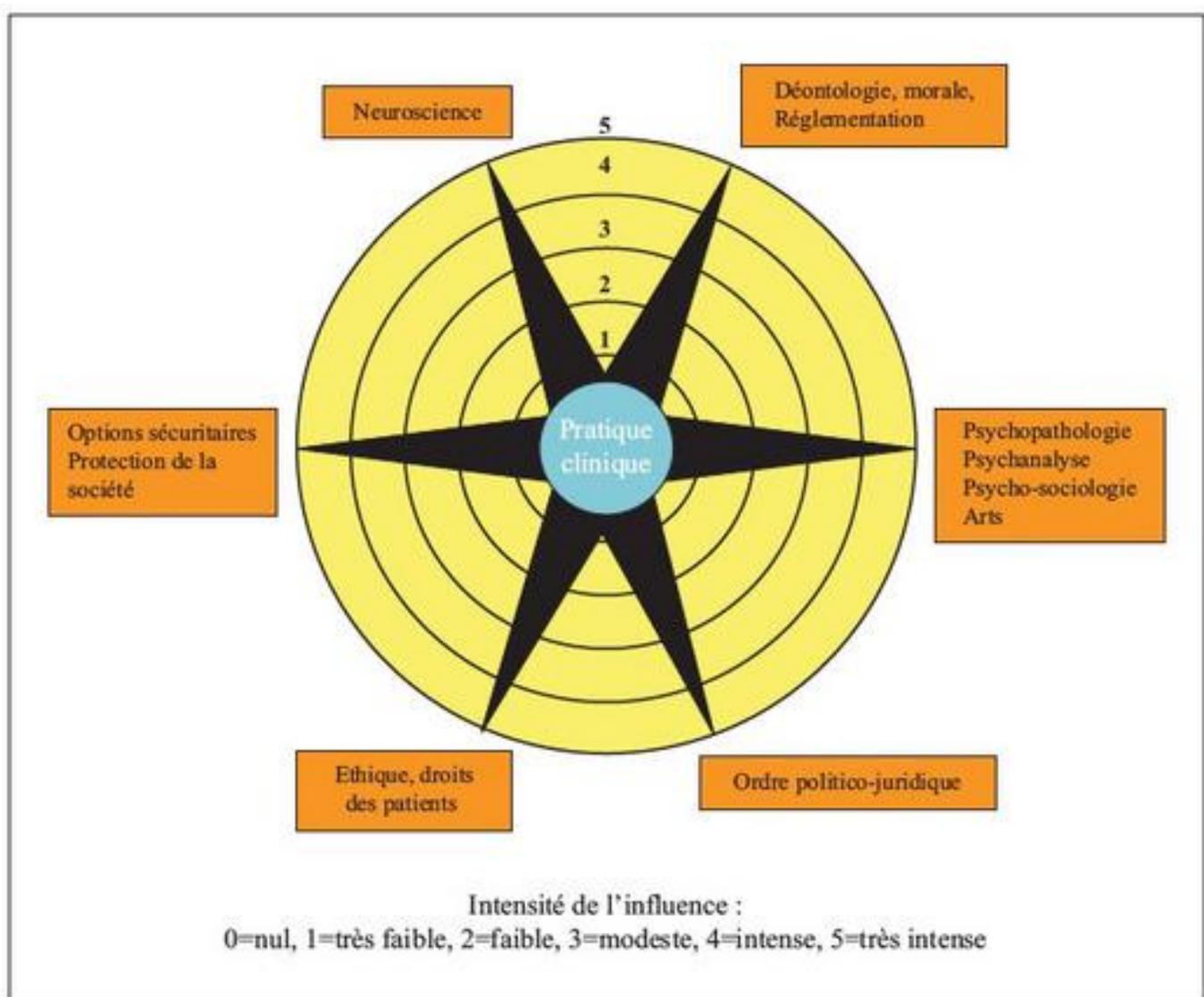
L'établissement de santé impose également, d'une manière plus ou moins pesante, des paramètres économiques, avec une nécessité de rentabilité des soins, parfois au détriment de la prise en charge des patients. Le psychiatre doit également composer avec cette réalité. L'organisation des services et des secteurs impacte bien évidemment aussi l'offre de soins qui peut être proposée.

Notre société fait peser de plus en plus d'injonctions d'ordre public sur la psychiatrie. Bien que le corps soignant et les acteurs paramédicaux fassent un travail de déstigmatisation important depuis des années, la peur du malade mental et de sa possible violence reste enracinée dans la société. Cette peur est régulièrement alimentée par les médias qui se régalaient de faits divers dramatiques mais ponctuels et par les discours sécuritaires de certains politiciens. L'intégration des patients atteints de troubles psychiques dans la société n'est pas encore acquise et il me semble important que tous les acteurs de santé poursuivent leurs efforts pour défendre le droit des patients à une intégration socio-professionnelle digne.

Tous ces facteurs externes impactent notre pratique au quotidien, certains de manière plus importante que d'autres. Il me semble important de garder à l'esprit quelles sont les priorités que nous accordons à notre exercice, quelle sorte de soins nous voulons apporter à nos patients et comment rendre notre pratique compatible avec le contexte socio-économique et politique actuel.

Dans son ouvrage « les conditions de la psychiatrie publique », en 2011, le Dr JOVELET définit notre exercice psychiatrique comme étant « pris entre [...] la pratique clinique et les influences, offensives ou de tentatives d'instrumentalisation : le politique, le tout sécuritaire, la déontologie, l'éthique, le scientifique partagé entre les neurobiologies et les sciences humaines »(96). Il propose alors à chaque psychiatre d'identifier sa pratique et de dessiner l'actualité de son projet, à l'aide d'un schéma inspiré d'un modèle en étoile des travaux de J. BOBON en 1966. A travers ce schéma, il encourage chaque médecin à ajuster le schéma selon le lieu et la typologie de son exercice, et à comparer sa pratique clinique actuelle à celles des pays voisins ou tout simplement à ses propres valeurs professionnelles. Un exercice proposé pour nous aider, nous praticiens parfois perdus dans un système de santé écrasant, nous, psychiatres évoluant dans une spécialité qui est loin d'être une science exacte, à redéfinir nos priorités et nos objectifs, ou tout du moins à commencer à y réfléchir.

Classification des différents exercices psychiatriques (d'après le Dr JOVELET)(96)



F. Cas clinique

Un rendez-vous avec les parents de M. E. est alors organisé en catastrophe dans l'après-midi. Nous discutons avec eux de la suite des événements en présence de M.E. Nous leur faisons part de notre point de vue sur la situation de leur fils et sur nos inquiétudes face à une sortie si rapide.

Notre démarche à ce moment-là est de chercher un soutien du côté familial, en espérant que M. E. sera plus enclin à écouter ses propres parents que le corps soignant qui le persécute désormais. De plus, comme vu dans le schéma précédent (« les conditions de la psychiatrie publique »), la pratique médicale psychiatrique ne peut faire abstraction des familles des patients. Ils sont les premiers concernés par le devenir de leur proche malade, et ont toute leur place dans certaines prises de décisions.

Malheureusement M. E. réaffirme devant eux la volonté de mettre un terme à sa prise en charge. Ses parents semblent en détresse et tentent de raisonner leur fils, reprenant notre argument concernant une sortie qui était programmée quelques jours plus tard. Ils demanderont même à prendre un temps de discussion seuls avec leur fils, ce que nous leur accorderons bien sûr, mais ils ne parviendront pas à le convaincre.

Je m'interroge avec le recul, sur la rencontre qui ne s'est pas faite avec le patient. Nous n'avons pas su le convaincre de prolonger ses soins malgré une date de sortie posée peu de temps après. Peut-être la relation que nous avons créé avec la famille a interféré dans la prise en charge de M. E. Peut-être que notre préoccupation de préserver les liens familiaux nous a empêché de créer un lien thérapeutique avec ce patient.

Nous n'avions pas non plus informé le Juge des Libertés de notre rencontre avec les parents de M. E., et de l'accord que nous avons passé avec lui de poursuivre l'hospitalisation encore quelques jours. En effet, comme nous n'avions rencontré sa famille que la veille de l'audience, tous les certificats et avis motivé avaient déjà été faits. Aurions-nous dû rédiger un certificat de situation ? Si le JLD avait été informé de ces éléments, sa décision aurait elle été différente ?

Malgré la situation et ce que nous savons du contexte conjugal, nous n'avons aucun argument qui justifierait une nouvelle mesure de placement. De plus, ses parents ne s'opposant pas à la sortie d'hospitalisation de leur fils, la responsabilité se retrouve partagée et nous les soignants nous sentons moins engagés pénalement dans le cas où la situation tournerait au drame. Car bien que les soins des patients soient à mon sens prioritaires, je n'en oublie pas pour autant les risques encourus par mes collègues ou moi-même lors de mon travail. Ainsi, si les familles ont un impact sur notre pratique clinique, celui-ci est à double sens. Notre travail ne peut faire abstraction des conséquences que nos décisions auront sur le patient ou sa famille, mais les droits sont également assortis de devoirs. Si les familles ont le droit de participer aux décisions concernant leur proche, elles ont également le devoir de partager la responsabilité de certaines de ces décisions.

Conclusion :

Il est donc 17h lorsque nous mettons un terme à l'entretien familial avec les parents de M.E. Ce dernier choisit définitivement de quitter l'hôpital immédiatement et refuse par ailleurs de convenir d'un rendez-vous en consultation dans quelques jours. Il certifie qu'il se sent parfaitement bien et qu'il n'aura pas besoin de suivi psychologique. Il accepte cependant de s'engager à solliciter de l'aide au CAMP dont il dépend s'il se sentait à nouveau en difficulté.

Sans arguments pour une nouvelle mesure de soins sans consentement et les proches ne s'opposant pas à la sortie d'hospitalisation, nous n'avons d'autre choix que de laisser partir le patient après une après-midi entière à tenter de négocier une poursuite des soins. J'ai cependant une certaine inquiétude quant à son devenir.

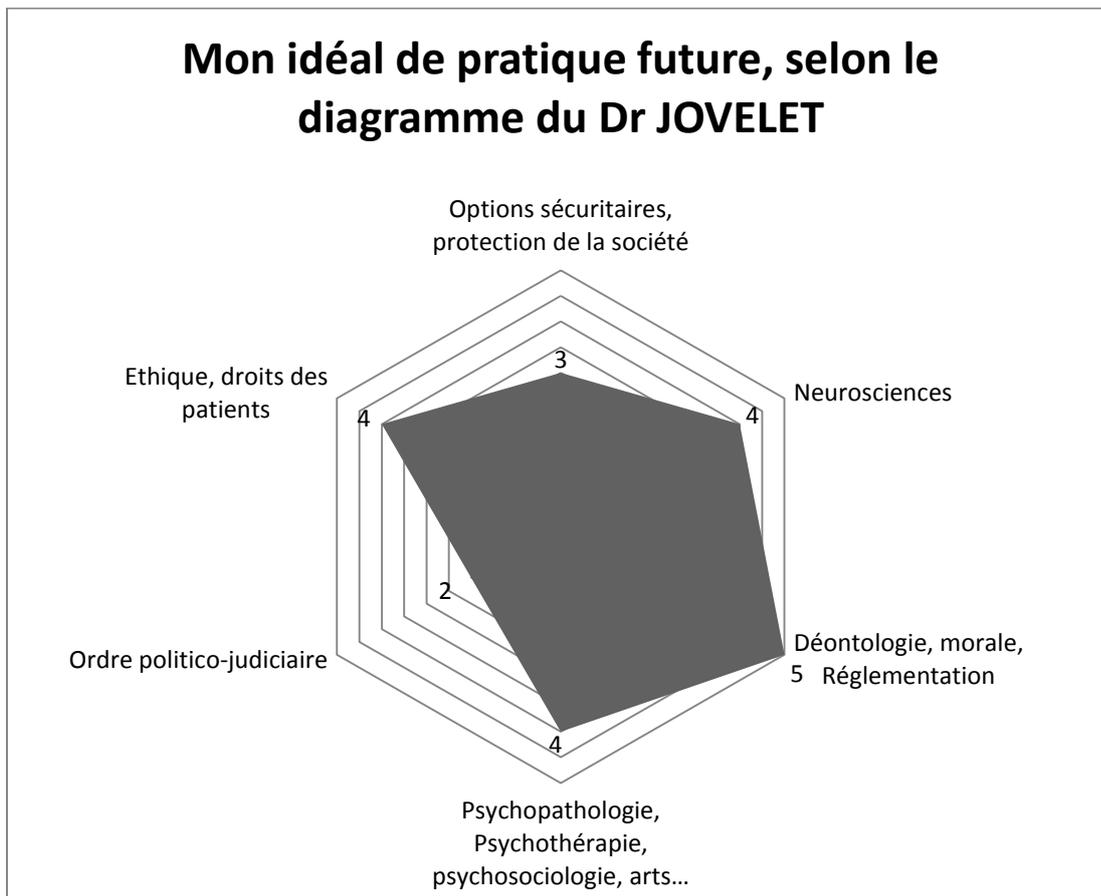
C'est un sentiment d'échec de la prise en charge qui m'a alors traversé et poussé à m'intéresser au sujet que nous venons de traiter. Ce travail m'a permis de modérer mes a priori au sujet de l'intervention du Juge des Libertés et de la Détention dans notre pratique médicale. S'il est vrai que parfois son verdict semble en complète opposition avec ce qui nous semble nécessaire et juste en tant que médecins, nous avons pu nous rendre compte que son intervention peut également servir la pratique médicale, tout en gardant comme objectif principal la défense des droits du patient. Par ailleurs cette intervention judiciaire est en cohérence avec le Droit Européen, ainsi qu'avec le fonctionnement de nos pays voisins. Son point de vu extérieur peut contribuer à porter un regard plus objectif sur la situation. A ma connaissance, M. E. n'a plus eu besoins de soins psychiatriques depuis sa sortie de l'hôpital. C'est qu'il n'est probablement pas repassé à l'acte et que son hospitalisation n'était alors plus nécessaire malgré ce que je pouvais en penser. Le JLD avait peut-être mieux réussi sa « rencontre » avec ce patient, ce qui lui aurait permis une lecture plus juste de la situation. La relation duelle avec M. E. pourrait lui avoir permis de ne se préoccuper que des besoins du patient, ignorant le contexte familial qui aurait pu parasiter son appréciation.

Cependant je ne peux m'empêcher de me demander si la poursuite de l'hospitalisation n'aurait pas été profitable à ce patient. Lors d'un échange téléphonique quelques mois plus tard avec son médecin généraliste, j'apprenais en effet que M. E. présentait un état dépressif plutôt important. Il n'avait pas changé de travail, et refusait pour l'instant toute orientation vers les soins psychiatriques. Une poursuite de l'hospitalisation aurait-elle permis une stabilisation de son humeur ? Nous n'en serons jamais sûr...

Au regard des résultats chiffrés de l'établissement quimpérois et leur mise en perspective avec les taux nationaux, des pistes pour l'amélioration protocolaire des futures mesures de soins sans consentement se dessinent.

Ces mêmes chiffres ont mis en lumière le fait que la prise en charge des patients concernés par une mainlevée s'oriente le plus souvent vers une poursuite des soins sur un mode libre et que l'arrêt de la contrainte ne s'accompagne pas forcément d'un arrêt des soins.

Au cours de ce travail, il nous est apparu que la liberté de pratique de l'exercice médical, son indépendance, telle qu'elle est exigée dans l'article 5 du Code de Déontologie, n'est jamais acquise, qu'elle doit composer avec les injonctions politiques et légales. Notre liberté professionnelle doit être quotidiennement défendue, et il semble important de garder à l'esprit que le psychiatre doit avant tout être un médecin, et non un acteur du système sécuritaire. Et pourtant, à mon sens, la psychiatrie ne peut se soustraire complètement à son rôle dans le maintien de l'ordre public. Elle y participe depuis le début de son histoire, et d'une certaine façon, elle permet également de garantir une prise en charge humaine et thérapeutique des malades mentaux délinquants qui autrement seraient constamment aux prises avec la justice. Nous ne pouvons pas selon moi ne pas prendre en charge cette population de patient. Mais cette implication devrait être modérée. Si je devais l'illustrer en utilisant le diagramme du Dr JOVELET, je souhaiterais si ma pratique ne peut s'affranchir des principes de protection de la société, elle ne soit pas pour autant dictée par les injonctions d'ordre public. Je souhaiterais trouver le juste équilibre entre respect du patient, de ses droits et prise en charge thérapeutique au regard de ses besoins de soins.



La préoccupation de la protection des droits du patient est plus que jamais d'actualité. Les associations de défense des droits des usagers sont de plus en plus actives et attentives et actives à ce qui se passe dans les hôpitaux. Une mauvaise compréhension ou la diffusion d'informations incomplètes ou erronées peuvent influencer la vision que l'on a de la psychiatrie et de ses pratiques. Pour exemple, l'Eglise de la Scientologie est plus que jamais décidée à s'opposer aux hospitalisations sans consentement, alimentant ainsi son site internet (CRPA : Cercle de Réflexion et Proposition d'Action sur la psychiatrie) de toutes les jurisprudences françaises pouvant aider les patients à obtenir la levée de leur placement.

Un film traitant des droits des patients psychiatriques et de leur lutte, « 55 steps » de Bille August, est également sorti récemment. Il romance le combat d'une patiente atteinte de schizophrénie et de son avocate pour obtenir le droit de refuser un traitement, à l'époque où une admission en hôpital psychiatrique s'assortissait d'une forme de perte des droits citoyens.

Une autre préoccupation, essentielle à mes yeux, se dégage de cette analyse. Elle concerne la formation de tous les professionnels qui sont amenés à intervenir dans ces dossiers.

Les soignants ont besoin de plus de formation pour mieux répondre aux exigences protocolaires médico-légales. Les magistrats et avocats ont besoin de plus d'informations sur les pathologies psychiatriques.

Plus important encore, il semble impératif de réfléchir à des formations communes, réunissant soignants et professionnels du droit, afin d'améliorer la compréhension du rôle de chacun et travailler en bonne intelligence dans l'intérêt commun du respect du patient.

La psychiatrie et ses patients n'ont pas fini de fasciner la société, de nourrir des peurs et toutes sortes de fantasmes. Les idées fausses et les a priori à son sujet sont encore nombreux. Il est donc important de poursuivre les efforts de déstigmatisation et de défense de cette population. A l'image des relations fortes que nous entretenons déjà avec les acteurs du milieu social, les magistrats pourraient se révéler de très bons alliés dans le travail de réintégration et réhabilitation des malades mentaux. Une meilleure connaissance de la profession de chacun pourrait-elle permettre de créer un réseau plus efficace pour la prise en charge des patients et la défense de leurs droits ?

Bibliographie :

1. Friouret L. L'antagonisme entre les exigences médicales et juridiques révélé par les conséquences de l'irrégularité des soins forcés. *Inf Psychiatr.* 16 juill 2015;Volume 91(6):449-54.
2. Hazan A, Hatry S. *Psychiatrie : l'hospitalisation contrainte.* DALLOZ; 2018.
3. Bouillon C. *L'hospitalisation sans consentement : Passé, présent et avenir [Mémoire du DESS de Droit Santé Ethique]. [Faculté de Droit RENNES]; 1998.*
4. Jonas C. Faut-il craindre la révision annoncée de la loi du 27 juin 1990 ? *Info Psychiatr.* 1998;(74):613-6.
5. Dreßing H, Peitz M, Salize HJ. Involuntary placement of mentally ill in the European Union — legislation and practice. *Eur Psychiatry.* 1 mai 2002;17:140.
6. Senon J-L, Voyer M. Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* déc 2012;170(10):693-8.
7. 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 Méd-Psychol Rev Psychiatr.* avr 2012;170(3):211-5.
8. I. Rome. Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011. *Ann Méd-Psychol.* 2012;(170):703-5.
9. Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon J-L. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* nov 2014;172(9):766-71.
10. CPDH. Hospitalisation d'office: ineffectivité des recours pour obtenir la main levée sans remise en cause de la dualité de juridiction (Cour EDH, 5e Sect. 18 novembre 2010, Baudoin c. France) [Internet]. *Combats pour les droits de l'homme (CPDH).* [cité 5 juin 2019]. Disponible sur: <http://combatsdroitshomme.blog.lemonde.fr/2010/11/21/hospitalisation-doffice-ineffectivite-des-recours-pour-obtenir-la-main-leeve-sans-remise-en-cause-de-la-dualite-de-juridiction-cour-edh-5e-sect-18-novembre-2010-baudoin-c-france/>
11. Laguerre A, Schürhoff F. Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. *Outils pratiques. L'Encéphale.* avr 2012;38(2):179-84.
12. 05 Juillet 2011 Loi en faveur des personnes recevant des soins psychiatriques : publication au JORF n°0155 du 6 juillet 2011. textes.justice.gouv.fr. 2011.
13. Circulaires du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. *Bulletin officiel du ministère de la justice et des libertés; Report No.: NOR : JUSC1120428C.*
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. juill 6, 2011.

15. Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel de la République Française.
16. UNAFAM. Les CDSP garantes de l'effectivité des droits. Voix CDSP. 2018;(2).
17. Mesu RC, Sauzeau D, Mugnier G, Fournis G, Garré J-B, Gohier B. Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 mars 2018;176(3):249-55.
18. Code de la santé publique - Article L3212-1. Code de la santé publique.
19. Code de la santé publique - Article L3211-2-2. Code de la santé publique.
20. Code de la santé publique - Article L3211-12-1. Code de la santé publique.
21. Code de la santé publique - Article L3212-7. Code de la santé publique.
22. Code de la santé publique - Article L3211-9. Code de la santé publique.
23. Lécaille D, Toulemonde V, Fisman J. Les soins sans consentement et le JLD. Focus. févr 2018;1-4.
24. Code de la santé publique - Article L3212-3. Code de la santé publique.
25. Gobillot Porte C. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une mesure « low cost » ? [Thèse de médecine]. Université Claude Bernard LYON; 2014.
26. Code de la santé publique - Article L3212-5. Code de la santé publique.
27. E. PECHILLON. Hospitalisation pour péril imminent : tout faire pour prévenir un proche. Santé Ment. janv 2015;(194):6.
28. Code de la santé publique - Article L3213-1. Code de la santé publique.
29. Code de la santé publique - Article L3213-2. Code de la santé publique.
30. Code de la santé publique - Article L3213-9-1. Code de la santé publique.
31. Code de la santé publique - Article L3213-5-1. Code de la santé publique.
32. Code de la santé publique - Article L3211-27.
33. BEM A. La demande de mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques. LEGAVOX. 2014.
34. Code de la santé publique - Article L3211-12. Code de la santé publique.
35. Ministère de la Justice. NOTICE : Requête en mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète en soins psychiatriques.
36. Panfili J-M. LE JUGE L'AVOCAT ET LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT : QUELS CHANGEMENTS DEPUIS 2011. CRPA; 2018.
37. Cass. 1ère civ. 19 octobre 2016, n° 16-18849.
38. 27 septembre 2017 n° 16622.544. Cass, 1e ch Civ.

39. Rome I. Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 déc 2012;170(10):703-5.
40. ROBILLARD D, JACQUAT D. Rapport d'information n°4486 déposé en application de l'article 145-7 alinéa 3 du Règlement par la Commission des Affaires Sociales. Assemblée Nationale; 2017 févr. Report No.: 4486.
41. Ordonnance de mainlevée du JLD du 14 avril 2015. TGI de Versailles.
42. Code de la santé publique - Article L3216-1. Code de la santé publique.
43. CE. N°321506. juin 9, 2010.
44. Cass 1e ch Civ. N° 17-50.006. juin 15, 2017.
45. CE D. N°235247. nov 9, 2001.
46. CE. N°352667. nov 13, 2013.
47. CA de Dijon. Ordonnance de mainlevée du 22 mars 2013, N°13/00014.
48. CA de Versailles. Ordonnance de mainlevée du 1er décembre 2014, n° 14/08388.
49. CE. 5/3 SSR, Mme Brousse, n°75096. oct 18, 1989.
50. CE. n° 155196. nov 17, 1997.
51. TGI de Versailles. ordonnance de mainlevée du JLD du 1er aout 2014, n° 14/00762.
52. CA de Versailles. ordonnance de mainlevée, 26 mars 2015, n° 15/02071.
53. CA de Versailles. ordonnance de mainlevée n°15/06706. oct 2, 2015.
54. Circulaire interministérielle n° 2011-345 du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - APHP DAJ [Internet]. [cité 29 août 2019]. Disponible sur: <http://affairesjuridiques.aphp.fr/textes/circulaire-interministerielle-n-2011-345-du-11-aout-2011-relative-aux-droits-et-a-la-protection-des-personnes-faisant-lobjet-de-soins-psychiatriques-et-aux-modalites-de-leur-prise-en-charge/>
55. TGI de Versailles. Ordonnance de mainlevée du 25 octobre 2013, N° 13/01166.
56. Cass 1e ch Civ. 18 décembre 2014, N° 13-26816.
57. TGI de Versailles. Ordonnance de mainlevée du JLD du 5 mai 2015, n° 15/00452.
58. TGI de Rennes. ordonnance de mainlevée du JLD n0 16/00011. janv 5, 2016.
59. Code de la santé publique - Article L3211-3. Code de la santé publique.
60. CA de Versailles. Ordonnance de mainlevée : 3 octobre 2014, n°14/07073.
61. Code de la santé publique - Article L3211-5.
62. Code de la santé publique - Article L1111-7. Code de la santé publique.

63. Code de la santé publique - Article L3211-12-2. Code de la santé publique.
64. Cass 1e ch Civ. 12 octobre 2017, n° 17-18040.
65. TGI de Versailles. Ordonnance de mainlevée du JLD du 5 octobre 2011, n° 11/000617.
66. Cass 1e ch Civ. 16 mars 2016, n° 15-13745.
67. CEDH. n°6301/73. Winterwerp c. Pays Bas; 1979.
68. CEDH. n°45508/99. H.L. c. Royaume Uni; 2004.
69. Cass 1e ch Civ. 27 septembre 2017, n°16-22.544.
70. Ministère des affaires sociales, de la santé et des droits des femmes et ministère de l'intérieur. n°DGS/MC4/DGOS/DLPAJ/2014/262 du 15 septembre 2014 relative à l'application de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge.
71. code de la santé publique - Article R3211-24.
72. CA de Grenoble. ordonnance du 27 février 2017, n°RG : 17/00003.
73. CA de Douai. ordonnance de mainlevée du 5 juillet 2012, n°12/00031.
74. Cass 1e ch Civ. 28 mai 2015, n° 14-15686.
75. CA d'Orléan, chambre correctionnelle. 11 septembre 2013, n°2013/748.
76. Ordre National des médecins. Code de déontologie médicale. 2017.
77. Code de la santé publique - Article L3222-5-1. Code de la santé publique.
78. CA de Versailles. ordonnance de mainlevée du 29 mai 2017, n° 17/04051.
79. CA de Versailles. ordonnance de mainlevée, 22 décembre 2014, n° 14/08941.
80. Panorama de l'activité hospitalière 2013, rapport de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. ATIH; 2014.
81. Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. 2011;8.
82. APMnews. PSYCHIATRIE ETABLISSEMENTS DE SANTE JURIDIQUE PATIENTS -USAGERS ESPIC CLINIQUE HOPITAL ACCES AUX SOINS DIRECTEURS MEDECINS JUSTICE PARLEMENT [Internet]. 2017 févr [cité 4 avr 2019]. Disponible sur: https://psychiatrie.crpa.asso.fr/IMG/pdf/2017-02-15_apm_augmentation_du_nombre_de_patients_en_ssc_en_2015.pdf
83. Psychiatrie : les chiffres des hospitalisations sans consentement. In 2019 [cité 8 avr 2019]. Disponible sur: <https://www.encephale.com/Actualites/Breves/Psychiatrie-les-chiffres-des-hospitalisations-sans-consentement>
84. HOSPIMEDIA. L'absence de décision judiciaire dans les délais cause la moitié des mainlevées d'hospitalisation. 2017.

85. Panfili J-M. L'intervention du juge judiciaire dans les soins psychiatriques sans consentement : état des lieux après la loi du 5 juillet 2011. *Droit Déontologie Soins*. 1 sept 2014;14(3):370-83.
86. ROBILLARD D. Le dispositif des soins sans consentement connaît certaines « dérives » et manque de transparence - Interview de Denys ROBILIARD député SER du Loir et Cher, co-rapporteur sur l'évaluation de la loi du 27 septembre 2013 sur les soins sans consentement -. 2017.
87. Godet T, Pechillon E, Biotteau-Lacoste M, Senon JL, Gaillard P. Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures. *Ann Méd-Psychol*. 2017;(175):679-84.
88. BIED C, CLAUDEL H. Situations de mainlevée de soins sans consentement parle Juge des Libertés et de la Détention. Etude descriptive sur un an au CH Le Vinatier. CH Le Vinatier; 2012.
89. Couturier M. Soins sans consentement : le juge ne doit pas substituer son analyse à celle du psychiatre. éditions législatives. 2017.
90. Analyse : Mainlevée d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement. *Psycom*. 2017.
91. DUMEZ V. Réflexions sur l'évolution des modèles conceptuels d'organisation de soins : du paternalisme au partenariat. université de Montreal; 2017.
92. L'évolution de la responsabilité médicale. *Doc du juriste*. 2007.
93. Larrère C. Le principe de précaution et ses critiques. *Innovations*. 2003;(18):9-26.
94. Minard M. L'expérience de Rosenhan. *Sud/Nord*. 2009;n° 24(1):73-8.
95. Ecole Nationale de la Magistrature. Soins psychiatriques sans consentement. 2014.
96. Jovelet G. Les conditions de la psychiatrie publique. *Inf Psychiatr*. 2011;Volume 87(10):769-79.
97. PRZYGODZKI-LIONET N, NOEL Y. Individu dangereux et situations dangereuse : les représentations sociales de la dangerosité chez les citoyens, les magistrats et les surveillants de prison. *Psychol Fr*. 2004;(49):409-24.
98. >Le discours sécuritaire de Sarkozy le 2 décembre 2008 | Quelle hospitalité pour la folie? [Internet]. [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <http://www.collectifpsychiatrie.fr/?p=12>
99. Nous refusons la politique de la peur, après le discours de Sarkozy du 2 décembre 2008 [Internet]. Emmanuel Fleury. 2008 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://efleury.fr/aprs-le-discours-du-2-dcembre-2008-politique-de-la-peur-2/>
100. Sarkozy et la psychiatrie : Lettre ouverte au président [Internet]. Le Sarkopithèque. 2008 [cité 3 sept 2019]. Disponible sur: <https://sarkopitheque.wordpress.com/2008/12/29/sarkozy-et-la-psychiatrie-lettre-ouverte-au-president/>
101. Bénézech M, Sage S, Degeilh B, Le Bihan P, Ferré M. À propos de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge : réflexions psychologiques et médico-légales critiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2012;170(3):216-9.
102. Joubert F, Hechinger M, Chevallier V, Marescaux C. Hospitalisations sans consentement en psychiatrie : analyse comparative chez les personnes résidant ou non en zones urbaines sensibles. *Santé Publique*. janv 2016;28:61-9.

103. Coldefy M, Nestrigue C, Paget L-M, Younès N. L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : analyse et déterminant de la variabilité territoriale. Rev Fr Aff Soc. févr 2016;(6):253-73.
104. Coldefy M, Le Neindre C. Les disparités territoriales d'offre et d'organisation des soins en psychiatrie en France : d'une vision segmentée à une approche systémique. 2014 déc. Report No.: 558.
105. Fiche mémo : Aide à la rédaction des certificats médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures. HAS; 2018.
106. David M. La psychiatrie sous contraintes. Inf Psychiatr. 20 sept 2017;Volume 93(7):535-42.
107. Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux. droitbelge. 1990.
108. ALBERTI T. L'obligation de soins chez nos voisins européens. juin 2008;(256):38-9.
109. Roelandt J-L. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. Inf Psychiatr. 2009;Volume 85(6):525-35.
110. Bernardet P, Douraki T, Vaillant C. Psychiatrie, droit de l'Homme et défense des usagers en Europe. 2002. (Erès).
111. Participation E. Mental Health Act 1983 [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.legislation.gov.uk/ukpga/1983/20/contents>
112. Mental Health Act [Internet]. nhs.uk. 2018 [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/using-the-nhs/nhs-services/mental-health-services/mental-health-act/>
113. Mental Health Review Tribunal - The Tribunal [Internet]. [cité 28 août 2019]. Disponible sur: <https://mhrt.nsw.gov.au/the-tribunal/>
114. Horn M, Frasca J, Amad A, Vaiva G, Thomas P, Fovet T. Soins psychiatriques sans consentement : une enquête auprès des juges des libertés et de la détention. L'Encéphale [Internet]. 6 juill 2018 [cité 4 avr 2019]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0013700618300885>
115. Suppression du magistrat au sein des CDSP [Internet]. Santé Mentale. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/actualites/suppression-du-magistrat-au-sein-des-cdsp.html>
116. Suppression du magistrat au sein des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques (CDSP) : un coup porté à la démocratie sanitaire ! [Internet]. UNAFAM. [cité 11 sept 2019]. Disponible sur: <https://www.unafam.org/Suppression-du-magistrat-au-sein.html>

Annexes :

ANNEXE 1

DEMANDE DE CONTRÔLE OBLIGATOIRE PÉRIODIQUE DE LA NÉCESSITÉ D'UNE MESURE D'HOSPITALISATION COMPLÈTE (14K) : DEMANDE ET DÉCISIONS SUR 2012-2016P

	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)	49 661	61 060	65 986	74 834	60 729
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 janvier)*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 mars)*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)

** 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.

**** Y compris les mainlevées acquises à raison de l'absence de décision du JLD dans les délais

ANNEXE 2

SORT DES DEMANDES DE MAINLEVÉE D'UNE MESURE D'HOSPITALISATION COMPLÈTE PAR LE PATIENT OU TOUTE PERSONNE AGISSANT DANS SON INTÉRÊT (14I)

	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 janvier)*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 mars)*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 MAINLEVÉE D'UNE MESURE D'HOSPITALISATION AUTRE QUE COMPLÈTE PAR LE PATIENT OU TOUTE PERSONNE AGISSANT DANS SON INTÉRÊT (14 J)

	2012	2013*	2014	2015	2016p**
Ensemble des décisions prononcées *** (hors jonction et interprétation) (1)=(2+3)	369	539	502	405	363
Décisions ne statuant pas sur la demande (2)	56	87	48	57	44
dont désistement	11	19	12	19	12
dont caducité	5	8	2	3	4
dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC	15	14	14	9	7
Décisions statuant sur la demande (3)	313	452	454	348	319
maintien de la mesure d'hospitalisation (4)	254	378	374	291	265
mainlevée de la mesure d'hospitalisation	59	74	80	57	54
Taux de maintien de la mesure d'hospitalisation complète sur l'ensemble des décisions (4 janvier)*100	68,8	70,1	74,5	71,9	73,0
Taux de maintien de la mesure d'hospitalisation complète sur l'ensemble des décisions statuant sur la demande (4 mars)*100	81,2	83,6	82,4	83,6	83,1

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

ANNEXE 3

LETTRE D'INFORMATION ET NON OPPOSITION POUR LA PARTICIPATION A UN TRAVAIL DE THESE

**Etude rétrospective des cas de mainlevées par le Juge des Libertés et de la
Détenction sur l'EPSM Etienne Gourmelen en 2017 et 2018**

Interne en charge du travail de thèse : Mme WALTER Lison

Contact : Service Izella
EPSM E. Gourmelen
1 rue Etienne Gourmelen
29000 QUIMPER

Tél. : 02 98 98 66 60

Investigateur Coordonnateur : Dr Sonia MARSELLA

Travail de thèse : Les mainlevées des procédures de soins sans consentement :

Contexte national

Revue et analyse de la situation de QUIMPER en 2017 et 2018

Ce document est adressé au participant

Prénom / Nom du participant :

.....

Lettre d'information adressée : le/...../20.....

Par le médecin investigateur : WALTER Lison

Madame, Monsieur,

Vous êtes invité(e) à participer au travail de recherche de thèse concernant les mainlevées judiciaires des mesures de soin sans consentement des années 2017 et 2018 sur l'EPSM Gourmelen de QUIMPER.

1- OBJECTIF DE LA THESE :

Il s'agit d'étudier dans un premier temps le nombre et les différents motifs de mainlevée des Juges des Libertés et de la Détenction (JLD) sur l'EPSM E. Gourmelen de QUIMPER afin d'effectuer un travail de comparaison à un niveau national. Dans un second temps, le travail de thèse s'appliquera à étudier les modalités de suite de prise en charge si elles existent, afin de dresser un inventaire du devenir des patients ayant fait l'objet d'une levée de la mesure de soins sans consentement qui leur avait été imposée.

2- DEROULEMENT DE L'ETUDE :

L'étude consiste à recueillir dans votre dossier médical des informations (motifs de mainlevée, date de fin d'hospitalisation, modalité de poursuite des éventuels soins ambulatoires).

Cette étude ne modifie en rien votre suivi habituel ni votre prise en charge, ou n'engage en aucune obligation de soins.

Les données sont entièrement anonymisées et vos données personnelles ne seront jamais divulguées.

A l'issue de l'étude, et à votre demande, vous pourrez être informé(e) des résultats globaux de la recherche par le médecin investigateur.

3- PARTICIPATION VOLONTAIRE :

Votre participation à cette étude est entièrement volontaire et n'engendre aucun surcoût à votre charge.

Vous êtes libre de refuser d'y participer ainsi que de mettre un terme à votre participation à l'étude à n'importe quel moment, sans encourir aucun préjudice de ce fait et sans que cela n'entraîne de conséquences sur vos soins ou votre vie privée.

Dans ce cas, vous devez informer le médecin investigateur de votre décision.

Sans réponse négative de votre part dans un délai de trois semaines, le traitement de vos données sera mis en œuvre.

4- CONFIDENTIALITE ET UTILISATION DES DONNEES PERSONNELLES :

Dans le cadre de la recherche à laquelle l'EPSM E. GOURMELEN vous propose de participer, vos données personnelles seront transmises, traitées et analysées au regard des objectifs qui vous ont été présentés.

Toutes ces informations seront traitées sous une forme codée garantissant leur confidentialité, notamment sans mention de vos nom et prénom.

Le personnel impliqué dans cette recherche est soumis au secret professionnel, tout comme votre médecin traitant.

A cette fin, les données recueillies, strictement nécessaires à la recherche, seront transmises au Responsable de la recherche.

Conformément aux dispositions de loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés (loi du 6 janvier 1978 modifiée) et du Règlement Européen 2016/679 du 27 avril 2016, vous disposez d'un droit d'accès, de portabilité, de rectification, d'effacement et de limitation de vos données personnelles.

Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. L'exercice de ce droit entraîne l'arrêt de la participation à l'essai.

Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire d'une personne qualifiée de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L 1111-7 du Code de la Santé Publique.

Ces droits s'exercent auprès du médecin investigateur qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité ou du Délégué à la Protection des Données de l'EPSM E. Gourmelen.

Partage des données personnelles anonymisées

Dans le respect de la réglementation en vigueur et dans un esprit de partage du bien commun que représentent les données d'une recherche, une mise à disposition de vos données personnelles anonymisées est envisagée.

Si vous souhaitez participer à l'étude mais sans le partage de vos données personnelles anonymisées, nous vous remercions de bien vouloir en informer l'investigateur coordonnateur par écrit.

5- ASPECTS LEGAUX

Le Président du Comité d'éthique de QUIMPER a étudié ce projet le 18 juillet 2019 et ne s'est pas opposé à sa réalisation.

→ **Si vous acceptez de participer à cette recherche, merci de conserver cette lettre d'information et de ne pas y répondre.**

→ **A compléter et retourner par le participant en cas de refus de participation :**

Je, soussigné, (Prénom/Nom)

.....

Refuse de participer à la recherche :

Les mainlevées des procédures de soins sans consentement :

Contexte national

Revue et analyse de la situation de QUIMPER en 2017 et 2018

Signature/Date :

ANNEXE 4



MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL

Admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers¹ (article L. 3212-1 du code de la santé publique)

Je soussigné Docteur.....
(*adresse*).....
certifie avoir examiné ce jour, Mme/M.....
Né (e) le

Et avoir constaté (*description de l'état mental et du comportement*) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Les troubles mentaux dont souffre l'intéressé (e) rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.

Fait à.....
le.....

Signature

¹ Le 1^{er} certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade. Le 2nd certificat peut être établi par un médecin extérieur ou exerçant dans l'établissement accueillant le malade.

Les deux médecins ne doivent pas être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

ANNEXE 5



MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL

Admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers Procédure d'urgence¹ (article L.3212-3 du code de la santé publique)

Je soussigné Docteur.....
(adresse).....
certifie avoir examiné ce jour, Mme/M.....
.....
Né (e) le

Et avoir constaté (*description de l'état mental et du comportement*) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

J'atteste que :

- les troubles mentaux dont souffre l'intéressé (e) rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.
- il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

Fait à.....
le.....

Signature

¹ le directeur de l'établissement peut, en cas d'urgence, prononcer, à la demande d'un tiers, l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical qui peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement

ANNEXE 6



MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL

Admission en soins psychiatriques sans consentement en cas de péril imminent¹ (article L. 3212-1 du code de la santé publique)

Je soussigné Docteur.....
(*adresse*).....
certifie avoir examiné ce jour, Mme/M.....
.....
Né (e) le

Et avoir constaté (*description de l'état mental et du comportement*) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

J'atteste que :

- les troubles mentaux dont souffre l'intéressé (e) rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.
- Il existe un péril imminent pour sa santé.

Fait à.....
le.....

Signature

¹ lorsqu'il est impossible d'obtenir la demande d'un tiers et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne

ANNEXE 7



MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL

Admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat

(article L. 3213-1 du code de la santé publique : décision du préfet)

(article L. 3213-2 du code de la santé publique : décision du préfet faisant suite à une mesure provisoire du maire)

Je soussigné Docteur.....,

(adresse).....

certifie avoir examiné ce jour, Mme/M.....

Né (e) le

Et avoir constaté *(description de l'état mental et du comportement)* :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Ces troubles mentaux, qui rendent impossible le consentement, nécessitent des soins psychiatriques immédiats et :

compromettent la sûreté des personnes

et/ou

portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

Fait à.....

le.....

Signature



ORDRE NATIONAL DES MEDECINS
Conseil National de l'Ordre

Le serment médical

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

*Serment prononcé par le Docteur **Walter Lison***

Le 04/10/2019

*Pour l'Ordre National des Médecins
Dr Mondine Philippe*

Le Médecin

THESE DE DOCTORAT EN MEDECINE

INTERNE

Madame WALTER Lison
Inscrit-e en DES de Psychiatrie

Titre définitif de la thèse soutenue :

**Les mainlevées des procédures de soins sans consentement :
Contexte national
Revue et analyse de la situation de QUIMPER en 2017 et 2018**

ACCORD DU PRESIDENT DU JURY DE THESE SUR L'IMPRESSION DE LA THESE

OUI :

NON :

La présente autorisation d'imprimer sa thèse est délivrée à l'interne susmentionné.

Brest, le 16/09/2019

Le président du jury de thèse

Pr WALTER

Le directeur de l'UFR de médecine et des

sciences de la santé de Brest

C. BERTHOU

Université de Bretagne Occidentale
UFR Médecine
Professeur Michel WALTER
Coordinateur Local
DES de Psychiatrie
CHRU de Brest, Hôpital de Bohars
BP 17 - 29200 BOHARS

WALTER (Lison) –Les mainlevées des procédures de soins sans consentement : Contexte national, Revue et analyse de la situation de QUIMPER en 2017 et 2018 - 117 f.

Th. : Méd. : Brest 2019

RESUME : Après avoir rappelé l’histoire de la loi concernant les soins sans consentement, l’auteure fait un état des lieux de la législation actuelle à ce sujet.

Elle compare après analyse les taux d’hospitalisations sous contrainte et les taux de mainlevées nationaux à ceux de l’EPSM Gourmelen de QUIMPER.

L’auteure s’intéresse à la politique de soins des pays voisins européens et interroge les impacts de la législation française sur les soins psychiatriques, les patients et la pratique médicale.

Elle conclut enfin en proposant quelques améliorations envisageables au niveau du système médico-judiciaire.

MOTS CLES :

MAINLEVEE
SOINS SANS CONSENTEMENT
JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION
PSYCHIATRIE MEDICO LEGALE
LOI DU 5 JUILLET 2011
ALLIANCE THERAPEUTIQUE

JURY :

Président : M. le Pr WALTER

Membres : M. le Pr BRONSARD

M. le Dr BERROUIGUET

Mme le Dr MARSELLA

DATE DE SOUTENANCE :

4 Octobre 2019

ADRESSE DE L’AUTEURE :