

UNIVERSITE DE NANTES

FACULTE DE MEDECINE

Année 2016

N° 045

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

DES de PSYCHIATRIE

par

Sylvain Goudy

Né le 27 janvier 1986 à Colombes (92)

Présentée et soutenue publiquement le *20 mai 2016*

Motifs et devenir de situations de mainlevées de soins sans consentement par l'autorité judiciaire : A partir d'une analyse rétrospective de 1637 ordonnances rendues par les tribunaux de grande instance de Nantes et de Saint Nazaire.

Président : Professeur Jean-Marie VANELLE

Directeur de thèse : Docteur Patrick DELBROUCK

« Mme Mémot est la meilleure ouvrière de l'atelier, elle n'a d'autres maladies que d'avoir les intestins rouges. Sans cette *idée* qui persiste, on la remettrait en liberté. Se croire les intestins rouges, est-ce un danger pour soi ou pour la société (loi de 38) ? A la réflexion, les meilleures spécialistes répondent : pourquoi pas ? »

Albert Londres

Chez les fous, 1925

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean-Marie Vanelle, vous me faites l'honneur de présider mon jury et de juger mon travail.

A Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon, pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de siéger dans ce jury et pour l'intérêt que vous portez à ce sujet.

A Monsieur le Professeur Jean-Luc Venisse, vous me faites l'honneur d'accepter de juger ce travail par votre présence dans ce jury.

A Monsieur le Docteur Patrick Delbrouck, je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse et pour tous les précieux conseils que vous m'avez prodigués.

Merci,

A mes parents,

A ma sœur et mes neveux Axel et Clément,

A Perrine,

A Hadrien (chose promise...)

A mes amis de fac pour tous ces bons souvenirs et les prochains,

A toutes les personnes que j'ai rencontré sur Nantes et particulièrement LA promo,

Et à toutes les équipes avec qui j'ai eu la chance de travailler.

Abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CDPH : Commission Départementale des Personnes Hospitalisées

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CGLPL : Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté

CH : Centre Hospitalier

CHS : Centre Hospitalier Spécialisé

CHU : Centre Hospitalo-Universitaire

CPT : Comité pour la Prévention de la Torture

CSP : Code de Santé Publique

HAS : Haute Autorité de Santé

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité

SDDE : Soins psychiatriques sur Décision du Directeur de l'Etablissement

SDRE : Soins psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat

SDT : Soins à la Demande d'un Tiers

SDTU : Soins à la Demande d'un Tiers en cas d'Urgence

SPI : Soins en cas de Péril Imminent

TGI : Tribunal de Grande Instance

UE : Union Européenne

UMD : Unité pour Malades Difficiles

Plan

Introduction.....	8
Historique.....	10
I. La loi de 1838	10
II. La loi de 1990.....	14
III. Loi du 4 mars 2002	19
IV. La loi de 2011	21
A. Historique de la réforme	21
B. Apports de la loi et modalités d'admission	25
C. Contrôle des mesures.....	31
D. Commission départementale des soins psychiatriques	31
E. Le juge des libertés de la détention	31
Etude.....	37
I. Objectifs	37
II. Matériel et méthodes.....	37
III. Résultats	40
A. Répartition selon le lieu d'hospitalisation.....	41
B. Répartition mensuelle	42
C. Caractéristiques sociodémographiques.....	43
D. Caractéristique des mesures de soins sans consentement	44
E. Caractéristiques des audiences	47
F. Caractéristiques des décisions	49
G. Caractéristiques des décisions de mainlevée par la cour d'appel de Rennes.....	52
H. Devenir des patients	55
Discussion.....	58
I. Limites de l'étude.....	58
II. Selon le TGI	59
A. Facteur juge.....	59
B. Facteur avocat.....	66

C. Facteurs locaux	68
III. Selon la mesure de soins.....	73
IV. Consentement.....	77
A. Majeurs capables	77
B. Cas clinique M. X.....	85
C. Personnes sous protection	87
V. Remise en cause du clinicien	90
Cas clinique Mme Y.....	94
VI. Remise en cause de la nécessité de soins immédiats	96
VII. Devenir des patients	97
Conclusion	99
Annexes	100
Bibliographie.....	105

Introduction

Les soins sous contrainte des patients atteints de maladie mentale sont un des axes majeurs du système de soins en santé mentale. Leurs répercussions importantes sur la liberté individuelle des personnes concernées représentent un sujet fréquemment exposé aux controverses à la fois légales et éthiques depuis près de deux siècles. La possibilité d'appliquer ces mesures de contrainte distingue la psychiatrie de la plupart des autres spécialités médicales.

C'est la loi du 5 juillet 2011 « *relative aux droits et à la protection des personnes faisant de l'objet soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge* » qui régit les soins psychiatriques sans consentement en France. Elle est entrée en vigueur le 1^{er} août 2011. Elle réforme la loi du 27 juillet 1990 « *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation* ». La condamnation de la France par la cour européenne des droits de l'Homme et des décisions apportées par le conseil constitutionnel suite à des questions prioritaires de constitutionnalité ont précipité la nécessité de cette réforme.

Les jurisprudences nationales et européennes ont mis en évidence la nécessité d'une plus grande judiciarisation de ces mesures de soins contraints. Cela répond notamment à l'article 66 de la constitution française qui dit que « *l'autorité judiciaire est la gardienne de la liberté individuelle* ».

C'est au Juge des Libertés et de la Détention (JLD) que revient la responsabilité de contrôler ces mesures au niveau judiciaire. Depuis l'entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2014 des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 réformant partiellement la loi du 5 juillet 2011, le contrôle obligatoire des mesures d'hospitalisation complète par le JLD s'effectue dans les 12 jours à la date d'admission au lieu de 15 jours. Un contrôle facultatif saisi est également possible. Le nombre global provisoire des contrôles judiciaires des mesures de soins psychiatriques sous contrainte pour 2015, publiés par le ministère de la justice,

montre une hausse du nombre de mesures contrôlées, chaque année depuis 2013. Le nombre de mainlevées comparativement au total des décisions rendues est lui par contre relativement stable depuis 2013, 8,43% en 2015, 8,21% en 2014, 8,57% en 2013(1,2).

Avec cette loi, le JLD devient le seul intervenant compétent pour juger de la régularité de la décision administrative, et examiner le bien-fondé et la nécessité d'une admission sans consentement. Selon les termes de l'article L3216-1 du code santé publique(3), le juge va pouvoir prononcer « *la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet* ». La loi ne quantifie pas l'atteinte. On peut donc conclure que toute irrégularité entraîne une atteinte aux droits(4). De fait, toutes les illégalités retrouvées conduisent logiquement à la nullité juridique des mesures et donc leurs levées. Il semble donc intéressant de pouvoir connaître les raisons qui conduisent le JLD et/ou la cour d'appel à une mainlevée de ces soins psychiatriques sans consentement, pour pouvoir les prévenir si la mesure est toujours médicalement nécessaire.

Les soins psychiatriques ont donc rejoint le droit commun. Mais l'application de cette nouvelle législation est hétérogène en fonction des lieux, des juges, des avocats, qui sont normalement obligatoirement présent lors des audiences, des administrations préfectorales et des psychiatres.

Le but de ce travail est d'évaluer le taux de mainlevées des mesures de soins sous contraintes par le JLD en Loire-Atlantique sur une période allant du 1^{er} décembre 2013 au 30 juin 2015. Et d'essayer d'extraire les motifs de ces mainlevées par le JLD et/ou la cour d'appel.

Historique

La France est un pays de droit, c'est ainsi que toute norme juridique doit être conforme à sa constitution mais également aux conventions internationales qui ont été adoptées et ratifiées par elle.

I. La loi de 1838

C'est certainement avec le « *Grand Renfermement* », qui commence avec la création de l'Hôpital Général de Paris en 1656, que débute une véritable réflexion législative autour de l'enfermement des aliénés (5).

Avant la promulgation de la loi du 30 juin 1838, il n'existait pas de législation spécifique sur la séquestration des aliénés, ni d'établissement qui leur soit réservé, ou de personnel spécialisé, donc de médecin spécialisé. Sous l'Ancien Régime, plusieurs autorités peuvent prononcer l'enfermement d'un insensé, dans le cadre de procédures régies par l'usage et réglées par la jurisprudence(6). Ainsi les intervenants majeurs de ce système complexe sont : le ministre de la Maison du roi (depuis l'introduction des lettres de cachet), le Procureur général au Parlement (ordre d'admission aux Petites-Maisons, en Hôpital Général), le lieutenant général de police (ordonnance de police, qui peut être mis en parallèle avec les placements d'office de la loi de 1838) et ses homologues de province, le lieutenant civil (sentence d'interdiction). Mais cet enfermement peut également être prononcé par jugement de toute cour de justice. C'est l'autorité responsable de l'admission, dans la plupart des cas, qui décide de la sortie éventuelle. Ainsi, la lettre de cachet est un mode parmi d'autres d'internement, et pas seulement des aliénés.

Dans sa procédure ordinaire, elle assure des garanties contre l'arbitraire, en multipliant le nombre de protagonistes. Il peut exister un appel des décisions administratives selon le droit commun devant le Parlement de Paris, seules les décisions émanant du roi échappent aux contrôles judiciaires.

Suite à la Révolution française, la prise en charge des aliénés est restée dans un grand vide législatif. Pourtant personne ne remet en cause l'internement des aliénés, même si il n'existe plus de base juridique et administrative. Trois grandes difficultés peuvent expliquer qu'il a fallu attendre 1838, en France, pour qu'une véritable loi régisse enfin l'internement des aliénés : les changements successifs de régime et de politique depuis 1789, le manque chronique de finances, et l'ambiguïté fondamentale que constitue tout internement (l'asile doit soigner et séquestrer)(7). Cette dernière contradiction se révèle à travers le conflit des autorités appelées à se prononcer sur ce type de mesure : l'autorité judiciaire, l'autorité administrative et la nouvelle venue qui est l'autorité médicale.

Ce sont deux des principaux élèves de Pinel, Esquirol et Ferrus qui sont à l'origine de la loi du 30 juin 1838, signée par le roi Louis-Philippe et qui organise l'hospitalisation dans les établissements publics et privés et la protection des malades et de leurs biens(8). Adoptée à l'unanimité par la Chambre des pairs, la loi est votée par la Chambre des députés le 14 juin 1838 et promulguée le 30 juin. Elle définit plusieurs règles :

- Chaque département est désormais tenu d'avoir un asile d'aliénés ou de traiter avec un autre établissement public ou privé (article premier)
- Ces établissements sont placés sous l'autorité publique (article deux)
- Elle introduit la possibilité d'un recours judiciaire (article 4), qui a pour but selon le législateur de lutter contre l'internement arbitraire(9).
- Le préfet et des délégués désignés par le ministre de l'Intérieur, le président du tribunal, le procureur du Roi, le juge de la paix, le maire de la commune sont chargés de visiter les établissements (article 4)

Dans cette loi du 30 juin 1838, les placements sont désormais soumis à une réglementation précise selon deux modes :

- Les placements volontaires (Article 8) qui nécessitent la remise, au chef d'établissement, d'une demande d'admission de l'entourage (précisant le lien de parenté) et d'un seul certificat médical, datant de moins de 15 jours, « *constatant l'état mental de la personne à placer* » (le chef d'établissement pouvant s'en dispenser en cas d'urgence). Ces différents documents, avec l'ajout d'un certificat d'un médecin de l'établissement, doivent par la suite être adressés, dans les 24 heures, au préfet. Lui même doit notifier le placement dans les 3 jours au procureur du Roi (Article 10). De plus, un second certificat médical de l'établissement doit être adressé dans les quinze jours au préfet (Article 11). Le placement volontaire peut donner lieu à la sortie, même en l'absence de guérison, si le placeur en fait la demande(10).
- Les placements d'office (Article 18) qui sont des placements ordonnés par l'autorité publique : le préfet. Ces ordres doivent être « *motivés* » et interviennent chez les personnes dont « *l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public* ». Une mesure provisoire peut être ordonnée par le maire, en cas de danger imminent, soit attestée par un certificat médical mais également « *par la notoriété publique* », elle devra être régularisée par le préfet dans les 24 heures. Un rapport médical, tous les six mois, devra être adressé au préfet (article 24).

L'article 29, relatif aux dispositions communes à toutes les personnes placées dans les établissements d'aliénés, rappelle la possibilité d'un recours au tribunal, « *à quelque époque que ce soit* » par toute personne placée, son tuteur, parent ou ami. La décision sera alors rendue sans délai, et n'aura pas besoin d'être motivée.

Ainsi deux juges sont destinés à statuer dans le domaine des placements. Il s'agit du juge administratif car la décision de l'internement est prise par l'autorité administrative, et le juge judiciaire, désigné comme le garant de la liberté

individuelle(9). Le contrôle de la forme est attribué au juge administratif et le fond au juge judiciaire. C'est l'internement arbitraire qui se veut, dans cette organisation, visé par le législateur, d'autant plus qu'il fait intervenir trois instances censées s'équilibrer (préfectorale, judiciaire et médicale).

Dès la discussion autour de la loi de 1838 apparaît les premiers débats autour de la judiciarisation de la décision de placement. Pour ses partisans, elle constitue une peine qui ne peut-être prononcée qu'après un débat contradictoire où l'intéressé se fait entendre. Esquirol explique que *« les caractères de l'autorité administrative sont éminemment appropriés à la nature et à l'ordre des mesures propres à prévenir les abus auxquels l'isolement peut servir de prétexte. En effet cette autorité embrasse dans son action tous les intérêts d'ordre et de salubrité publique ; elle agit avec promptitude et discrétion ; s'il est possible qu'elle s'égare, ses erreurs sont soumises au contrôle de l'autorité judiciaire. Celle-ci par la lenteur et la solennité de ses formes manque aux conditions les plus favorables aux aliénés, à la promptitude dans l'exécution des mesures et au secret en divulguant l'état mental des malades »*(11). Ainsi la décision de placement est une mesure médicale qui doit être rapide et discrète. L'autorité administrative en est responsable car elle répond à ces critères, mais reste sous le contrôle judiciaire pour la vérifier ou l'annuler à tout moment. Falret approuve en déclarant que *« sur la question de savoir à quel ordre d'autorité publique il convient de confier l'isolement des aliénés, nous trouvons en faveur de l'autorité administrative les plus nombreux et les plus puissants exemples »*(12).

Dans la pratique, la tâche du juge est compliquée, et il se contentera de contre signer le diagnostic qui aura été porté. Cette décision est rendue à huis clos et n'est pas motivée. La loi dite «loi sécurité et liberté »(13) de février 1981 fera évoluer cette conception, ainsi le président du Tribunal de Grande Instance (TGI), saisi dans le cadre d'une demande de mainlevée d'hospitalisation sans consentement, devra motiver ses décisions à l'issue d'un débat contradictoire. Ainsi, elle va contribuer à renforcer les droits des personnes hospitalisées, en imposant un contrôle de l'action de l'administration.

II. La loi de 1990

La période s'étendant entre 1870 et 1939 va connaître plus de quinze projets de réforme de la loi de 1838, sans jamais déboucher sur une modification du texte. Dans l'entre deux guerres, quelques avancées vont tout de même avoir lieu : l'ouverture des services libres en 1922 avec leur officialisation ministérielle par la circulaire du 3 octobre 1937, la possibilité de transformer un placement d'office en placement volontaire en 1938, et la création des sorties d'essai qui vont modifier la pratique de la loi de 1838. Après 1945, deux types de projets de remplacement se succèdent : soit on revendique des lois spécifiques de judiciarisation du placement volontaire, soit on exige des lois instituant un droit commun par l'abrogation des lois spécifiques en vigueur(14).

Il existe une discussion majeure qui a remis en cause le principe même de la loi de 1838 et qui ressurgit dans tous les projets visant à la réformer, jusqu'à la loi de 1990 : elle consiste à faire intervenir l'autorité judiciaire dans la décision de placement. Un siècle et demi après son entrée en vigueur, et malgré l'échec de multiples tentatives de réformes qui prévoyaient notamment une judiciarisation accrue des placements, la loi de 1838 semble de plus en plus dépassée. La plupart des psychiatres s'exprimant sur la judiciarisation dans les années 60 jusque 80 y sont opposés, dans le but de défendre la compétence médicale dans la capacité d'évaluation au jour le jour de la nécessité de retenir le malade contre son gré. C'est la loi promulguée le 27 juin 1990, « *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de trouble mentaux* », qui va définir un nouveau cadre légal, elle concerne l'ensemble des articles L326-1 à L 355 du Code de la santé publique.

Une des principales évolutions avec la loi du 27 juin 1990(15), touche aux termes employés, ainsi on ne parle plus d'aliénés mais de personnes atteintes de troubles mentaux, ni de placement mais d'hospitalisation. Même si les grands principes de l'ancienne loi n'ont pas vraiment été modifiés, cette loi se veut garante des droits des personnes hospitalisées. En voulant affirmer les droits du malade, elle pose le principe du consentement aux soins, introduit la notion d'hospitalisation libre

et restreint les indications des soins sous contrainte. Dans cette nouvelle loi, l'enfermement de la personne atteinte de trouble mental reste la solution unique au problème de l'obligation de soins(7).

Elle va définir trois modes d'hospitalisations :

- L'hospitalisation libre pour toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux. La personne bénéficie alors des mêmes droits et statut qu'un malade hospitalisé en soins généraux (article L. 362-2). Ce mode d'hospitalisation vise à limiter les restrictions aux libertés individuelles.
- L'hospitalisation sur demande d'un tiers remplace le placement volontaire.
- L'hospitalisation d'office remplace presque sans changement, le placement d'office à l'initiative de l'autorité administrative ou policière.

L'hospitalisation sur demande d'un tiers est définie par la section I du chapitre III concernant les modes d'hospitalisation sans consentement dans les établissements. Ainsi cette modalité ne peut se réaliser que si les troubles mentaux du malade « *rendent impossible son consentement* » et si son état psychique impose par ailleurs, « *des soins immédiats assortis d'une surveillance constante* » (article L. 333). En plus de la demande d'admission manuscrite par un membre de la famille du malade ou par une personne agissant dans l'intérêt de celle-ci, il faut deux certificats médicaux datant de moins de quinze jours et circonstanciés, attestant de l'impossibilité de consentement par le patient et la nécessité qu'il soit soigné et surveillé de manière continue dans un établissement hospitalier. Ainsi, elle diffère de la loi de 1838, où seul un certificat médical était nécessaire pour l'admission (même si il existe une exception avec la possibilité d'admettre un patient avec un seul certificat dans le cadre d'un péril imminent). Ce deuxième certificat a pour but de garantir le respect des libertés individuelles, même si de nombreux psychiatres estiment que c'est une garantie illusoire(16).

Un certificat établi dans les 24 heures suivant l'admission, par un psychiatre de l'établissement, doit « *infirmer ou confirmer la nécessité de maintenir l'hospitalisation sur demande d'un tiers* » (article L. 334). Par la suite, un certificat doit être fourni dans les 15 jours puis de manière mensuelle (Article L. 337). En

dehors de ces certificats périodiques, qui se doivent être systématiques, sous risque de voir se lever la mesure, il peut et il doit être rédigé un certificat de levée d'hospitalisation, dès que la mesure n'est plus justifiée (Article L. 338), qui sera adressé au préfet via le directeur de l'établissement. Les différents certificats doivent être adressés dans les plus brefs délais au directeur d'établissement, ce qui garantit un contrôle extra-médical de l'hospitalisation, qui se doit ensuite d'adresser les différents certificats au préfet et à la Commission Départementale des Personnes Hospitalisées (CDPH). Ici, est réaffirmé le rôle de l'autorité administrative. Selon l'article L. 339, la levée peut être demandée par le tiers, mais le médecin de l'établissement peut ordonner une hospitalisation d'office si il estime que la personne met en danger l'ordre public ou la sûreté des personnes, c'est un sursis provisoire qui se doit d'être confirmé par le préfet. A noter qu'un registre doit être tenu dans chaque établissement concernant les patients hospitalisés sous contrainte, ce registre étant soumis aux personnes autorisées à visiter l'établissement qui sont définies dans le chapitre II.

L'hospitalisation d'office est elle-même définie par la section de ce même chapitre III. Elle diffère très peu de l'internement d'office de la loi de 1838. C'est en effet toujours un arrêté préfectoral (à Paris, le préfet de police) motivé et énonçant avec précision les circonstances rendant l'hospitalisation nécessaire qui ordonne cette hospitalisation d'office. Cet arrêté est prononcé, au vu d'un certificat médical (article L. 342). Un second certificat médical doit être fourni dans les 24 heures par un psychiatre de l'établissement, puis dans les quinze jours, puis mensuellement des certificats doivent être fournis au préfet et à la CDPH confirmant ou infirmant l'hospitalisation (article L. 344). Les personnes hospitalisées sont des personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes. Si le psychiatre de l'établissement déclare que la sortie peut être ordonnée, le directeur de l'établissement est tenu d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet, qui doit statuer sans délai. Cette hospitalisation d'office peut également s'appliquer, selon l'article L. 348, lorsque les autorités judiciaires estiment que l'état mental d'une personne ayant bénéficié d'un non-lieu, d'une relaxe ou d'un acquittement en application des dispositions de l'article 64 du code pénal et que cet état peut compromettre l'ordre public ou la sûreté des personnes. Dans tous les cas, c'est le préfet qui décide la mesure.

Enfin, dans la section III de ce chapitre III, sont définies des dispositions communes à ces différentes modalités d'hospitalisation. Elle introduit principalement la possibilité de sortie d'essai, visant pour les personnes hospitalisées sous contrainte « *à favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale* » (article L. 350). Elles sont décidées par un psychiatre de l'établissement dans le cadre d'hospitalisation sur demande d'un tiers, ou par le préfet, après proposition motivée d'un psychiatre de l'établissement, pour l'hospitalisation d'office. Ainsi l'on voit que les mesures de contrainte ambulatoire ne sont pas clairement définies, mais utilisées de manière détournée par cette possibilité de sortie d'essai.

Le dernier article de cette loi, L. 355-4, définit une obsolescence programmée, ainsi « *une évaluation des dispositions prévues par la présente loi devra être réalisée dans les cinq années suivant sa promulgation* ». Il faudra malgré tout attendre 2011, soit plus de vingt ans pour qu'une nouvelle loi prenne le relais.

La liberté individuelle et les droits des personnes hospitalisées sont au centre de cette nouvelle loi, ils sont garantis dès les premiers articles du texte de loi. L'article L. 362-3 définit que si « *une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans consentement (...) les restrictions à la liberté individuelle doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé* ». Elle insiste sur le fait que la personne doit être informée de sa situation juridique et de ses droits, notamment le droit de recours, « *de communiquer avec les autorités* » et « *de saisir la commission (CDPH)* », d'être assisté par un avocat, rappelle la liberté d'activités religieuses ou philosophiques, d'exercer son droit de vote. Le droit de recours sera à nouveau rappelé à l'article 351, déclarant « *que toute personne hospitalisée sans consentement (...) peuvent, à quelque moment que ce soit, se pourvoir par simple requête devant le président du tribunal de grande instance* ». Le président du tribunal de grande instance peut également se saisir d'office, mais il n'est pas défini de contrôle systématique par l'autorité judiciaire. Ce droit de recours plus effectif se veut plus en accord avec le droit européen dont la garantie essentielle de protection de liberté réside dans un droit permanent à un recours contre la décision d'hospitalisation, définit par l'article 5 alinéa 4 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme(17).

Le chapitre II, concernant les établissements recevant des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux inscrit que pour garantir les droits des personnes hospitalisées, « *ces établissements (...) sont visités sans publicité préalable une fois par semestre par le préfet ou son représentant, le juge du tribunal de grande instance ou son délégué, le maire de la commune et, au moins une fois par trimestre, par le procureur de la République* ».

Elle institue par ailleurs une Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques (CDPH) (article L 332-2), organe de contrôle, qui s'ajoute aux personnes autorisées à visiter les établissements définis dans la loi de 1838. Elle est composée d'un psychiatre désigné par le procureur général près la cour d'appel, un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel et deux personnes qualifiées (dont un psychiatre et un représentant d'une organisation représentative des familles), désignées l'une par le préfet et l'autre par le président du conseil général. Elle est régulièrement avertie des hospitalisations sans consentement, ainsi que de leurs renouvellements et de leurs levées. Elle visite régulièrement les établissements, et vérifie les registres légaux. Cette commission peut proposer, si besoin, l'étude par le Tribunal de Grande Instance des cas de patients hospitalisés sans consentement dont il pourra ordonner la sortie.

Cette loi maintient le caractère administratif de la décision d'hospitalisation sans consentement. Au niveau européen, la justification médicale du soin contraint est conforme à la tradition française tendant à rejeter la judiciarisation des hospitalisations sans consentement. La nécessité d'hospitalisation doit dépendre systématiquement de la nécessité thérapeutique. Malgré tout, ce texte reproduit l'ambiguïté des recommandations et jurisprudences européennes qui font de la nécessité psychiatrique un critère second par rapport au critère de dangerosité, notamment en faisant du danger le critère décisif de l'hospitalisation d'office(14).

Le juge des libertés et de la détention (JLD) est un poste créé par la loi du 15 juin 2000. Il s'agit d'un magistrat du siège du tribunal de grande instance qui possède diverses attributions en matière de respect de la liberté individuelle (18) :

- En matière de détention provisoire, il peut ordonner ou prolonger la détention provisoire par ordonnance motivée prise par un

débat contradictoire tenu en public, encadrer les obligations judiciaires et les demandes de mises en liberté « *auxquelles le juge d'instruction n'a pas fait droit* ».

- En matière de protection de la liberté individuelle, il récupère les attributions confiées au président du tribunal de grande instance précédemment. C'est dans ce domaine qu'il a un rôle important dans le contrôle des soins sans consentement dans la loi du 5 juillet 2011. Il est également compétent pour autoriser certaines perquisitions ou prolongations de certaines gardes à vue, et statue, au-delà d'un certain délai, sur le maintien des étrangers en situation irrégulière en zone d'attente et en rétention administrative.

Par la suite, les propositions de réformes de la loi du 27 juin 1990 ont soumis un rôle différent pour l'intervention du JLD (9): certains estimant que cette intervention devait être systématique et prévue dès l'initiation des soins qu'ils soient ambulatoires ou hospitaliers ; d'autres envisageaient que cette intervention soit maintenue comme un simple recours pour les hospitalisations sous contrainte ou pour l'ensemble des soins sous contrainte, avec un délai fixe au juge pour rendre sa décision.

III. Loi du 4 mars 2002

La loi du 4 mars 2002, « *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé* », a légiféré sur la protection des personnes, notamment le droit à être informé de manière éclairée et à consentir aux soins, et sur la qualité du système de santé (19). Ainsi l'article L. 1111-4 définit que :

- « *toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé. Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des*

conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre un traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables.

- *Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté. »*

Il s'agit d'un texte généraliste applicable à l'ensemble des domaines médicaux mais qui n'aborde pas les spécificités de la psychiatrie et notamment la conscience partielle des troubles et leur déni par le malade mental.

Il est toutefois à noter que cette loi prévoit qu'en cas d'impossibilité par la personne d'exprimer sa volonté et avec l'accord de la sa famille, la possibilité de réaliser des soins indispensables à la survie du patient et donc notamment la mise en place d'une hospitalisation ou la réalisation de traitements psychotropes sous contrainte(20). Même si, il est mis en avant que dans un premier temps le médecin doit tout mettre en œuvre pour informer le malade de sa pathologie, de ses risques évolutifs et de la nécessité de traitement et de tenter de le raisonner et de le persuader en cas de refus. En cas d'impossibilité, des soins psychiatriques visant à améliorer le pronostic de la maladie peuvent être réalisés, uniquement pendant la période où le patient est « hors d'état d'exprimer sa volonté ».

La loi du 4 mars 2002 a apporté quelques modifications à la loi du 27 juin 1990, et précisera notamment deux garanties légales : principalement le critère thérapeutique et médicale de l'hospitalisation d'office et la nécessité d'un trouble grave à l'ordre public.

IV. La loi de 2011

A. Historique de la réforme

La Cour européenne des droits de l'homme a mis en défaut la législation datant de 1990, notamment en rendant deux décisions concernant la France et précipitant la rédaction d'un nouveau projet de loi :

- Dans la décision du 18 novembre 2010, concernant l'affaire Baudoin contre France (21), la CEDH condamne la France au motif de la violation du droit de recours effectif en raison de l'articulation des compétences entre juge judiciaire et juge administratif, garanti par la Convention européenne des droits de l'Homme au titre de l'article 5 alinéa 4. En effet le juge administratif, seul compétent pour statuer sur la légalité de la détention ne peut, s'il l'estime illégale, ordonner la libération que seul le juge judiciaire peut ordonner. Le requérant, né en 1945, avait été hospitalisé d'office par un arrêté préfectoral le 16 juillet 1998, les arrêtés ayant été renouvelés jusqu'à la date de décision. Le requérant avait saisi à de multiples reprises les juridictions françaises, notamment le juge administratif et trois fois le juge judiciaire (selon l'article qui permet de pourvoir une requête devant le président du tribunal de grande instance), afin d'obtenir la mainlevée de la mesure d'hospitalisation. A plusieurs reprises le juge administratif condamna la légalité de la détention, en annulant les arrêtés, mais se déclarant incompétent pour décider d'une libération. Les trois recours portés devant le juge judiciaire n'aboutiront pas, même si une décision autorisant la sortie du patient fut annulée en appel. Au total la Cour a estimé qu'il y a eu violation de l'article 5 alinéa 1 de la convention du fait que sa privation de liberté n'a pas été effectué « selon les voies légales » entre le 21 octobre 2004 et le

9 novembre 2004 ; et de l'article 5 alinéa 4 en ce que le requérant n'a pas disposé d'un recours effectif permettant d'obtenir une décision et mettant fin à sa privation de liberté irrégulière, et que les procédures judiciaires introduites par le requérant n'ont pas respecté l'obligation d'examen à bref délai.

- Dans la décision du 14 avril 2011, portant sur l'affaire Patoux contre France(22), la CEDH reproche à la France de ne pas respecter l'exigence du « bref délai » dans le traitement des demandes de sortie immédiate. Mme Marie-Claude Patoux, née en 1946, a été hospitalisée d'office par un arrêté le 31 mars 2006. Son époux a saisi le JLD pour une demande de mainlevée d'hospitalisation, le 3 avril 2006, le JLD demande une expertise le 27 avril 2006, qui aura lieu le 4 mai, pour finalement le 19 mai rejeter la demande de mainlevée et de contre expertise demandée par l'avocat de la requérante. C'est au sujet de ce délai de 46 jours entre la demande de sortie immédiate et l'audience devant le juge que la France sera condamnée. En effet, la cour considère que l'article 5 alinéa 4 de la Convention a été violée dans le sens qu'il ne répond pas à l'exigence du « bref délai » prévu par cet article.

La question prioritaire de constitutionnalité a été introduite lors de la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008. Elle est entrée en vigueur le 1er mars 2010, permettant d'instituer un contrôle de constitutionnalité a posteriori. Elle permet à tout justiciable de contester d'une disposition législative à l'occasion d'un procès devant une juridiction administrative ou judiciaire, lorsqu'il estime qu'un texte porte atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution française(23). Une décision est alors rendu par le Conseil constitutionnel, et ne peut pas être soumise à un éventuel recours.

Deux décisions ont été rendues en 2010 et 2011 par le Conseil constitutionnel relevant une double inconstitutionnalité des textes de la loi du 27 juin 1990 :

- Une décision du 26 novembre 2010 du Conseil constitutionnel(24), déclare contraire à la Constitution l'article L.337 du code de santé publique (devenu son article L.3212-7), qui organise la procédure de prolongation d'hospitalisation à la demande d'un tiers, au motif que l'absence d'intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire avant l'expiration d'un délai de 15 jours méconnaît la protection constitutionnelle de la liberté individuelle garanti par la Constitution. En effet l'article 66 *déclare que « nul ne peut être arbitrairement détenu »* et que *« l'autorité judiciaire gardienne de la liberté individuelle assure ce principe dans les conditions prévues par la loi »*(25).
- Une décision du 9 juin 2011 rendue par le Conseil constitutionnel (26) a déclaré que deux articles de la loi régissant l'hospitalisation d'office était contraire à la Constitution. Il s'agit de l'article L3213-1 qui fixe les conditions dans lesquelles l'hospitalisation d'office peut être ordonnée, et de l'article L3213-4 qui prévoit les conditions de sa prolongation au-delà d'un mois. Dans le premier cas, il a été déclaré contraire au motif que dans l'hypothèse où il existe une divergence entre l'avis du psychiatre traitant, qui estime que l'hospitalisation n'est plus justifiée, et l'autorité administrative compétente, qui refuse la levée de la mesure, il n'existe pas de possibilité de réexamen à bref délai de la personne hospitalisée. Dans le second cas, il a été déclaré contraire pour les mêmes motifs que ceux retenus dans la décision du 26 novembre 2010, en ce qu'il permet que l'hospitalisation d'office soit maintenue au delà de quinze jours sans intervention de l'autorité judiciaire.

Les décisions apportées par le conseil constitutionnel montre qu'une loi portant sur des soins sans consentement est constitutionnelle, mais qu'elle se doit *« d'assurer la conciliation entre, d'une part la protection de la santé des personnes atteintes de troubles mentaux ainsi que la prévention des atteintes à l'ordre public*

nécessaire à la sauvegarde de droits et de principes de valeurs constitutionnelles, et, d'autre part, l'exercice des libertés constitutionnellement garanties » et que « les atteintes portées à l'exercice de ces libertés doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées ».

A cela s'ajoute deux autres mouvements qui ont influencé cette loi. L'un, conduit par les familles sous l'égide de leurs représentants et particulièrement l'Unafam, qui demandait que ce ne soit plus l'hospitalisation qui soit demandée mais la mise en soins, laissant aux psychiatres l'évaluation de leur forme la plus adaptée à la situation clinique. L'autre, politique, suite à deux événements dramatiques, qui avaient affecté la population, le meurtre de deux soignantes en décembre 2004, et celui d'un étudiant par un patient en 2008(27).

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté a également émis un avis le 15 février 2011, publié au journal officiel du 20 mars 2011, considérant que le juge judiciaire devait davantage jouer son rôle(28).

Au final, trois points particuliers imposaient une réécriture de la loi pour tenir compte des jurisprudences nationales et européennes(9) :

- La nécessité d'une définition légale du principe de « bref délai » pour examiner les demandes de sortie d'hospitalisation.
- La nécessité d'information et l'obligation de recueil des observations et du consentement du patient hospitalisé ou, en cas d'impossibilité, le constat écrit de celle-ci.
- L'articulation des compétences entre les juges administratif et judiciaire.

Elle a été modifiée partiellement par la loi du 27 septembre 2013, suite à deux nouvelles décisions du conseil constitutionnel concernant les patients ayant séjourné en Unité pour Malades Difficiles.

B. Apports de la loi et modalités d'admission

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* » (29) a donc été votée du fait de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et du Conseil d'Etat, ainsi que de l'inconstitutionnalité prononcée par le Conseil constitutionnel de l'hospitalisation à la demande d'un tiers puis de l'hospitalisation d'office. Elle est donc, depuis le 1er août 2011, et son entrée en vigueur, la loi qui régit les soins sans consentement des patients atteints de troubles mentaux.

Elle apporte deux modifications majeures au régime des hospitalisations sans consentement :

- Elle introduit un contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention de toute hospitalisation sans consentement prolongée au delà de quinze jours. Ainsi, depuis 1838, et au contraire de la plupart des autres pays de l'Union européenne, c'est l'administration, en la personne du directeur d'hôpital et du préfet, et non le juge de l'instance qui a le pouvoir de priver une personne de sa liberté pour le placer en hôpital psychiatrique. Cette réforme ne modifie pas le caractère administratif de la contrainte, mais fait intervenir le juge a posteriori: le caractère d'intervention *systématique* du contrôle judiciaire est une nouveauté majeure.
- Elle substitue la notion d'hospitalisation à celle de soins psychiatriques sans consentement et crée ainsi la possibilité de soins en dehors de l'hospitalisation complète, en s'appuyant sur un programme de soins élaboré par un psychiatre de l'établissement.

Elle modifie peu les types de régime d'hospitalisation sans consentement disponible. En cas de trouble à l'ordre public, l'hospitalisation d'office est dorénavant

appelée admission en Soins psychiatriques sur Décision d'un Représentant de l'Etat (SDRE). En cas de nécessité pour le patient, l'hospitalisation à la demande d'un tiers devient l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent. L'hospitalisation libre est elle remplacée par les soins psychiatriques libres.

Dans son objectif de garantir le respect des libertés individuelles, cette loi débute par un chapitre intitulé « *droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques* » :

- L'article L3211-1 énonce le principe de base qui est celui de la nécessité de consentement de toute personne avant les soins. De plus le patient ou sa famille dispose du droit de libre choix de son médecin ou de l'équipe de santé mentale.
- L'article L3211-2 rappelle que le patient hospitalisé en soins libres dispose « *des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause* ». Puis il définit dans ces alinéas, les différentes formes de soins des personnes contraintes (hospitalisation complète ou soins ambulatoires), ainsi que les certificats réguliers lors de la période d'observation.
- L'article L3211-3 définit les droits et libertés des patients en soins sans consentement. Il précise que « *la restriction à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental* ». Et il insiste sur le respect de la dignité de la personne et la recherche de sa réinsertion. Le patient doit être informé de chaque décision qui le concerne, et ses observations doivent être recherchées par tous les moyens « *dans la mesure où son état le permet* ». Il doit notamment être informé de la décision d'admission, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours disponibles. Enfin, cet article définit des droits dont dispose le patient « *en tout état de cause* » :

- Communiquer avec les autorités

- Saisir la commission départementale des soins psychiatriques
 - Porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de la liberté des faits ou situations susceptibles de relever de ses compétences
 - Prendre conseil d'un médecin ou un avocat de son choix
 - Emettre ou recevoir du courrier
 - Consulter le règlement intérieur
 - Exercer son droit de vote
 - Se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix
- L'article L3211-5 définit qu'à l'issue des soins la personne conserve la totalité de ses droits et devoirs de citoyens, sous réserve d'une mesure de protection des majeurs.
 - L'article 3211-12 définit les personnes qui peuvent saisir le juge des libertés à tout moment.

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent est décidée par le directeur d'établissement. Elle diverge peu de la précédente loi, elle introduit cependant une augmentation des certificats obligatoires et la création d'une nouvelle modalité d'admission. Les articles L3212-1 et L3212-3 (pour la modalité en cas d'urgence) prévoient les conditions nécessaires à l'admission. Ces Soins psychiatriques sur Décision du Directeur de l'Etablissement (SDDE) regroupent trois procédures :

- L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers « classique ». Les modalités d'instauration sont définies par l'article L3212-1-II-1 du Code de la santé publique. La demande est faite « *par un membre de la famille du malade ou par une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci* ». La demande manuscrite, dont le directeur d'établissement doit vérifier la conformité, doit être accompagnée de deux

certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours, dont l'un des deux est établi par un médecin extérieur à l'établissement. Ces certificats médicaux doivent « *constater l'état mental de la personne, indiquer les caractéristiques de la maladie et la nécessité de recevoir des soins* ».

- L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence, les modalités sont définies par l'article L3212-3. Les modalités de la demande sont les mêmes, à la différence qu'elle peut être accompagnée d'un seul certificat médical, qui le cas échéant, peut émaner d'un médecin de l'établissement.

- L'admission en soins psychiatriques en péril imminent, dont les modalités sont définies par l'article L3212-1-II-2. Elle définit que lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de la part d'un tiers et « *qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical* » d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil, le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission au vu de ce seul certificat. Le péril imminent est défini par la Haute Autorité de Santé comme « *l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* »(30). Par la suite, le directeur d'établissement dispose de 24 heures pour informer un tiers.

Les admissions en Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'état sont prononcées par arrêté du représentant de l'Etat dans le département lorsque « *les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public* ». Ces arrêtés doivent être motivés, énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire, et désigner l'établissement d'accueil. Selon l'article L3213-1, cet arrêté est prononcé au vu d'un certificat médical circonstancié n'émanant pas d'un médecin travaillant dans l'établissement d'accueil.

Il existe trois types de procédures :

- La procédure « classique » prévue par l'article L3213-1
- Une autre modalité d'entrée dans les soins, prévue par l'article L3213-2, existe dans le « *cas de danger imminent pour la sûreté des personnes* ». Elle se fonde sur la base d'un avis médical (et non un

certificat) attestant la situation de danger imminent pour la sûreté des personnes, un arrêt provisoire du maire (ou les commissaires de police à Paris) met en place toutes les mesures provisoires nécessaires à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, en l'occurrence le début de prise en charge et des soins sous contraintes. Au départ la loi prévoyait que ces mesures puissent être prises sur la base de « *la notoriété publique* », ce qui existait dans les précédentes lois, mais cette disposition a été jugée inconstitutionnelle dans une décision du 6 octobre 2011 du Conseil constitutionnel. La situation doit être référée dans les 24 heures au représentant de l'Etat qui statue sans délai et prononce, s'il il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques. Faute de décision, ces mesures provisoires sont caduques.

- Enfin, une procédure judiciaire selon l'article L3213-7 qui permet aux autorités judiciaires d'aviser le représentant de l'Etat suite à une décision de « *classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale* », si ils estiment que l'état mental de la personne « *nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public* ». Un certificat médical doit alors être produit « *sans délai* ».

Une fois une personne admise en soins psychiatriques sans consentement, une période initiale de soins et d'observations de 72 heures débute, nécessairement sous forme d'hospitalisation complète (article L3211-2-2). Aucun programme de soins ne peut être instauré avant la fin de cette période initiale. Une levée de la mesure peut être demandée à tout moment par le psychiatre de l'établissement d'accueil. Au cours de ces 72 heures, le patient doit bénéficier d'au moins deux examens psychiatriques et un examen médical non psychiatrique. A noter, que selon l'article L3211-2-3, si le patient est pris initialement en charge dans un établissement de santé n'étant pas agréé pour les soins sans consentement, il doit être transféré dans les 48 heures dans un établissement approprié.

Au cours de cette période, deux certificats médicaux doivent être établis, dans les 24 heures suivant l'admission puis avant les 72 heures, devant confirmer l'état mental du patient et la nécessité ou non de poursuivre les soins. Dans tous les cas, le psychiatre certificateur est différent de celui ou ceux ayant produit les certificats pour l'admission. Dans la procédure classique de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, un même psychiatre peut produire le certificat de 24 et celui de 72 heures, ce n'est pas possible dans tous les autres cas. Si ces deux certificats ont conclu à la nécessité de maintenir des soins, le psychiatre propose, de manière motivée dans le certificat de 72 heures, la forme de la prise en charge : hospitalisation complète ou programme de soins. A partir de ce moment, et tant que les soins psychiatriques sans consentement sont valides, la prise en charge peut alterner selon ces deux modalités.

Quelque soit la mesure et la forme des soins, un certificat médical circonstancié doit être établi tous les mois, il confirme ou infirme la nécessité de poursuite des soins, en précisant la forme de prise en charge. Avant la loi du 27 septembre 2013, il était nécessaire de fournir un certificat entre le 5ème et le 8ème jour d'hospitalisation. Par la suite, les soins sont maintenus par le directeur de l'établissement pour des périodes d'un mois renouvelables, ou par les arrêtés du représentant de l'Etat pour une durée d'un mois à la fin de la période initial, puis pour une période de 3 mois, puis pour des périodes maximales de 6 mois renouvelables.

La levée de la mesure de soins peut se faire de plusieurs façons : le plus souvent sur avis du psychiatre, à la demande du tiers dans le cas d'une admission en soins à la demande d'un tiers, un arrêté préfectoral validant une proposition du psychiatre dans le cadre des soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat, par le directeur de l'établissement à la demande de la Commission Départementale des Soins Psychiatriques ou sur décision du JLD.

Selon l'article L3212-7, si la durée des soins sans consentement excède une période continue d'un an, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie réalisée par un collège de trois membres appartenant au personnel de l'établissement. Cette évaluation est renouvelée tous les ans.

C. Contrôle des mesures

Actuellement, les autorités chargées du contrôle de la légalité et auxquelles les malades peuvent recourir sont nombreuses : le juge des libertés et de la détention, le président du tribunal de grande instance, le procureur de la République, la Commission départementale des soins psychiatriques, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté, les tribunaux civils et administratifs, le préfet et le maire du lieu d'hospitalisation.

D. Commission départementale des soins psychiatriques

Dans cette loi, le rôle de contrôle de la commission départementale des soins psychiatriques est affirmé (article L3223-1), elle succède à la CDHP. Elle examine la situation de toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques dont elle reçoit une réclamation, mais également de manière systématique les situations de toute personne admise en péril imminent, ou dont les soins se prolongent au delà d'une durée d'un an. Elle est informée de toutes les décisions d'admissions en soins psychiatriques et du renouvellement de cette décision. Elle visite les établissements psychiatriques, au moins deux fois par an. Le directeur de l'établissement ou le représentant de l'Etat prononce la levée de la mesure des soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée par la commission à l'issue de son évaluation.

E. Le juge des libertés de la détention

La loi du 5 juillet 2011 a maintenu la possibilité d'un recours auprès du juge des libertés et de la détention pour qu'il apporte un regard extérieur.

Dans l'article L3211-12 est défini le rôle du juge des libertés et de la détention et ses modalités d'intervention. Le juge des libertés et de la détention intervient de trois manières :

- Un contrôle de plein droit avec une intervention systématique, sur saisine du directeur ou du préfet dans un délai de 12 jours puis tous les 6 mois dans le cadre des mesures d'hospitalisation complète. Il s'agit de la principale innovation.
- Une saisine facultative, à la demande, même si la mesure de soins ne s'exécute pas sous le régime de l'hospitalisation complète :
 - Du patient,
 - Les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure,
 - Le tuteur ou le curateur, si la personne majeure est sous mesure de protection,
 - Son conjoint, son concubin, personne liée par un PACS,
 - Personne qui a formulé la demande de soins,
 - Un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne,
 - Le Procureur de la République,
 - Le juge peut également se saisir de lui-même.
- Désaccord entre le préfet et le psychiatre de l'établissement, dans le cadre de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'Etat lorsque le psychiatre ne les estime plus nécessaires au contraire du préfet.

Le but du JLD est de contrôler la régularité de la procédure. La loi du 27 septembre 2013 (31), a modifié la loi de juillet 2011, en modifiant le délai de recours du juge des libertés et de la détention, ainsi toute hospitalisation complète doit faire l'objet d'un examen par le juge dans un délai de 12 jours suivant l'admission, puis tous les 6 mois tant que l'hospitalisation complète se prolonge. Cette disposition est applicable depuis le 1^{er} septembre 2014. Le juge des libertés et de la détention doit être saisi dans un délai de 8 jours à compter de l'admission, un avis médical accompagne la saisine du juge, ou l'avis du collège pluridisciplinaire après un an

d'hospitalisation complète. Le juge compétent pour rendre une décision est celui dans le ressort duquel est situé l'établissement de santé qui assure la prise en charge du patient au jour de la saisine du juge.

Les audiences où il examine les situations de plusieurs patients ont lieu soit à l'hôpital dans une salle d'audience spécialement aménagée ou si nécessaire dans un autre établissement dépendant du même Tribunal de Grande Instance. La salle doit se trouver hors de l'unité fermée pour répondre aux exigences de la décision 2003-484 du Conseil Constitutionnel(32), prise dans le cadre du droit des étrangers, d'autant plus que la décision est rendue publiquement. En cas d'impossibilité *« d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ainsi que l'accès au public »* (article L3212-12-1 du CSP), le juge ou l'une des parties peut demander à ce que l'audience est lieu au siège du tribunal de grande instance, soit au tribunal de Grande Instance selon l'article L3211-12-2. Cette audience est un débat contradictoire. Le principe du contradictoire est un principe du droit civil selon lequel la procédure doit laisser place à un débat contradictoire entre les parties. Le patient est auditionné sauf en cas d'avis médical contraire, la personne est alors représentée par un avocat. Le juge peut décider d'entendre le patient soit en audience publique, soit en chambre du conseil pour préserver l'intimité de la vie privée ou à la demande d'une des parties. Le juge doit avoir accès à l'ensemble des certificats rédigés depuis le début de la prise en charge, la décision d'admission du directeur de l'établissement, l'identité du tiers demandeur ou la copie de l'arrêté préfectoral en cas de SDRE.

Depuis la modification de la loi le 27 septembre 2013, le patient est obligatoirement assisté ou représenté par un avocat de son choix ou commis d'office. En effet selon l'article L3211-12-2 du code de santé publique : *« A l'audience, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est entendue, assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. Si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition, la personne est représentée par un avocat dans les conditions prévues au présent alinéa »*. De plus, cette modification de la loi supprime la possibilité pour l'audience de se dérouler en visioconférence. Cette décision fait

suite à l'avis du Contrôleur général des lieux de privations de liberté du 14 octobre 2011, qui estime que ce mode de tenue de l'audience est inappropriée à la matière.

Le JLD appuie ses décisions sur le fond ou sur la forme. La notion de forme est définie comme « l'obligation d'ordre procédural devant être respectée dans l'accomplissement d'un acte juridique »(33), il s'agit du contrôle de la régularité de la procédure. La notion de fond correspond elle à ce qui a trait à l'essence et à la nature intrinsèque d'un acte juridique.

- Sur la forme, on peut lister divers motifs (4):
 - Incompétence de l'autorité administrative ou du médecin,
 - L'absence de motivations des décisions administratives,
 - Le non respect des délais
 - L'absence de production de l'ensemble des certificats médicaux
 - Le défaut de qualité du tiers et l'invalidité de la demande de soins
 - Le défaut de procédure contradictoire,
 - Le défaut d'information préalable du patient sur ses droits (notamment sur sa situation juridique, ses droits et voies de recours),
 - Le défaut d'information du patient sur les décisions qui le concernent et de leurs notifications,
 - Le défaut de prise en compte des observations du patient.

- Sur le fond, le juge examine le bien-fondé de la mesure.

Il peut rendre diverses décisions :

- Ordonnance de maintien de l'hospitalisation complète,
- Ordonnance de mainlevée totale de la mesure de soins sans consentement,
- Ordonnance de mainlevée de l'hospitalisation complète, mais « *lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai*

maximal de vingt-quatre heures afin qu'un programme de soins puisse le cas échéant, être établi » (article L3211-12),

- Ordonnance de maintien de la mesure de soins sans consentement,
- Ordonnance d'irrecevabilité
- Ordonnance de demande d'expertise.

En cas de demande d'expertise, le délai maximal pour rendre une décision est prolongé de 14 jours.

Un appel peut être formé devant la Cour d'appel, non suspensif sauf en cas de risque d'atteinte grave à l'intégrité du patient ou d'autrui avec demande spéciale formulée par le Procureur de la République. L'appel doit être formé dans un délai de six heures à compter de la notification de l'ordonnance à l'auteur de la saisine. Si une demande d'appel suspensif est formulée, le premier président de la cour d'appel ou son délégué doit décider sans délai de l'effet suspensif. En cas d'appel suspensif, le premier président de la cour d'appel se prononce sur la demande dans un délai de trois jours à compter de la déclaration d'appel. Dans ce délai, une ordonnance peut demander une expertise, le premier président de la cour d'appel a alors 14 jours pour se prononcer. Il rend une décision motivée qui n'est pas susceptible de recours.

On constate ainsi que l'intervention judiciaire est prévue soit sur requête du patient, mais surtout dorénavant de manière systématique. Elle suit une évolution ancienne où il est admis depuis plusieurs siècles que les soins sans consentement, la privation de liberté, ne doivent en aucun cas être pris sans l'intervention, l'autorisation, le contrôle d'une autorité publique, ce qui permet une garantie indispensable contre les abus et la protection des droits sacrés de la liberté individuelle. Au cours du temps, s'est posé la question d'un exercice de ce pouvoir a posteriori, à la demande ou de manière systématique (6). On a vu que depuis 1838, les représentants de l'autorité judiciaire (le président du tribunal, le procureur et le juge de la paix en 1838, puis le juge du tribunal de grande instance, le président du tribunal de grande instance, le procureur en 1990) sont informés systématiquement, et sont chargés de visiter les établissements. Ils ont également le pouvoir de sanctionner les médecins et directeurs qui ne respectent pas les dispositions légales. L'intervention judiciaire se fait de plein droit a posteriori suite à la décision

administrative. Jusqu'en 2011, la décision se faisait de manière non publique et non motivée.

Les soins psychiatriques ont donc rejoint le droit commun(27). L'intervention du juge permet de produire deux effets importants : directement il permet la possibilité de mainlevée de la mesure, et indirectement il permet à tous les acteurs des soins psychiatriques sans consentement de considérer le patient sous un angle nouveau (34).

Etude

I. Objectifs

Les objectifs de cette étude sont :

- D'estimer le pourcentage de patients ayant bénéficié d'une mainlevée de leurs mesures de soins sans consentement suite à une ordonnance rendue par le JLD durant une période s'étendant du 1^{er} décembre 2013 au 30 juin 2015 dans le département de la Loire-Atlantique.
- D'étudier les motifs de ces cas de mainlevées.
- De connaître le devenir de ces patients bénéficiant d'une mainlevée.

Il s'agit d'une étude descriptive rétrospective multicentrique.

II. Matériel et méthodes

La Loire-Atlantique est un département français, dépendant de la région administrative des Pays de la Loire. Elle comprend 1 313 321 habitants au 1^{er} janvier 2012, se répartissant sur une superficie de 6 899 km² et 221 communes.

La Loire-Atlantique est divisée en 14 secteurs de psychiatrie adulte :

- Cinq secteurs sont sous la responsabilité du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) de Nantes
- Trois secteurs sont sous la responsabilité du Centre Hospitalier (CH) Georges Daumezon à Bouguenais
- Trois secteurs sont sous la responsabilité du CH de Saint Nazaire
- Et trois secteurs sont sous la responsabilité du Centre Hospitalier Spécialisé (CHS) de Blain

Elle se divise en cinq secteurs de pédopsychiatrie :

- Deux dépendant du CHU de Nantes

- Un du CH de Saint Nazaire
- Un du CHS de Blain
- Un du CHS de Bouguenais

La Loire-Atlantique comprend deux Tribunaux de Grande Instance (TGI) : Nantes et Saint Nazaire. Chaque hôpital est sous le ressort d'un de ses deux TGI :

- Nantes pour le CHU de Nantes et le CH de Bouguenais
- Saint Nazaire pour le CH de Saint Nazaire et le CHS de Blain

Ces quatre établissements sont des hôpitaux publics. Ils possèdent tous une salle aménagée dans leurs locaux pour pouvoir accueillir les audiences du JLD. Dans la juridiction de Saint Nazaire, les audiences ont lieu de manière alternée sur l'un ou l'autre des établissements. Dans la juridiction de Nantes, les audiences ont lieu le lundi au CHU de Nantes et le jeudi sur le CH de Bouguenais. Les hôpitaux doivent donc organiser l'accompagnement des patients sur l'autre établissement lorsque les audiences n'ont pas lieu chez eux.

Le recueil des données a été effectué du 1^{er} juillet au 30 novembre 2015. Pour récupérer les décisions des JLD ordonnant une mainlevée, nous avons effectué un examen systématique des registres appelés « Livres de la loi » disponibles au bureau des admissions de chaque établissement après accord du directeur de l'établissement, ou du directeur des soins. En effet selon l'article L3212-11 du code santé publique, « *dans chaque établissement est tenu un registre* » qui contient la « *date et le dispositif des décisions rendues par le juge des libertés et de la détention* ».

La période d'étude s'étend du 1^{er} décembre 2013 au 30 juin 2015. Elle a été fixée arbitrairement et rétrospectivement pour permettre d'obtenir un nombre conséquent de décisions.

La consultation des registres et des ordonnances du JLD ont permis de récupérer diverses données :

- Des caractéristiques sociodémographiques :

- Le sexe,
- L'âge,
- La responsabilité légale (capable majeur, majeur protégé, mineur) et le cas échéant, le type de mesure (curatelle, curatelle renforcée, tutelle),
- L'origine géographique (secteur de référence).
- Des caractéristiques de l'hospitalisation :
 - La nature de la mesure de soins : SDT, SDTU, SPI, SDRE,
 - La date de l'hospitalisation,
 - La date d'initiation de la mesure de soins,
 - Le type d'hospitalisation : nouvelle mesure mise en place ou réintégration d'un programme de soins,
 - La nature du tiers lorsqu'il est nécessaire pour la mesure de soins
- Des caractéristiques liées à l'audience :
 - La décision de l'ordonnance
 - La date de l'audience,
 - Le type de saisine : de plein droit, saisine facultative,
 - Le type d'audience, le cas échéant : intervention à 12 jours (auparavant 15 jours) ou 6 mois,
 - La publicité de l'audience ou non,
 - La présence ou non du patient à l'audience,
 - La présence ou non du tiers, du curateur,
 - La présence ou non d'un avocat,
 - Le type d'avocat : commis d'office, choisi
 - L'avocat,
 - Le juge,
 - Le motif de la levée,
 - La décision du juge quand au délai de levée de l'hospitalisation : directe ou différé de 24 heures permettant l'établissement d'un programme de soins,
 - La présence d'un appel,
 - La décision en appel, le cas échéant.

Sur cette même période, l'étude des registres a également permis de récupérer les décisions de mainlevées par la cour d'appel de Rennes, dont dépendent les deux tribunaux de grande instance de Nantes et de Saint Nazaire.

Le devenir des patients a été obtenu par l'étude des dossiers informatiques après accord des chefs de pôles des lieux d'hospitalisations des patients concernés. Les données recueillies sont les suivantes :

- Date de sortie,
- Mise en place d'un programme de soins,
- Poursuite de l'hospitalisation en soins libres,
- Mise en place d'une nouvelle mesure de soins sous contraintes,
- Date d'une éventuelle admission ultérieure sur l'établissement, et, le cas échéant, type de soins (soins libres, SDT, SDTU, SPI, SDRE).

Le nombre total de décisions rendues par le JLD sur la période citée nous a été fournis par les deux tribunaux de grande instance.

L'analyse statistique a été effectuée à l'aide d'un test chi-2, et un test exact de Fisher lorsque les effectifs attendus étaient inférieurs à 5, obtenu à l'aide du logiciel Microsoft Excel pour Mac 2011, version 14.6.1. Nous avons retenu comme seuil significatif 5 %.

III. Résultats

Sur la période du 1^{er} décembre 2013 au 30 juin 2015, le Juge de la Liberté et de la Détention des Tribunaux de Grande Instance de Nantes et de Saint Nazaire ont rendu 1637 décisions concernant les soins sans consentement.

Nous avons pu récupérer 53 ordonnances rendues par le JLD demandant une mainlevée de l'hospitalisation complète sur l'ensemble des registres explorés. On compte parmi ces 53 décisions, un seul doublon d'un patient ayant bénéficié d'une mainlevée de la mesure de soins à deux reprises. Ces décisions concernent donc 52

patients. Le pourcentage de mainlevées par le JLD durant la période du 1^{er} décembre 2013 au 30 juin 2015 est de 3,2%.

A cela s'ajoute, sept décisions de mainlevées rendues par la cour d'appel.

Tribunal de Grande Instance	Ordonnances	Mainlevées	Pourcentage de mainlevées
Nantes	1077	46	4,3
Saint Nazaire	560	7	1,25
Total	1637	53	3,2

Tableau 1 : Répartition selon les TGI et le pourcentage de mainlevées

Au vu des données dont nous disposons, il existe une différence significative entre le nombre de mainlevées et le TGI qui a rendu l'ordonnance ($p= 0,001$).

A. Répartition selon le lieu d'hospitalisation

On note que près de deux tiers des décisions de mainlevées ont été rendues au CHU de Nantes. Il s'agit également de l'hôpital où le plus grand nombre d'ordonnances totales ont été rendues (779). Nous avons pu obtenir le nombre d'ordonnances rendues par lieu d'hospitalisation car le CH de Bouguenais et le CHS de Blain disposaient de ces chiffres, par soustraction, nous avons déduit ce nombre pour le CHU de Nantes et le CH de Saint Nazaire.

Hôpital	Ordonnances	Mainlevées
Nantes	779	35
Bouguenais	298	11
Saint Nazaire	264	2
Blain	296	5

Tableau 2 : Répartition selon des mainlevées selon le lieu d'hospitalisation

Pour les patients du CHU de Nantes, 779 décisions ont été rendues, soit un taux de mainlevées de 4,5%. 298 décisions ont été rendues pour les patients du CH de Bouguenais, soit un taux de mainlevées de 3,7%.

Au vu des données dont nous disposons, nous ne pouvons conclure de différence statistiquement significative entre le lieu d'hospitalisation et le pourcentage d'ordonnances de mainlevées au sein d'un même TGI (TGI de Saint Nazaire, $p=0,45$; TGI de Nantes, $p=0,56$).

Au sein du TGI de Saint Nazaire, on note une différence significative entre le nombre de mesure sur la période et le nombre d'ordonnances rendues. Ainsi, il a été significativement moins rendu d'ordonnances à Saint Nazaire qu'à Blain par rapport au nombre de mesures ($p<0,001$). En effet, 264 ordonnances ont été rendues à Saint Nazaire pour 631 mesures de soins sans consentement contre 296 ordonnances à Blain pour 431 mesures. Cette différence n'est pas retrouvée au sein du TGI de Nantes.

B. Répartition mensuelle

Le tableau ci-dessous présente la répartition des ordonnances de mainlevées rendues par le JLD au cours de la période étudiée ainsi que le pourcentage mensuel de mainlevées. On constate que durant la période de 3 mois s'étendant de décembre 2014 à février 2015, 26 décisions de mainlevées ont été rendues par le JLD du TGI de Nantes soit 49,1% des mainlevées totales.

Mois	Nantes	Saint Nazaire	Nombre de mesures
Décembre 2013 à Mars 2014	6	3	463
Avril à Juillet 2014	1	1	575
Août à Novembre 2014	3	1	527
Décembre 2014 à Mars 2015	27	2	577
Avril à Juin 2015	9	0	400

Tableau 3 : répartition selon le TGI et le mois de la décision

La période a une influence significative sur le nombre de mainlevées ($p<0,001$). Nous n'avons pas pu inclure dans cette comparaison, la dernière période car elle comprenait un mois de moins que les autres. La période s'étendant de

décembre 2014 à mars 2015 a connu significativement plus de mainlevées que les autres et la période d'avril à juillet 2014 significativement moins.

Durant la période de décembre 2014 à mars 2015, un même JLD a ordonné 23 des 29 mainlevées, alors qu'il est responsable de 11 des 24 autres mainlevées, ce qui est une hausse statistiquement significative ($p=0,01$), il a également ordonné les 9 mainlevées d'avril à juin 2015.

C. Caractéristiques sociodémographiques

a) Répartition selon le sexe

Les patients ayant bénéficié de mainlevées sont pour 70% des hommes. Cette proportion d'homme est de 86,6% dans les soins à la demande du représentant de l'état.

Sexe	Mainlevées	SDDE	SDRE
Femme	16	1005	36
Homme	37	1147	234
Sans information	0	88	32

Tableau 4.a : Répartition selon le sexe

Type de mesure	Femme	Homme
SDDE	14	24
SDRE	2	13

Tableau 4.b : Répartition des mainlevées selon le sexe et la mesure de soins

Les hommes semblent bénéficier plus souvent d'une mainlevée comparativement au nombre de mesure subi mais sans que cette différence soit statistiquement significative ($p=0,06$). Au sein du groupe des hommes, il y a significativement plus de mainlevées concernant des mesures de SDRE que de SDDE ($p=0,003$). Cette différence reste significative ($p=0,01$) si l'on considère que les 32 mesures sans information dans la population des SDRE sont des hommes.

b) Répartition selon la tranche d'âge

Dans le tableau suivant, on retrouve la répartition des mainlevées selon l'âge. A noter que deux patients issus de la population des patients bénéficiant d'une mesure de SDRE sont mineurs au moment de la décision.

Tranche d'âge	Nombre de mainlevées	Nombre de mesures
15-24	9	335
25-44	19	1119
45-64	22	771
> 65	3	248
Sans information	0	69

Tableau 5 : Répartition selon l'âge

On ne retrouve aucune différence significative entre la tranche d'âge et le nombre de mainlevées ($p=0,22$).

c) Répartition selon la capacité juridique

Au moment de la décision de mainlevée par le JLD, près de 40% des patients possédaient une mesure de protection, la curatelle étant la mesure la plus représentée.

Mesure	Effectif	Pourcentage
Aucune	32	60,3
Curatelle renforcée	9	17
Curatelle	8	15,1
Mineur	2	3,8
Tutelle	1	1,9
Mandat spécial	1	1,9

Tableau 6 : Répartition selon la capacité juridique

D. Caractéristique des mesures de soins sans consentement

a) Type de mesure

Sur les 53 décisions rendues par le JLD, 38 décisions concernent des Soins psychiatriques sur Décision du Directeur d'Établissement (SDDE) soit 71,7%, il s'agit

donc des soins selon l'article L3212-1 (SDT « classique »), l'article L3212-II-1 (SPI) et l'article L3212-3 (SDTU). En ce qui concerne, les soins sur décision du représentant de l'Etat, un seul cas provient d'une mesure suite à une décision d'irresponsabilité pénale. Au vu des données dont nous disposons, il y a significativement ($p < 0,001$) une plus grande proportion de mainlevées lorsque la mesure est une mesure de SDRE qu'une mesure de SDDE.

Type de mesure	Effectif	Pourcentage
SDDE	38	71,7
SDRE	15	28,3
Total	53	100

Tableau 7.a : Répartition selon le type de mesure.

TGI	SDDE	SDRE
TGI de Nantes	1197	158
TGI de Saint Nazaire	1043	144
Total	2240	302

Tableau 7.b : Répartition des mesures selon le lieu d'hospitalisation

La proportion de mainlevée de SDRE au sein du TGI de Nantes est significativement plus élevée ($p < 0,001$) que celle de SDDE. Cette différence significative n'est pas retrouvée au sein du TGI de Saint Nazaire.

Type de mesure	TGI de Nantes	TGI de Saint Nazaire
SDDE	32	6
SDRE	14	1
Total	46	7

Tableau 7.b : Répartition des mainlevées selon le type de mesure et le lieu d'hospitalisation.

Il s'agit dans 26,4% des cas d'un patient ayant été réintégré en hospitalisation complète dans le cadre d'un programme de soins, dont 6 patients bénéficiant d'une mesure de SDRE, 7 d'une mesure de SDT « classique » et un d'une mesure de SDTU.

Réintégration	Effectif	Total
Oui	14	26,4
Non	39	73,4
Total	53	100

Tableau 7.c : Répartition selon la réintégration dans le cadre d'un programme de soins.

b) Répartition selon la nature du tiers.

La nature des tiers a pu être définie pour les 30 patients dont la mesure de soins nécessite le recours à un tiers. Sont donc exclues les mesures de SDRE et les mesures de SDDE en cas de péril imminent. Le tiers le plus représenté pour ces 30 patients est un membre de la famille du premier degré dans 46,6% des cas, et dans la majorité des cas dans le cadre des SDT « classique ».

Les tiers du premier degré correspondent aux parents, aux enfants et aux conjoints. Les tiers du second degré correspondent aux frères et sœurs, petits enfants et grands-parents. Dans la catégorie « autres » sont inclus les tiers du 3^{ème} degré ou plus (correspondant aux cousins ou cousines, neveux ou nièces et autres membres de la famille), l'ex-conjoint et dans une situation, un employé du patient hospitalisé sans son consentement.

Nature du tiers	Effectif	Pourcentage
1er degré	14	46,6
Curateur	6	20
2ème degré	5	16,7
Autres	5	16,7
Total	30	100

Tableau 8 : Répartition selon l'origine du tiers

E. Caractéristiques des audiences

a) Répartition selon le type de saisine

La date de survenue de l'audience ayant entraîné une mainlevée se fait dans la majorité des cas suite à une saisine pour un contrôle de plein droit à 15 jours, puis depuis le 1^{er} septembre à 12 jours. Cela concerne 46 patients, soit 86,7% des cas. La plupart des recours facultatifs à la demande d'un patient ont été fusionnés à un contrôle de plein droit, seules deux saisines facultatives ont amené à une audience du JLD sans être associé à un contrôle de plein droit.

Type de saisine		Effectif	Pourcentage
<i>Plein Droit seule</i>	6 mois	5	9,4
	15 jours	7	13,2
	12 jours	34	64,2
<i>Associée</i>		5	9,4
<i>Facultative seule</i>		2	3,8

Tableau 9 : Répartition des types de saisine.

b) Répartition selon la présence du patient

Dans la majorité (67,9%) des cas de mainlevées étudiées, le patient était présent à l'audience avec le JLD. Dans 30,2% des cas, il était absent. En cas d'absence, 14 des 16 patients étaient représentés par un avocat. Les deux absents non représentés devaient être auditionnés au tribunal de grande instance de Saint Nazaire.

Présence	Effectif	Pourcentage
Non	17	30,2
Oui	36	67,9
Total	53	100

Tableau 10 : Répartition selon la présence du patient à l'audience

c) Répartition selon la présence d'un avocat.

Dans 81,1% des cas mainlevées, le patient bénéficiait de l'aide d'un avocat. L'étude des ordonnances n'a pas permis de définir de manière systématique si il s'agissait d'un avocat choisi par le patient ou commis d'office.

Présence	Effectif	Pourcentage
Oui	43	81,1
Non	10	18,9
Total	53	100

Tableau 11 : Répartition selon la présence d'un avocat.

Il est important de noter que sur les dix patients non représentés par un avocat, cinq étaient auditionnés par un JLD dépendant du TGI de Saint Nazaire. Cela représente 71,4% des décisions de mainlevées rendues par le JLD de Saint Nazaire. Cela s'explique par le fait que le Conseil de l'Ordre des Avocats au Barreau de Saint Nazaire a décidé que le Bâtonnier ne procéderait à aucune désignation d'office dans le cadre des nouvelles dispositions de la loi du 5 juillet 2011. Les deux autres patients, ayants obtenus une mainlevée sur ce TGI, ont choisi des avocats pour les représenter.

Au total, 30 avocats différents sont intervenus. Dix avocats ont assisté deux patients ayant bénéficié d'une mainlevée et un seul avocat a assisté quatre patients.

d) Répartition selon le type d'audience

La quasi totalité des audiences ont été des audiences publiques. Seule une audience a eu lieu au cabinet du JLD, sans plus de précision.

Type	Effectif	Pourcentage
Audience publique	52	98,1
Cabinet	1	1,9
Total	53	100

Tableau 12 : Répartition selon le type d'audience

e) Répartition selon l'intervention des Juges des Libertés et de la Détention

Au total, 14 JLD différents ont rendues des décisions de mainlevées sur l'ensemble de la Loire-Atlantique sur la période du 1^{er} décembre 2013 au 30 juin 2015. Un JLD a rendu 64,1% de ces décisions avec 34 décisions de mainlevées, il s'agit d'un JLD intervenant sur le TGI de Nantes. Quatre JLD ont rendu entre 2 et 4 décisions de mainlevées, les neuf autres ont rendu une seule décision chacun.

F. Caractéristiques des décisions

a) Répartitions des motifs de mainlevées

Nous avons essayé de répartir les ordonnances selon une distinction forme et fond. Un motif seul peut parfois suffire à ordonner une mainlevée. Les différents motifs peuvent être associés et entraîner une mainlevée. Ils s'associent de plusieurs façons : soit de multiples motifs sur la forme sont associés entre eux, soit de multiples motifs sur le fond sont associés entre eux, soit des motifs à la fois et sur la forme sont associés.

Ordonnances statuant sur :	Effectif	Pourcentage
Le fond seulement	22	41,5
La forme seulement	19	35,9
Le fond et la forme	12	22,6

Tableau 13a : Répartition selon les motifs de mainlevées

Ordonnances statuant sur :	Saint Nazaire	Nantes	Total
Le fond seulement	2	20	22
La forme seulement	3	16	19
Le fond et la forme	2	10	12

Tableau 13b : Répartition selon les motifs de mainlevées et le TGI

1. Motifs concernant le fond

Des motifs concernant le fond sont cités dans 34 ordonnances sur les 53. Ils sont très variés. Ils interviennent soit comme motif unique de mainlevée soit comme motif associé à d'autres éléments de fond et/ou de forme.

Motif	Nombre de citations	Comme motif unique	Comme motif associé
A l'appréciation du JLD	43	13	30
Rapports d'expertise	2	1	1

Tableau 14 : Répartition des motifs sur le fond

A l'appréciation du JLD

- Constate une clinique compatible avec une mainlevée de la mesure
- Constate une situation compatible avec un programme de soins
- Remet en cause l'évaluation du clinicien
- Remet en cause l'absence de consentement du patient
- Remet en cause la nécessité de soins immédiats
- Remet en cause le bien fondé pour de multiples motifs
- Le JLD s'appuie sur le contexte
- Le JLD s'appuie sur l'environnement

Suite à des rapports d'expertise

- Suite au rapport d'expertise psychiatrique dressé à la demande du JLD après un contrôle de plein droit à J12 où le psychiatre désigné rapporte que la mesure d'hospitalisation complète ne se justifie plus.
- Dans le cadre du contrôle de plein droit faisant suite à une mesure de soins ordonnés en application de l'article L3213-7 suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale, le JLD s'appuie sur une des deux expertises disponibles. Celle-ci conclut sur la possibilité de soins ambulatoires, la possibilité d'un consentement aux soins, et l'absence de processus risquant de compromettre la sûreté des personnes.

2. Motif concernant la forme

Ils concernent 31 ordonnances sur les 53. Chaque motif sur la forme intervient soit comme motif unique de l'ordonnance de mainlevée (15 fois), soit en tant que

motif associé (27 fois). Dans ce dernier cas, il peut être soit associé à d'autres motifs concernant la forme soit à des motifs concernant le fond.

Motif	Nombre de citations	Comme motif unique	Comme motif associé
Certificats médicaux	13	2	11
Défauts de pièces	5	0	5
Cas de fugue	5	3	2
Tiers	5	3	2
Délai	4	3	1
Problèmes de convocation	3	0	3
Erreurs identité	2	0	2
Levée après l'audience	2	2	0
Programme de soins	1	1	0
Cohérence juridique	1	1	0
Arrêté	1	0	1

Tableau 15 : Répartition des motifs sur la forme

b) Répartition selon la décision du Juge des Libertés et de la détention

Les décisions du JLD se répartissent selon deux modalités. Le juge peut décider soit de levée l'hospitalisation directement soit de manière différée permettant l'établissement d'un programme de soins. Dans les cas étudiés, une légère majorité (54,7%) des décisions est une levée directe.

Levée	Effectif	Pourcentage
Directe	29	54,7
Différée	24	45,3
Total	53	100

Tableau 16 : Répartition selon la décision du JLD

c) Répartition selon l'existence d'un appel

Le Procureur de la République a fait appel de la décision de mainlevées du JLD dans 36% des cas.

Appel	Effectif	Pourcentage
Oui	19	35,8
Non	34	64,2
Total	53	100

Tableau 17a : Répartition selon la production d'un appel

Sur ces 19 appels, 10 ont été des appels suspensifs de la décision du JLD, permettant donc une poursuite de l'hospitalisation complète du patient. Dans neuf de ces appels suspensifs, la cour d'appel a infirmé la décision de mainlevée du JLD lors de l'audience, un seul a été confirmé.

Dans la majorité des cas (57,9%), la décision du JLD a été infirmée par la cour d'appel. Dans cinq cas, la décision a été confirmée. Dans deux cas l'appel a été finalement sans objet du fait de la levée de la mesure dans l'intervalle. Un cas correspond à un désistement de l'appel par le procureur « par courrier électronique », sans plus de précision.

Résultat	Effectif	Pourcentage
Infirmé	11	57,9
Confirmé	5	26,3
Sans objet	2	10,5
Désistement	1	5,3
Total	19	100

Tableau 17b : Répartition selon la décision de la cour d'appel

G. Caractéristiques des décisions de mainlevée par la cour d'appel de Rennes

Au total dans les registres, nous avons retrouvé sept situations où une mainlevée a été prononcée par la Cour d'appel alors que le JLD avait confirmé la mesure de soins sans consentement.

Au niveau des caractéristiques sociodémographiques, la population est en majorité féminine avec cinq femmes pour deux hommes. Ils sont pour la plupart âgés entre 40 et 50 ans, un patient a 33 ans et une autre 68 ans. Un patient est sous

curatelle renforcée, un autre sous curatelle, les cinq autres patients n'ont pas de mesure de protection.

Ces patients étaient hospitalisés sur les quatre établissements de l'étude :

- Deux à Saint Nazaire
- Deux à Blain
- Deux à Nantes
- Un à Bouguenais

Quatre de ces patients était hospitalisé en soins à la demande d'un tiers en cas d'urgence, les trois autres étaient hospitalisés en soins à la demande d'un tiers « classique ». Un seul était en réintégration d'un programme de soins.

La nature du tiers était très différente :

- Trois tiers sont des membres de la famille du 1^{er} degré.
- Un tiers est un membre de la famille du 2^{ème} degré
- Un tiers est l'épouse du patient
- Un tiers est le curateur
- Un tiers est « l'épouse du cousin »

La totalité des audiences ont été publiques, suite à un appel de la décision du JLD par le patient. Dans un seul cas, le patient était absent. L'ensemble des patients était représenté par un avocat. Quatre décisions ont été rendues par un juge unique, les trois autres décisions ont été rendues par des juges différents. Le président de la cour d'appel a toujours émis une décision de levée de la mesure différée de 24 heures permettant l'établissement d'un programme de soins.

Les motifs de mainlevées sont répartis comme suit :

- Cinq décisions ont été rendues sur la forme uniquement
- Deux décisions ont été rendues sur le fond uniquement

Les motifs de mainlevée concernant la forme sont :

- Défaut d'information du patient sur sa situation juridique et ses droits : dans quatre ordonnances, dont trois fois comme motif unique de mainlevée. « Aucune pièce de la procédure ne permet de vérifier » que le patient a été informé du maintien des soins sans consentement « ou de l'impossibilité de sa notification », ni que son avis n'a été recueilli. Dans une ordonnance, les accusés de notification montre que la patiente a été informée de la mesure mais pas qu'elle « ait été informée de sa situation juridique, de ses droits et garanties ».
- Lié aux certificats médicaux dans deux citations : Le rédacteur du certificat est différent des obligations textuelles dans un cas, en tant que motif associé. En effet les certificats de 24h et de 72h ont été rédigés par le même médecin. Et dans le même ordonnance le délai de production dans les temps du certificat ne peut être prouvé, « l'absence de l'heure d'établissement des certificats (..) alors que le certificat de 72 heures a été établi le dernier jour du délai, ne permet pas de vérifier s'il a été établi avant ou après (...) l'heure d'établissement du 1^{er} certificat ».
- Absence d'examen somatique réalisé dans les 24 heures cité une fois comme motif associé.

Les motifs de mainlevées concernant le fond sont dans les deux situations par appréciation du président la cour d'appel quant à la possibilité de l'instauration d'un programme de soins:

- Dans un cas, le patient a bénéficié de nombreuses permissions accompagnées et « qu'aucun élément du dossier, notamment d'ordre médical, ne justifie la nécessité de continuer » une hospitalisation complète.
- Dans le second cas, il s'appuie sur le certificat de situation où « le médecin mentionne que l'intéressé semble être prêt à suivre un programme de soins en ambulatoire (...) mais ne se prononce pas sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète ». Il s'appuie également sur l'audition du patient qui « a pu effectivement répondre à certaines questions de manière floue et elliptique (...) mais a d'emblée indiqué prendre depuis quelques jours son traitement anti-psychotique parce qu'il l'avait décidé, estimant en avoir besoin ».

H. Devenir des patients

Nous avons exclu de cette recherche les patients pour lesquels un appel suspensif a été prononcé et dont l'appel a infirmé la décision du JLD, c'est le cas pour 9 patients. En effet, pour ces patients l'hospitalisation s'est poursuivie sans leur consentement et la mesure de soins a été entièrement sous contrôle médical. La recherche concerne donc 44 patients ayant bénéficié d'une mainlevée par décision du JLD, dont une décision a été confirmée par la cour d'appel.

a) Poursuite de l'hospitalisation complète en soins libres

Sur ces 44 patients, 13 patients ont accepté de prolonger leur hospitalisation au-delà de 24 heures. Pour cinq de ces patients, la décision du JLD correspondait à une levée de l'hospitalisation différée de 24 heures pour permettre la mise en place d'un programme de soins. Un patient a été hospitalisé deux jours avant de sortir avec un programme de soins. Les douze autres patients sont restés hospitalisés en soins libres. La grande majorité est restée hospitalisée moins de 10 jours (9 cas). Trois autres sont sortis d'hospitalisation moins d'un mois après la décision de mainlevée, un patient deux mois plus tard. Enfin, un patient était toujours hospitalisé, au moment de la rédaction de ce travail, avec l'autorisation parentale, car il s'agit d'un patient mineur.

Le patient qui était resté hospitalisé dans le cadre d'un appel suspensif, dont la décision du JLD a été confirmée est sorti suite à la décision du président de la cour d'appel.

A noter que dans un cas, le motif de mainlevée concerne la volonté de la patiente de rester hospitalisée en soins libres mais que celle ci a finalement refusé de poursuivre l'hospitalisation.

Poursuite de l'hospitalisation		Effectif
Non		30
Oui	Dont moins de 10 jours	9
	Entre 10 jours et 2 mois	4
	> 2 mois	1

Tableau 18 : Répartition selon la poursuite de l'hospitalisation

Dans les cas de mainlevée par la cour d'appel, trois patients sont sortis le jour même, deux sont sortis dans la semaine, une patiente est restée hospitalisée 4 mois en soins libres dans les suites. A noter, le cas d'une patiente dont une nouvelle mesure de soins sans consentement a été mise en place et qui est toujours hospitalisée au moment de la rédaction de ce texte.

b) Mise en place d'un programme de soins

Au total, dans dix situations un programme de soins a été mis en place. Dans 8 cas, l'établissement de ce programme de soins a pu être mis en place suite à la décision par le JLD d'une levée d'hospitalisation différée de 24 heures. Dans un cas, la décision du JLD concerne une levée directe de l'hospitalisation suite à l'initiation d'un programme de soins.

Dans les cas de mainlevées par la cour d'appel, deux programmes de soins ont été mis en place.

c) Ré hospitalisation

Sur les 42 patients dont la mesure de soins a été levée sans être infirmée par la suite par la cour d'appel, nous retrouvons 17 nouvelles hospitalisations sur leur établissement d'origine, sachant qu'un patient est resté hospitalisé. Elles sont réparties comme suit :

- Quatre hospitalisations dans le mois suivant la décision de mainlevée dont deux hospitalisations en soins libres, une hospitalisation en soins sans consentement en péril imminent et une réintégration de programme de soins.
- Dix hospitalisations dans les 6 mois suivant la mainlevée dont quatre en soins libres, quatre réintégrations de programme de soins et deux sous une nouvelle mesure de soins sans consentement.
- Trois hospitalisations ont eu lieu plus de six mois après la décision de mainlevée, toutes en soins sans consentement.

Ré hospitalisation		Effectif
	Non	25
Oui	Moins de 1 mois	4
	Entre 1 et 6 mois	10
	Plus de 6 mois	3

Tableau 19 : répartition selon une éventuelle ré hospitalisation

Dans le cas de mainlevée par la cour d'appel, deux nouvelles hospitalisations ont été retrouvées : une à un mois et une à un an, les deux en soins sans consentement.

Discussion

I. Limites de l'étude

La conception de cette étude souffre de certaines limites. La faiblesse de certains effectifs limite l'analyse statistique et la puissance de l'étude. Certains effectifs ont également été déduits à partir de deux sources différentes par soustraction. C'est le cas du nombre de mainlevées au sein de l'hôpital de Nantes et de Saint Nazaire, le chiffre n'ayant pu nous être fourni par l'établissement. Ce chiffre a donc été obtenu par soustraction du nombre d'ordonnances fournies par l'hôpital de Bouguenais et celui de Blain, au nombre d'ordonnances fournis par le TGI de Nantes et de Saint Nazaire réciproquement.

D'autres biais de sélection existent notamment liés à un doute raisonnable sur l'exhaustivité d'un relevé au sein des registres d'admission, certains cas de mainlevées ayant pu être omis, entraînant une sous estimation. On peut également imaginer que les informations fournies par les TGI ou par les quatre centres hospitaliers proviennent de critères de sélection différents. De plus, au sein même des établissements, des données nous ont été fournies par des sources différentes, ce qui explique un écart dans le nombre de mesures selon le critère étudié (âge, sexe, répartition mensuelle). Nous avons considéré que le chiffre de référence du nombre de mesure est le plus élevé soit 2542 mesures. Ces écarts selon le critère sont dans l'ensemble inférieur à 5%. On estime qu'au sein des données manquantes, l'erreur est a priori aléatoire car il n'y aurait pas de volonté spécifique de coder une tranche d'âge ou un sexe particulièrement. Quant au devenir des patients, un biais est l'absence de recul à plus de 4 mois pour les mesures levées en juin 2015, du fait d'un recueil des données au 31 octobre 2015.

Il existe un biais de classement du fait de l'examen des ordonnances de mainlevées du Juge par un seul observateur.

II. Selon le TGI

Un des résultats de notre enquête montre une différence significative du nombre de mainlevées entre les deux Tribunaux de Grande Instance couvrant le territoire de la Loire-Atlantique. Un patient dont la mesure de soins sans consentement a été contrôlée sur le TGI de Nantes a une probabilité plus grande d'obtenir une décision de mainlevée.

Plusieurs hypothèses peuvent être formulées : un facteur lié au juge qui est un facteur humain, peu contrôlable et difficile à décomposer ; un facteur lié à l'assistance ou à la représentation d'un avocat ; un facteur lié aux pratiques institutionnelles des différents hôpitaux ; un facteur lié à la population de patients en soins sans consentement.

A. Facteur juge

Selon Friouret (35), en pratique, un vice de forme est de nature à justifier la levée de l'hospitalisation. Sur ce principe, concernant la légalité externe, les différents juges ne devraient pas montrer de différences particulières dans leurs décisions, car elles s'appuient sur des éléments formels. Certains juges considèrent que la procédure actuelle expose à des irrégularités du fait de sa lourdeur procédurale, et que « *trop de formalisme nuit au développement juridique du monde médical* »(36). Notre enquête retrouve une répartition des mainlevées selon des motifs formels, sur le bien-fondé ou les deux qui apparaissent équivalente entre les TGI de Nantes et de Saint Nazaire.

En ce qui concerne le contrôle du fond, la loi ne donne aucune prescription au juge sur ce point(37). L'appréciation du juge doit alors s'appuyer sur la jurisprudence du Conseil Constitutionnel qui déclare, notamment dans la QPC du 26 novembre 2010 que « *la liberté individuelle ne saurait être entravée par une rigueur qui ne soit nécessaire* ». Selon Friouret, une fois que le juge aura constaté une atteinte aux droits de la personne, il n'aura pas d'autres choix que de demander la mainlevée. La balance entre la protection des droits des patients privés de liberté et la nécessité de soins psychiatriques imposés ou la protection de l'ordre public montre toute la difficulté de la position du JLD pour évaluer le bien-fondé de la mesure. Soit, il peut

s'en remettre aux appréciations fournies par les certificats ou avis des psychiatres. Soit, il peut ignorer volontairement, à tort ou à raison, les recommandations médicales pour plusieurs raisons : des certificats trop laconiques ou insuffisamment circonstanciés, une confiance en lui-même et de ses facultés cliniques(38). Le JLD prononce alors sa décision selon sa propre opinion, son intime conviction.

La conviction est définie (39) comme « la nécessité où l'on met quelqu'un, par des preuves, de reconnaître la vérité qu'on lui présente ». La conviction c'est l'état d'esprit qui va permettre de regarder quelque chose comme vrai. Elle est à la conclusion d'un processus amenant l'esprit, la sensibilité et l'affectivité à déduire comme vérité une affirmation conclusive grâce à un faisceau de preuves accumulées, une certitude de l'esprit fondée sur des preuves estimées suffisantes. La conviction est à distinguer de la certitude et de la croyance, même si ces notions sont liées. Pour Kant, la croyance est un jugement subjectivement suffisant, mais objectivement insuffisant(40). Les croyances sont donc de l'ordre affectif et subjectif. Le problème principal de la croyance est la persuasion de la vérité, là où la conviction est à la recherche de la vérité subjective rapportée à l'action véridique. Il y a dans la croyance une valeur subjective du jugement qui s'appelle conviction, et une valeur objective qui s'appelle certitude. Pour Descartes, pour parvenir à la certitude, il est nécessaire de soumettre toutes ses croyances et connaissances au doute. La certitude exclut l'opinion(41). Ainsi, l'intime conviction se situe au carrefour des certitudes, des ambiguïtés et des croyances(42).

L'intime est défini (43) par « ce qui est le plus au dedans et le plus essentiel » mais aussi ce « qui existe au fond de l'âme ». Il va constituer l'essence des choses mais aussi va constituer l'essence des affects, des pulsions, des sentiments, des raisonnements. Le produit de l'expérience en est à l'origine. L'intime est aussi principalement inaccessible à l'autre, retourné sur le sujet lui-même, la subjectivité propre à chacun. C'est ce qui va permettre à l'être de l'homme de se manifester et s'explicitier. Dans son intime, le sujet va pouvoir découvrir les différentes apparences de son unité en mouvement et notamment les variations de ses convictions. La preuve seule peut étayer la conviction, là où l'intime ne permet que le doute(44). Le doute ne peut pas être totalement exclu, de sorte que l'intime conviction est un moyen de surmonter le doute, ce qui permet au juge de prendre sa décision(45). Ce qui permet à chacun d'entre nous de prendre des décisions.

Selon Jacob Alby (46), la conviction désigne une forme singulière d'investissement psychique d'un énoncé de vérité. Dans cette perspective psychanalytique, cette conviction s'impose au moi, alors que l'intime relève de ce qui échappe au moi et n'en relève pas. L'idée d'intime conviction est donc une notion paradoxale. La conviction est un rapport fondé à une vérité que le sujet a logiquement acquis en mettant au travail le doute et en faisant évoluer sa subjectivité. L'intime conviction est le fondement de l'acte de juger. Les faits sont objectivés et subjectivés par le juge. L'intime conviction associe donc un jugement à partir de faits et un rapport émotionnel et identificatoire à cette élaboration. Dans une approche psychanalytique, l'expérience personnelle est déterminante dans la formation du propre jugement. Pour le juge, il s'agit donc d'élaborer un compromis entre les faits objectifs « *et la résonance que cela convoque pour lui relativement à son inconscient* ». Les effets de la subjectivité sur la décision rendue permettent de relativiser la vérité à celui qui l'a construite et énoncée. « *Le magistrat peut, lui, douter aussi de sa propre pensée et c'est alors l'intime à propos de la vérité qui est au travail* ». La conclusion du juge s'appuie plus sur la résonance que sur la seule raison.

Le concept de résonance est un concept systémique qui démontre la fonction du vécu d'une personne pour les autres membres du système humain auquel elle appartient. Elkaïm définit la résonance comme « *cette configuration particulière où des personnes appartenant au même système se mettent à « vibrer » sur le même thème* »(47). La réalité du monde qui nous entoure dans un système humain est la résultante de la co-construction à laquelle se livrent les différentes personnes qui appartiennent à un même système. Une réponse va être amplifiée selon ce que l'autre renvoie, si elle trouve une résonance, une intersection chez l'autre. Dans notre cas, ce système inclut le JLD qui est indissociable du système dans lequel il intervient. Les hypothèses qu'il va émettre sont inséparables de lui-même, de son histoire, de ce qui le constitue mais également du contexte dans lequel il intervient et les autres personnes qui appartiennent au système. Cette fonction de résonance a comme propriété d'amplifier un élément de son histoire, une croyance qui lui est propre(48) et donc lui permettre de rendre une décision.

Benezech (49) rapporte les critères généraux sur lesquels se fonde l'intime conviction du décideur, et donc dans notre travail du juge :

- La personnalité du juge, son âge, son sexe, son histoire personnelle, son intelligence, ses connaissances, son expérience et son savoir-faire, ses convictions morales, ses préjugés, ses caractéristiques psychologiques : souplesse/rigidité, calme/émotivité, suggestibilité/méfiance, modestie/suffisance, égoïsme/empathie, rationalité/illogisme, capacité d'introspection, de vigilance, de réflexion, d'analyse, de patience, de prudence, de doute, de travail ;
- L'audition du patient et l'impression d'ensemble rendu, la durée de son audition, sa présentation, son apparence physique, son expression, sa probité, sa motivation, sa capacité intellectuelle, sa sociabilité ;
- L'appréciation, le décodage des données subjectives, de la valeur des déclarations et de leur fragilité : fabulation, suggestion, mensonge, dissimulation, fausse information de bonne foi, excitation émotionnelle ;
- L'appréciation de la valeur des données objectives, des pièces matérielles (certificats et avis motivés des psychiatres, expertises) ;
- Le contexte professionnel et social ;
- Le délai de réflexion dont dispose le juge pour connaître et approfondir le cas, éclairer son jugement, se déterminer, échapper à l'erreur et à la mauvaise estimation ;
- Les règles et contraintes de la délibération et de la décision.

L'intime conviction du juge est ainsi une opinion personnelle, une connaissance intuitive éclairée qu'il s'est fait à l'examen des faits. Les émotions (implicites, non rationnels et involontaires) et les processus cognitifs (rationnels, analytiques et volontaires) sont interdépendants. Ce n'est qu'après l'exercice des mécanismes émotionnels que le raisonnement prendrait le relais. L'émotionnel, le subjectif, les processus inconscients ont une place prépondérante dans le jugement rendu(50). Divers facteurs seront alors pris en considération dans l'évaluation subjective du JLD lors de l'audition. Bénézech le rappelle « l'intime conviction est loin d'être infaillible ». L'intime conviction doit être rationnelle mais ne peut prétendre

atteindre une vérité absolue. En effet, c'est le processus usuel par lequel n'importe quelle personne arrête son sentiment, l'inconscient s'imposant bien souvent à la réflexion raisonnée, et il est donc difficile pour le JLD de se départir de ce propre de l'homme. Pour s'assurer de sa justesse, l'intime conviction doit donc se baser sur une évaluation rigoureuse de la situation afin de donner à la décision une base bien établie, solide, raisonnée, critique compréhensible et logique. C'est tout l'intérêt pour le juge de motiver sa décision. Mais tout cela est compliqué par une appréciation rapide du fait d'un temps d'audience limité, et la nécessité pour le JLD de statuer « dans un bref délai » avec peu de pouvoir d'investigation.

On l'a vu dans nos résultats sur la répartition mensuelle des mainlevées, à partir de fin novembre 2014, des mainlevées sont ordonnées pour la première fois par un JLD qui sera par la suite responsable de 32 des 38 mainlevées entre décembre 2014 et juin 2015. Durant cette période de décembre 2014 à mars 2015, il existe une hausse significative du nombre de mainlevées. Nous ne savons si ce JLD est un nouvel arrivant sur le TGI ou si il a examiné plus de mesures qu'habituellement, ce qui pourrait être facteur de confusion. On peut supposer un lien entre ce JLD et la hausse des mainlevées. Le JLD a alors pu être influencé dans ses décisions par son intime conviction. Il n'existe pas de différence significative dans la répartition des motifs sur le fond et la forme des décisions pour ce JLD par rapport aux autres JLD. Ce facteur juge peut également être responsable de la différence significative que l'on retrouve entre les deux TGI étudiés, ce JLD intervenant uniquement sur le TGI de Nantes. Bied(51) estime dans sa thèse que le JLD intervenant semble avoir un lien statistiquement significatif avec le nombre de décisions de mainlevées.

Les motifs suivants, issus de notre étude, sur le bien fondé en lien avec l'évaluation du JLD, conduisant à une mainlevée de la mesure, peuvent montrer le rôle de l'intime conviction dans cette décision:

Le JLD constate une clinique compatible avec une mainlevée de la mesure

- A la lecture des certificats : dans trois situations, toutes comme motifs associés.
 - Dans une situation, le patient est en fugue et le JLD statue sur l'absence de dangerosité établie lors des derniers certificats. De plus « le patient n'a pas présenté de troubles du comportement sur la voie publique depuis ».

- Dans les autres situations, les certificats médicaux notent une nette amélioration clinique voire même envisagent une levée de la mesure prochaine.
- A l'audience : dans six situations dont trois comme motif unique.
 - Dans une situation, « la patiente affirme accepter les soins ; qu'elle a l'impression de perdre son temps et ne bénéficie d'aucun suivi médical », de plus elle bénéficie de sorties non accompagnées.
 - Dans un second cas, le JLD constate que la patiente « a conscience de la réalité de ses troubles » et qu'elle demande « la mise en place d'un accompagnement (...) pour lui permettre de stabiliser sa situation psychiatrique ». Le JLD tient à souligner « qu'elle envisage toutefois de retourner au domicile conjugal alors même que son hospitalisation fait suite à une menace avec arme envers son mari ».
 - Dans un cas comme motif unique, le JLD constate que le patient est « calme, tient des propos cohérents », « ne retrouve pas de propos menaçants, vindicatifs, délirants », ce qui dénote de l'amélioration de l'état clinique du patient et donc de la possibilité de l'instauration d'un programme de soins.
 - Dans une situation, en plus d'un certificat médical qui note des améliorations, le patient à l'audience « s'est engagée à prendre son traitement et à ne plus importuner les forces de l'ordre ».
 - Dans deux situations, le JLD conclut que « les débats à l'audience établissent que le maintien de l'hospitalisation complète n'est plus nécessaire ». Sans pour autant préciser les arguments à l'audience qui sont en faveur de cette levée. Est ce dans un cas, car le patient indique : l'absence « d'alcoolisations massives, ne serait ce que parce qu'il n'a pas les moyens financiers » ? N'avoir « pas de délires morbides » ? N'être « pas SDF car il a une adresse fiscale » ? Le fait « qu'il lui arrive de se scarifier par brûlure (...) pour effacer un tatouage » ? Que « ses parents l'ont fait interner pour reprendre une certaine emprise sur lui » ? « L'accord pour mettre en place un suivi extérieur » ? Dans l'autre cas, car il indique : « aller très bien » ? « Boire habituellement de l'eau et faire occasionnellement du sport » ? « Poursuivre ses démarche de recherche

d'emploi » ? Vouloir « déplacer sa caravane (...) et prendre une colocation » ?

Le JLD constate une situation compatible avec un programme de soins

- L'existence de permissions longues ou régulières sans accompagnement fait estimer au JLD que l'hospitalisation complète n'a pas à être prolongée. C'est le cas dans cinq situations, jamais comme motif unique. Dans l'une d'elle, l'avocat du patient « indique qu'il est contradictoire de demander le maintien de la mesure et d'autoriser des sorties quotidiennes ».

Le JLD s'appuie sur le contexte

- Dans une situation comme motif associé, le JLD s'appuie sur le contexte professionnel pour justifier la mainlevée de l'hospitalisation complète pour permettre « de mettre en place son projet d'auto-entrepreneuriat ».
- Dans une situation comme motif unique, suite à l'audience de la patiente, le JLD estime que la patiente « a subi un choc émotionnel du fait du suicide de son fils de 32 ans », de plus « interrogée sur des idées suicidaires, elle indique ne pas en avoir ». Le JLD conclut que même si « sa fragilité psychique est réelle », un programme de soins permettrait à la patiente de rentrer chez elle car « elle souhaite être entourée de sa famille pour vivre son deuil ».

Le JLD s'appuie sur l'environnement

- Comme motif associé, le JLD prend en compte « l'environnement familial, qu'en l'espèce la compagne s'est présentée ce jour, a déclaré ne pas comprendre l'hospitalisation (...) et être présente à ses côtés au quotidien ».
- La nomination d'un mandataire spécial chez un patient qui « rencontre des difficultés d'ordre social », ces difficultés « ne semblent pas liées à des troubles psychiatriques ». Cette nomination, associé à d'autres motifs, fait estimer au JLD que la mesure peut être levée.

Le JLD remet en cause le bien fondé pour de multiples motifs

- Dans un cas le JLD s'appuie sur divers motifs pour expliquer la mainlevée et proposer un programme de soins :

- Lié à l'environnement : la patiente dit « être très seule » mais souhaite « entrer dans une structure de soins de jour ».
- « A pris conscience qu'elle avait besoin d'aide »
- Les certificats médicaux notent une amélioration clinique
- Elle a bénéficié d'une permission longue non accompagnée, compatible avec un programme de soins selon le JLD.

La tendance à l'augmentation du nombre de mainlevées au contrôle de plein droit du 12^{ème} jour par rapport à celui du 15^{ème} jour peut probablement être expliquée par cette période. On aurait pu supposer qu'un contrôle plus précoce, se rapprochant de l'épisode aiguë, entraînerait une proportion moindre de mainlevées malgré un nombre plus important de mesures examinées. On peut cependant expliquer la hausse constatée dans nos résultats par la particularité du juge intervenant.

B. Facteur avocat

Une autre hypothèse de la différence significative entre les deux TGI, peut être l'absence de représentation par un avocat sur le TGI de Saint Nazaire du fait du refus du Barreau de désigner des avocats commis d'office. Peut alors se poser la question de savoir si le moins grand nombre de mainlevées sur cette juridiction s'explique par le fait que les patients sont moins bien défendus.

Pour Péchillon et Dujardin(52), l'assistance ou la représentation par un avocat doit permettre de faciliter les droits de la défense de la personne contrainte. Cette présence interroge l'éthique, dans le sens qu'il n'est pas toujours dans l'intérêt du patient de voir la mesure privative de liberté levée. Le rôle de l'avocat est déontologiquement « de porter la parole de son client ». Son idée prévalente est de faire lever la mesure quitte à user d'arguments formels. Cela implique deux notions, l'avocat est celui du patient uniquement (et non du proche ou représentant légal qui a demandé la mise en place de la mesure) et le patient est dans la capacité de mandater l'avocat. Il faut distinguer l'assistance, dans laquelle l'avocat n'est qu'un porte-parole qui n'engage pas le client, et la représentation où l'avocat représente le client dans des actes divers destinés à satisfaire ses intérêts et donc se substitue au client. La représentation engage donc d'avantage la responsabilité de l'avocat. Au

niveau déontologique, ce mandat interroge la notion de conscience (en ce qu'elle peut interroger l'exercice de la clause de conscience), d'indépendance (en ce que la procédure ne concerne que son client et non l'intérêt de ses proches ou de l'ordre public), d'humanité, de compétence et de prudence (en ce qu'elle interroge sur la valeur du mandat confié). Malgré tout la validité de ce mandat peut être questionné dans le cadre d'un patient faisant l'objet d'une mesure de protection. Au niveau éthique, un avocat peut théoriquement invoquer la clause de conscience s'il estime ne pas poursuivre le client dans sa stratégie. Cela peut être le cas lorsque le patient souhaite la levée de la mesure alors que l'avocat estime que les soins lui sont bénéfiques. Danet(53) rappelle que l'avocat « *n'a pas les compétences psychiatriques suffisantes pour avoir une quelconque certitude quant à l'intérêt de son client en matière de soins* ». Sur cette question éthique, s'affronte deux conceptions dans la profession d'avocat : allié du client où l'avocat a besoin d'être en accord avec la stratégie de défense du client ; et « mercenaire » dans le sens où l'avocat ne discute pas les choix du client. Dans ce contexte, à partir du moment où l'avocat a accepté de représenter le patient, il ne peut déontologiquement pas le trahir, si il n'a pas fait valoir sa clause de conscience précédemment. Danet précise que l'avocat peut ne pas se poser de question éthique, dans le sens, où par exemple dans le cadre de la protection de l'ordre public, c'est au juge de décider en connaissance de cause.

Dans l'article de Péchillon et Dujardin, les auteurs rapportent deux autres barreaux, Lille et Coutances, qui n'interviennent pas pour les audiences auprès du JLD et de noter que ce positionnement interroge le juriste du fait que « la force majeure, possible voie d'exception (à une représentation), ne peut être comme recevable » pour l'ensemble des audiences depuis le 1^{er} septembre 2014.

Notre enquête inclus un TGI pour lequel les avocats n'interviennent pas de manière systématique, l'absence n'étant a priori pas systématiquement lié à une force majeure ou à une application de la clause de conscience. Les données dont nous disposons ne permettent pas de conclure à une quelconque influence de l'absence ou de la présence d'un avocat sur la décision de mainlevée. Il pourrait être intéressant d'étudier plus précisément ce facteur avocat.

Les données à notre disposition n'ont pas permis d'établir de lien entre la présence du patient et la mainlevée. On constate que près d'un tiers des décisions se font en l'absence du patient mais nous ne savons si cela correspond à la proportion habituelle des audiences. Cela peut remettre en cause la notion de contradictoire qui est important pour le législateur(37) même si le problème est en partie réglé avec la représentation systématique d'un avocat. Un avocat que le patient n'a pas forcément rencontré. Dans trois situations de notre étude, ce souci du contradictoire est invoqué.

C. Facteurs locaux

Des circuits administratifs locaux différents peuvent expliquer les différences entre les hôpitaux. Ils ont pour objectifs d'éviter les écueils liés au non respect du délai, à l'absence de pièces aux dossiers, à l'information du patient et des tiers et autres erreurs d'identité. Leurs optimisations pourraient conduire à moins d'irrégularité vis à vis la légalité externe.

Les motifs relevés suivants ont été relevés dans notre enquête en lien avec des dysfonctionnements administratifs :

Défaut de pièces à la requête : 5 citations

La saisie du juge s'accompagne légalement d'un certain nombre de pièces. Leur absence peut entraîner une mainlevée. On le retrouve dans cinq situations comme motif associé:

- Absences de multiples pièces : dans trois situations. Dans une situation, l'arrêté préfectoral ainsi que l'arrêté du maire et le certificat médical s'y référant manquent au dossier, donc « *le dossier ne comporte pas les éléments essentiels permettant de statuer* ». Dans une autre situation, un certificat médical, une décision du JLD antérieur et une notification de programme de soins. Et dans un troisième cas, l'absence de la demande de tiers, du certificat médical initial, de 72h et l'avis de saisine.

- Expertise : dans une situation. Dans le cadre d'une hospitalisation suite à une décision d'irresponsabilité selon l'article 122-1 le JLD doit statuer après avoir recueilli l'avis du collège et de deux expertises psychiatriques, selon l'article L3211-12-II, hors dans cette situation la second expertise n'a pas été réalisée dans le délai de 25 jours.
- Certificat médical : absence du certificat médical de 72 heures dans une situation « *doit conduire en application des dispositions L321-12-1 a la mainlevée de l'hospitalisation sous contrainte* ».
- Notification de programme de soins : l'absence de cette notification ne permet de montrer que le programme de soins a été réalisé et donc « *il y a lieu de considérer que l'hospitalisation n'a jamais été interrompue* ».

Non respect des délais : 4 citations

Le non respect de certains délais imposés par la loi est retrouvé comme motif de mainlevées dans quatre situations dont trois comme motif unique. Il s'agit :

- Arrêté préfectoral : Une situation comme motif unique. Un arrêté préfectoral de maintien de la mesure est intervenu plus de 6 mois après le précédent, en désaccord avec l'article L3213-4, « *faute de décision du représentant de l'Etat dans le délai légal, la levée de la mesure est acquise* ».
- Retard d'intervention du JLD : Dans une situation, comme motif associé, le JLD est intervenu 7 jours après le délai de 12 jours, considérant que l'hospitalisation n'a jamais été interrompue sur les 21 jours même si un programme de soins aurait été mis en place avant une réintégration.
- Retard de saisine : dans deux situations comme motif unique. L'un pour la saisine de 6 mois qui doit intervenir 15 jours avant et « *qu'aucune circonstance exceptionnelle* » n'est de nature à justifier le retard. Le second cas, lors d'une saisine, pour un contrôle au 12^{ème} jour, n'a été adressé que le lendemain du 8^{ème} jour sans pouvoir justifier de circonstance exceptionnelle. A noter que ces deux décisions proviennent du TGI de Saint Nazaire.

Tiers non avisé : 4 citations

Nous avons retrouvé 4 situations en lien avec l'absence d'information d'un tiers :

- Représentant légal : dans une situation, en tant que motif associé, le représentant légal d'un mineur n'a pas été avisé de l'hospitalisation.
- Curateur : Dans 3 situations dont deux comme motif unique, le curateur n'a pas été avisé dans les 24 heures lors d'une mesure de soins psychiatriques en péril imminent, comme définit par l'article L3212-1-II-2, et ne pouvait justifier de difficultés particulières.

Problème de convocation : 3 situations

Dans trois situations, l'ordonnance conclut à une mainlevée avec comme motif associé le fait d'un défaut de procédure contradictoire. Dans deux cas, cela se traduit par l'absence de récépissé de notification d'audience signée par le patient « alors même qu'il était régulièrement convoqué ; qu'il ne s'est donc pas présenté à l'audience et n'a pas pu présenter ses observations ». Dans un troisième cas, il s'agit d'un patient en fugue, le JLD conclut que « son absence à l'audition n'est ni volontaire, ni motivée par un avis médical ».

Erreurs identité : 2 situations

Deux ordonnances citent comme motifs associés de mainlevées des erreurs d'identités rapportées :

- Dans le rapport de l'ARS : dans un cas le nom « tantôt fait part de M. X, tantôt de M. Y » ou dans un autre cas le nom du patient n'est pas le même.
- Dans l'arrêté préfectoral : le médecin certificateur n'est pas le même que celui qui a établi le certificat initial.

Levée médical après l'audience : 2 situations

Dans une situation comme motif unique, la levée de l'hospitalisation a été effectuée durant la délibération mais que le JLD n'a été « informé qu'une fois l'audience levée de ce jour en cours de délibéré ». Et dans l'autre cas, également comme motif unique, « un certificat de levée de la mesure est arrivée à la suite de l'audience ».

Initiation d'un programme de soins : 1 situation

Dans une situation comme motif unique, la mainlevée a lieu car le jour même un programme de soins est mis en place.

Problème tiers : 1 situation

Dans une ordonnance comme motif unique, le JLD décide de la mainlevée car le curateur d'un organisme de curatelle, qui avait signé la demande de soins, n'était plus l'organisme de curatelle prenant en charge le patient depuis 15 jours. Ce curateur « n'avait plus d'intérêt à demander l'hospitalisation sans consentement » et que la demande du nouveau curateur « ne peut régulariser la procédure en ce qu'elle est intervenue après l'hospitalisation ».

Au sein du TGI de Saint Nazaire, le JLD a examiné significativement une moindre proportion de l'ensemble des mesures de soins sans consentement mis en place provenant du CH Saint Nazaire par rapport à celles du CHS de Blain. Cela voudrait dire que les mesures sont levées par le psychiatre ou qu'un programme de soins est mis en place plus précocement (avant le quinzième puis le douzième jour depuis la modification de la loi) au CH de Saint Nazaire. L'hypothèse peut-être que cet écart est lié à une différence de pratique médicale, voire à une organisation institutionnelle différente (plus grand développement de la prise en charge extrahospitalière ? Effectif médical ?).

Notre étude retrouve un taux de mainlevées de 3,2% sur le département de Loire Atlantique entre le 1^{er} décembre 2013 et le 30 juin 2015. Ce taux est de 4,3% pour le TGI de Nantes et de 1,25% sur le TGI de Saint Nazaire. En 2013, en France, on retrouve 8,57% de mainlevées accordées par l'autorité judiciaire (5 476 sur 63 850 décisions) avec une légère diminution en 2014 à 8,21% (5 699 sur 69 408 décisions)(1). Cette légère diminution peut elle être expliquer par le contrôle systématique qui est passé du quinzième jour au douzième jour durant cette période, et donc plus proche du début de la situation de crise ?

On constate un fort décalage entre les chiffres nationaux et nos chiffres locaux. Dans le cadre de son travail de thèse, C. Bied retrouve un taux de mainlevées de 4,5% sur le CH Le Vinatier à Lyon sur l'année 2012(51). Plusieurs pistes peuvent expliquer ces différences entre les chiffres nationaux et certains chiffres locaux, que ce soit comme déjà évoqué les différences institutionnelles locales au niveau de l'organisation administrative ou médicale, le développement du secteur extrahospitalier (permettant en théorie de mettre plus aisément en place un programme de soins), l'orientation idéologique, l'attitude générale envers les malades mentaux.

Certains auteurs font également le constat que certains professionnels « *tentent de contourner la loi* »(54,55), en mettant en place des programmes de soins précoces prévoyant une hospitalisation partielle avec des temps de sortie quotidiens ou en laissant partir les patients juste avant la saisine, quitte à effectuer une réintégration par la suite. Cela permet d'éviter le risque d'une mainlevée par l'absence d'examen par le JLD.

L'organisation judiciaire peut également participer à ces différences de taux de mainlevées. Robiliard(56) rapporte que vingt-quatre juridictions rendent la moitié des décisions portant sur les mesures de soins sans consentement sur l'ensemble de la France, avec des moyens très hétérogènes selon les juridictions. Parfois des juridictions de taille modeste se retrouvent avec une charge de travail importante. On peut alors imaginer qu'il est plus simple pour certains de ces magistrats de simplement survoler le dossier.

Enfin, une différence dans le type de population malade peut également participer à cette différence, des patients plus jeunes, avec des troubles moins sévères, l'absence d'antécédent d'hospitalisation ou de trouble du comportement avec hétéro-agressivité peuvent-ils influencer le JLD vers une mainlevée de la mesure. Nous n'avons pas eu accès à ce type de données dans notre étude, il serait intéressant de pouvoir étudier les caractéristiques qui conduisent à être hospitalisé en soins sous contraintes au niveau local et voir si ces critères sont ceux retrouvés dans la littérature(57,58) : hommes jeunes présentant un trouble psychiatrique sévère notamment une schizophrénie ou un autre trouble psychotique avec des antécédents d'admission sous contrainte.

Dans notre étude, le nombre significativement moins élevé de contrôle comparativement aux nombres de mesures provenant du CH de Saint Nazaire par rapport au CHS de Blain peut il être expliqué par ces facteurs locaux et notamment d'organisation institutionnelle ? Cela peut conduire a priori à un examen des patients les plus sévères, ce qui pourrait expliquer un pourcentage de mainlevée moins important sur ce TGI.

III. Selon la mesure de soins

Notre enquête a montré une différence significative du nombre de mainlevée des mesures de SDRE par rapport à celle de SDDE. Même si cette différence n'est pas retrouvée sur le TGI de Saint Nazaire, il semble difficile de conclure au vu du faible effectif. Il ne semble pas y avoir de lien significatif avec le type de motifs sur le fond ou la forme. On peut s'interroger sur la difficulté, notamment du fait de la décision finale du préfet, voire l'appréhension, pour le médecin de demander une levée de SDRE. La particularité de l'exercice de la psychiatrie est de pouvoir engager la responsabilité non seulement des actes du praticien mais aussi de ceux du patient dès qu'un rapport de causalité peut être mis en évidence(59). La HAS met en garde contre une « *psychiatisation abusive des conduites dangereuses* [qui serait une] *régression majeure tant sur le plan éthique que politique* »(60). Mais au vu de la responsabilité pénale qui peut être engagée du fait d'un acte d'un patient, quoique exceptionnel (par exemple, cette décision rendue le 18 décembre 2012 par

le tribunal correctionnel de Marseille, condamnant une psychiatre à un an de prison avec sursis(61)), on peut s'interroger sur la réticence des praticiens à demander une mainlevée. De plus l'atteinte illicite aux libertés individuelles peut être soumise à réparation, voire même des sanctions pénales théoriques(4). Ainsi, nombre des décisions du psychiatre font redouter une action en justice.

Dans quatre situations issus de notre enquête, le JLD appuie sa décision en remettant en cause le bien fondé de la mesure, s'appuyant sur les certificats qui relèvent une amélioration clinique sans pour autant demander la levée. L'évaluation de la dangerosité s'inscrit dans un cadre marqué par l'émergence de la logique de précaution et d'anticipation des risques(62). La dangerosité d'un individu n'est que spéculative et ne préjuge pas de l'occurrence d'acte compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les outils d'évaluation du risque (VRAG, HCR-20) souffrent de limites mais peuvent être utiles pour évaluer et traiter les patients concernés(63). Péchillon(64) estime, en s'appuyant sur une décision de la Cour de cassation, que c'est au préfet, qui n'est pas un spécialiste de la psychiatrie, de qualifier juridiquement la mesure et d'estimer si la menace à l'ordre public persiste. Le psychiatre n'est pas un spécialiste de l'ordre public mais doit avec un avis circonstancié lui fournir une information compréhensible et directement utilisable sur l'état du patient. Même si pour cela, il n'est pas nécessaire de lever « complètement » le secret médical. Il pourrait être intéressant d'étudier s'il existe une réelle appréhension pour les psychiatres à demander une mainlevée d'une mesure de SDRE par rapport à une mesure de SDDE.

On peut alors s'interroger sur des mesures se prolongeant plus longtemps que les mesures de SDDE et qui ne trouveraient plus de justification médicale. A l'examen des données dont nous disposons, on ne retrouve pas de données en faveur de cette hypothèse, les contrôles de plein droit au 12^{ème} jour ou au 6^{ème} mois et les réintégrations ne diffèrent pas entre les deux populations.

Dans les décisions relevant d'un motif formel, le fait que les mesures de SDRE dépendent de plus de protocoles que les autres types de mesures, peuvent conduire à plus de risques d'erreurs administratives. Dans notre étude, des erreurs d'identité, de délais, d'arrêt mal motivé ont conduit à des mainlevées.

Dans notre enquête, on retrouve une ordonnance s'appuyant sur un arrêté non suffisamment motivé. Comme motif associé, le JLD appuie sa décision sur le fait que l'arrêté municipal n'est pas motivé. A noter que le même juge dans une autre situation datant de quatre mois auparavant avait estimé que les arrêtés municipaux n'avaient pas à être motivé, au vu de l'article L3213-1 qui ne vise que la motivation des arrêtés préfectoraux.

Dans le cadre des mainlevées de SDRE pour un motif sur la forme, on retrouve également quatre cas de fugues. Ces situations de fugue interrogent(55) et on constate que les réponses des juridictions divergent(65). Certaines juridictions estiment que, malgré la fugue, l'hospitalisation complète se poursuit et donc que la procédure s'applique ; pour d'autres, une nouvelle saisine doit avoir lieu lorsque le patient a été réintégré. Dans nos quatre cas à chaque fois le JLD (deux différents) appuient leurs décisions sur l'absence d'évaluation clinique et d'audition du patient.

Dans notre enquête, on retrouve au total cinq situations de fugue, dont deux situations comportent plusieurs motifs de mainlevées :

- Un patient en fugue depuis plus de 6 mois et dont l'ordonnance comporte plusieurs motifs. Le JLD s'appuie sur l'amélioration clinique avant la fugue s'appuyant sur « les derniers certificats médicaux indiquant qu'avant sa fugue, il ne présentait plus de troubles du comportement, qu'il était de bon contact et qu'une demande de levée de la mesure a été refusée par la préfecture » et « bénéficiait de sortie non accompagnée », « il n'y a donc pas lieu de maintenir la mesure d'hospitalisation ».
- Un patient en fugue en Espagne, le JLD ordonne la mainlevée sur des motifs multiples. Il s'appuie notamment sur le fait « qu'aucune évaluation clinique n'a pu avoir lieu » mais également sur les certificats médicaux précédemment établis qui « font état d'une nette amélioration comportementale ».
- Un patient en fugue depuis 6 mois, pour lequel des certificats médicaux « relève que le patient est toujours au Maroc et n'a pas l'intention de revenir, que le personnel médical est contraint par la préfecture de maintenir le placement tant que le patient n'a pas été revu, ce qui manque de toute pertinence clinique ». Le JLD décide de lever la mesure sur ce motif unique.

- Un patient dont « la mesure n'est pas effective » et dont « trois tentatives d'intégration ont échoué » depuis 2 mois, pour lequel le JLD cite le certificat médical : « nous ne disposons d'aucun argument clinique susceptible de justifier le maintien de la mesure sous contrainte ».
- Un patient en fugue depuis 19 mois et dont l'ordonnance comporte un unique motif. Le JLD estime que « l'ensemble de ces documents et les débats à l'audience établissent que le maintien de l'hospitalisation complète n'est plus nécessaire puisque inefficace depuis plusieurs mois ». A noter que cette ordonnance fait suite à un contrôle de plein droit à 12 jours, l'équipe hospitalière ayant émis un certificat de réintégration pour permettre un examen de la situation du patient par le JLD.

Le motif relevant d'une incohérence juridique est également lié à une mesure de SDRE. Cette ordonnance expose la situation d'un patient pour lequel la mesure de soins à la demande du représentant de l'Etat a été suspendue par arrêté préfectoral pendant la durée de sa détention. En s'appuyant sur l'article L3213-1 Le JLD estime que cet arrêté ne peut suspendre les délais légaux pour deux raisons :

- « outre le fait que les textes ne prévoient pas que les mesures d'hospitalisation puissent être suspendues ».
- Cette décision de suspension est incompatible avec une hospitalisation complète et que si la détention permet au patient de ne plus porter atteinte à l'ordre public, l'admission et les soins ne peuvent être prononcées qu'à l'égard des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins.

Le JLD de conclure « qu'il y a donc une contradiction à considérer les soins comme nécessaires et suspendre la mesure de soins ». Logiquement « la suspension doit être qualifiée de levée » car les soins ne sont plus nécessaires, ne répondant plus aux critères de l'article L3213-1 du CSP.

Cette surreprésentation de mainlevée de mesure de SDRE peut expliquer la forte tendance constatée en faveur des mainlevées en lien avec des hommes, les hommes concernant la très grande majorité des mesures de SDRE.

IV. Consentement

Notre enquête a montré que dans 16 situations, concernant le bien fondé de la mesure, le JLD décide d'une mainlevée en s'appuyant sur le motif que le patient est apte à donner son consentement. La loi précise en effet qu'il s'agit d'un des critères principaux dont l'absence est indispensable pour la mise en place d'une mesure de soins sans consentement.

A. Majeurs capables

Dans l'ensemble des soins médicaux, la notion de consentement a pris une place très importante. Le consentement trouve son fondement au plan juridique dans les préceptes d'habeas corpus et d'intangibilité du corps humain(66). En France, les soins prodigués ont longtemps été considérés comme un acte de bienfaisance que la société proposait aux malades. Mais progressivement avec « la sanctuarisation du corps humain », la relation médecin-malade s'est équilibrée d'une relation paternaliste vers une collaboration, évoluant d'un principe de bienfaisance vers un principe de consensualisme. Le patient est progressivement devenu client, un contrat s'établissant de principe entre le patient et son médecin(67). Un compromis est établi par la négociation et le consentement, grâce à une information de qualité et une alliance thérapeutique(68).

Dès 1936, l'arrêt Mercier(69) a considéré que cette relation était un contrat, *« il se forme entre le médecin et son client un véritable contrat comportant, pour le praticien, l'engagement sinon bien évidemment de guérir le malade (...) du moins de lui donner des soins non pas quelconques mais consciencieux, attentifs et, réserve faite des circonstances exceptionnelles, conformes aux données acquises de la science »*. Le consentement a donc pris une place primordiale. La nécessité absolue d'obtenir un consentement suppose donc la capacité du patient à recevoir une information, de la comprendre, puis de prendre une décision valide. Cela oriente vers la notion d'autonomie. Le concept d'autonomie, issue des concepts philosophiques des lumières puis de Kant, est la faculté de se donner à soi-même la loi de son action sans la recevoir d'un autre. La loi morale n'émerge donc pas de quelque chose d'extérieur à l'individu, mais de l'individu lui-même.

C'est la loi de bioéthique de 1994 (70) qui a fait entrer ce principe de consentement dans la loi. Et c'est désormais au début du code civil que l'on retrouve ce principe. L'article 16 définit que « *la loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie* ». Puis l'article 16-3 déclare qu' « *il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui. Le consentement doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas même de consentir* »(71). Cette dernière phrase introduit la possibilité de soins sans consentement. Ces deux articles sont le socle de l'obligation de consentement pour tout acte thérapeutique. Les dérogations y sont rares.

C'est par la suite la loi du 4 mars 2002 dite loi Kouchner qui va affiner cette notion de consentement (19). C'est dans son chapitre II concernant les droits et responsabilités des usagers qu'est défini le rôle du consentement et de l'information claire, loyale et appropriée qui en est son corollaire. L'article L1111-2 donne la définition des modalités d'application de l'information permettant de valider le consentement : « *Toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, traitements ou actions de prévention qui sont proposés, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus. Lorsque, postérieurement à l'exécution des investigations, traitements ou actions de prévention, des risques nouveaux sont identifiés, la personne concernée doit en être informée, sauf en cas d'impossibilité de la retrouver* ». Cette information doit être délivrée par tout professionnel de santé au cours d'un entretien individuel et seules l'urgence ou l'impossibilité d'informer peuvent l'en dispenser. Comme on l'a déjà vu l'article L1111-4 définit les conditions et conséquences du consentement obligatoire. Il est notamment clairement affirmé la possibilité pour le patient de refuser toute intervention.

La loi du 5 juillet 2011, étant une loi dérogatoire à ce principe de consentement, doit prévoir des situations clairement définies et s'appuyer sur des constatations rigoureuses avec notamment l'impossibilité d'obtenir le consentement, pour soigner

sans consentement. Le rôle de vérification donné au JLD est d'établir que l'état du patient ne lui permet pas de donner un consentement.

Le code de déontologie médicale, figurant dans le Code de la Santé Publique sous les numéros R4127-1 à R4127-112(72), définit également ce principe de consentement. A noter qu'avant 1995, le consentement ne se retrouvait qu'au sein de l'article 7 : « *la volonté du malade doit toujours être respectée, dans toute la mesure du possible* ». On y remarque là toute l'ambivalence du corps médical. Au sujet de l'information délivrée l'article 35 définit que : « *Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose* ». Et concernant le consentement l'article 36 précise : « *Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* ». Ces deux articles confirment les obligations du médecin.

On constate donc que le droit commun insiste sur la nécessité du consentement avant toute intervention sur le corps humain, elle dépend donc de la validité de ce consentement, support de l'autonomie et donc de l'acte envisagé par le patient. Le droit envisage le consentement comme une manifestation de la volonté. La volonté, qui est une faculté de l'esprit, ne produira d'effet qu'à la condition de s'extérioriser par un consentement. C'est une décision qui engage. Le consentement permet de porter à la connaissance d'autrui sa propre volonté. Au niveau juridique, le consentement se définit comme la volonté d'engager sa personne et/ou ses biens. Au niveau médical, le consentement est un accord conscient et volontaire, d'une approbation pleine et entière. Il s'agit quasi systématiquement du produit d'une tension : tension entre le souhaité et le possible, entre le désir de l'individu et une autorité extérieure (médecin, justice...). Une des difficultés est qu'une personne peut exprimer un consentement mais la volonté qui le sous-tend est fragile. Le consentement n'est pas forcément exprimé de manière totalement déterminée et demeure sujet à des évolutions. Le magistrat doit statuer à un instant T face à l'aléa subjectif du consentement parfois loin d'être permanent(52).

Deux niveaux complémentaires mais non superposables sont à distinguer au plan du consentement : la légitimité et la légalité(73). Les médecins sont responsables de la légitimité, les juristes de la légalité. Hors ces deux entités ne s'appuient pas sur la même conception de la volonté. Pour le juriste, on évolue dans un système binaire tous les citoyens sont égaux en droits et en devoirs, leur volonté relève de motifs intimes, l'incapable est lui spécialement protégé. Pour le médecin, les sujets sont tous différents par essence, notamment dans les caractéristiques de leur volonté qui évolue en fonction de la pathologie.

La particularité de la psychiatrie est l'existence de ce régime particulier que sont les soins sans consentement. Pour être mis en place, le psychiatre doit donc juger de l'autonomie du patient, de la validité de ses actes et de son consentement et de sa capacité à maintenir ce choix. La validité du consentement repose sur la délivrance par le médecin d'une information adéquate, sur le respect et la protection du libre arbitre, et sur la capacité du patient à consentir(67). Le psychiatre doit alors s'appuyer sur certains éléments sémiologiques pour envisager des soins sans consentement. Même si il n'existe pas de signe clinique pathognomonique concernant le consentement, le médecin doit pratiquer un examen clinique attentif.

Capdevielle définit trois façons de déterminer le consentement (74):

- Confondre le consentement avec le statut du sujet, le diagnostic peut par exemple suffire à décider de l'incompétence du sujet.
- Evaluer la compétence selon les réponses du sujet. On évalue la prise de décision en analysant le processus de réflexion.
- Evaluer des critères objectifs reproductibles selon une approche fonctionnelle.

Pour Capdevielle, les deux premières façons sont celles spontanément utilisées par le praticien lors de l'évaluation de la compétence au consentement. Même si il n'y a pas systématiquement de lien entre trouble psychique et présence ou absence de consentement(30). Applebaum et Roth, ont défini quatre critères, selon une vision cognitiviste, permettant une évaluation standardisée de l'aptitude à consentir(75) selon la troisième approche :

- La prise de décision, la capacité du patient à communiquer un choix.
- La compréhension, la capacité du patient à comprendre la pertinence d'une information.
- L'appréciation, la capacité du patient à apprécier la situation et les conséquences de celle-ci.
- Le raisonnement, la capacité du patient à manipuler l'information et raisonner sur les options thérapeutiques.

A partir de ces quatre critères, Appelbaum et Grisso ont développé un questionnaire semi structuré permettant de déterminer chez un patient atteint de troubles mentaux sa capacité à consentir à un traitement psychiatrique. Il s'agit du *MacArthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)*. Un score faible à l'un des quatre domaines permet de remettre en cause la capacité à consentir du patient, en tenant compte du contexte clinique(76). Il est uniquement fondé sur les capacités cognitives et ne prend pas ne compte les émotions ou les idées délirantes. Les auteurs insistent sur le fait qu'il n'existe pas de score limite à partir duquel dire qu'un patient est incompetent et que le sens clinique reste primordial. Cet outil a une bonne fiabilité inter-juges.

Lachaux et Cassan(73) ont également défini une charte de compétence à consentir en extrayant cinq capacités nécessaires, s'appuyant sur des compétences cognitives complexes mais différentes les unes des autres : recevoir une information adaptée, comprendre et écouter, raisonner, exprimer librement une décision et la maintenir dans le temps. Selon l'HAS, la charte élaborée par Lachaux pour évaluer la capacité à consentir serait applicable au contexte de l'hospitalisation sans consentement(30). L'HAS définit d'ailleurs trois types de capacités qui sont impliquées dans le consentement libre:

- « *le libre arbitre qui implique que le sujet soit capable de discerner ce qu'il souhaite sans être induit éventuellement par une pression extérieure ;*
- *la capacité juridique qui implique qu'en cas d'incapacité juridique, la loi du (5 mars 2007) s'applique ;*

- *la capacité physique qui peut, dans certaines circonstances, être atteinte (sujet inconscient ou comateux) ».*

La capacité à consentir aux soins est fortement corrélée aux déficits des fonctions cognitives mais aussi à l'insight. L'insight correspond à la conscience de la maladie et à la capacité d'attribuer une cause aux symptômes de la maladie. Elle comprend trois dimensions qui interviennent dans le principe du consentement aux soins : la conscience de la maladie, la capacité d'attribuer les expériences mentales inhabituelles à la pathologie, et l'adhésion aux traitements. Braitman et al.(58) ont montré l'importance de l'évaluation de l'insight parmi les critères cliniques de décision de soins sans consentement en urgence. Même si la présence d'un insight faible n'abolit pas forcément la capacité à consentir.

Certains critères à faire paraître dans les certificats peuvent appuyer l'existence d'une incapacité d'autodétermination (77): un déficit de l'acquisition (attention, concentration) ; un trouble de la compréhension (analyse, raisonnement, jugement, envahissement par un délire) ; un déficit de la volonté (aboulie, suggestibilité) ; instabilité du choix du fait de la pathologie.

Jonas et al. procèdent à une analyse sémiologique du consentement dans les différentes grandes catégories diagnostiques psychiatriques (78) :

- Trouble psychotique : Dans le cadre des symptômes positifs, la présence d'un délire ne signe pas nécessairement l'altération du jugement. Il faut être attentif à l'insight du patient ainsi qu'à son degré d'adhésion aux croyances délirantes. Selon les critères de Lachaux, le délire peut empêcher la réception de l'information mais aussi sa compréhension et la prise de décision. Le thème du délire doit également être pris en compte. Pour autant la présence d'un délire n'est pas obligatoirement corrélée à une altération du consentement. Le thème de persécution altère classiquement la capacité du sujet à consentir avec un système de pensée interprétatif. Les délires en secteur de sujets paraphréniques, à thèmes imaginatifs, peuvent préserver la capacité à consentir. La désorganisation de la pensée est à l'origine de désorganisation cognitive qui entrave la pensée du patient. La capacité à consentir serait plus liée aux fonctions cognitives qu'à la sévérité de la

symptomatologie(74). De fait, l'altération cognitive peut altérer la capacité à consentir même en l'absence de délire. Il reste tout de même difficile d'individualiser des critères cliniques de soins sans consentement pour les signes négatifs, la décision s'appuyant alors sur la sévérité de la symptomatologie. Les premiers épisodes psychotiques relèveront souvent d'une admission sans consentement en raison de l'insight insuffisant.

- Troubles de l'humeur : Selon l'HAS, la majorité des syndromes dépressifs n'altèrent aucunement le consentement(60). Les soins sans consentement doivent être évoqués devant un état suicidaire, une mélancolie délirante, une dénutrition ou une incurie extrême. Dans le cadre des syndromes maniaques, l'anosognosie, l'instabilité du consentement, les manifestations délirantes vont altérer la capacité à consentir. Dans les états mixtes, la labilité et l'irritabilité vont altérer la capacité de jugement et représenter des obstacles au consentement.
- Les états suicidaires : Ces états peuvent être présents dans l'évolution de tous les troubles psychiatriques. De par des altérations cognitives négatives chez le patient déprimé, le suicide n'étant pour lui que la seule issue, ou par des injonctions délirantes chez le sujet psychotique, ou par l'instabilité, l'impulsivité chez un patient présentant un trouble de la personnalité, l'obtention d'un consentement peut être altérée.
- Les troubles addictifs : La chronicité des troubles et l'importance du suivi rendent le consentement et l'alliance thérapeutique nécessaire. Le déni que l'on retrouve chez les patients souffrant d'addiction peut être considéré comme un trouble du jugement. La prise en charge sans consentement se discute dans le cas de patients se mettant en danger de manière répétée tout en étant opposé aux soins. Dans le cas des troubles du comportement alimentaire, la flexibilité cognitive, qui est la capacité de changer de stratégie dans la résolution d'un problème, est altérée dans l'anorexie mentale, avec un impact négatif sur les capacités d'adaptation. Ces troubles cognitifs peuvent donc être considérés comme altérant le jugement et la capacité à consentir.

- Les troubles de la personnalité : Ce sont principalement les cas de décompensation psychiatrique d'un trouble de la personnalité qui sont concernés par les soins sans consentement. Jonas et al. montre que l'altération ou l'abolition de la capacité à consentir sans décompensation est un fait discuté dans la littérature, sans pour autant qu'un consensus se dégage. C'est l'instabilité ou l'impulsivité chez un patient en crise suicidaire présentant un trouble de la personnalité borderline qui va orienter vers des soins sans consentement.
- Les pathologies démentielles : Par définition, les atteintes cognitives (notamment la mémoire et le raisonnement) présent chez un sujet dément vont altérer sa capacité à consentir. Les troubles mnésiques peuvent entraîner une instabilité psychomotrice majeure et une labilité émotionnelle.

La définition de critères cliniques pour apprécier l'altération de la capacité à consentir est difficile du fait d'une atteinte multifactorielle selon les pathologies et les processus cognitifs concernés. L'évaluation du consentement de manière standardisée pourrait se révéler utile. Mais il reste néanmoins que le consentement est fluctuant. Une réévaluation clinique régulière du consentement semble être une solution.

Dans notre enquête, deux situations ont conduit à une mainlevée car des patients en programme de soins se sont présentés spontanément pour être hospitalisés. Péchillon rappelle que pour le juge judiciaire, un patient en programme de soins peut parfaitement faire des séjours en hospitalisation mais à condition qu'il bénéficie des mêmes droits qu'un patient en soins libres(79).

Une situation particulière concerne les patients évoquant leur volonté de poursuivre l'hospitalisation en soins libres devant le JLD, qui ont demandé leurs sorties dès la notification de la mainlevée.

Ainsi il peut sembler étonnant de voir le JLD se prononcer sur la capacité du patient à consentir. En effet, évaluer si le patient consent est plus complexe que de lui demander si oui ou non il est d'accord pour rester hospitalisé. Il semble pouvoir être intéressant alors de distinguer, dans les certificats à destination du JLD, la capacité à comprendre les soins et à les accepter. L'école nationale de la

magistrature estime que le JLD excède son office s'il se substitue au psychiatre dans l'évaluation médicale du consentement ou des troubles psychiques.

Dans une étude explorant les décisions rendues par les arrêts des cours d'appel concernant le contrôle des mesures de soins contraints, entre septembre 2013 et 2014, dans la France entière, montre que le juge d'appel apprécie la capacité à consentir dans 92% des cas sur la base des seuls certificats médicaux(80). Dans 3% des cas, le juge d'appel n'évalue la capacité à consentir qu'exclusivement lors de l'audition. Cette étude extrait les critères de la capacité à consentir appréciés durant l'audition du patient, dans 91% des arrêts, il s'agit de la capacité du patient à comprendre et à écouter, et dans 9% comme sa capacité à exprimer librement sa décision.

Le cas clinique suivant est un exemple de la différence d'appréciation entre le psychiatre et le JLD.

B. Cas clinique M. X.

Au moment de son hospitalisation, M. X. est âgé d'une cinquantaine d'années. Il est veuf depuis une quinzaine d'années, il a deux enfants de cette union. Il exerce la profession d'instituteur. Son père et un de ses frères, qui souffrirait de schizophrénie, vivent proche de chez lui, un autre de ses frères vit en établissement public médico-social dans le cadre d'une pathologie autistique, sa mère est elle décédée. Il dispose d'un bon étayage familial et relationnel, il fait notamment partie d'une association. Ce patient a été diagnostiqué d'un trouble bipolaire il y a près de 30 ans suite à un première épisode mélancolique pour lequel il a bénéficié d'un traitement par sismothérapie. Par la suite, il a été hospitalisé à quatre reprises pour des décompensations sur un versant hypomaniaque ou maniaque, dont une fois déjà en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

Il ne présente pas d'autres antécédents médicaux notables.

Il bénéficie depuis plus de 10 ans d'un traitement par lithium, dont certains arrêts ont été la cause de décompensation.

Au début du printemps, M. X. est à nouveau hospitalisé en soins psychiatriques en cas de péril imminent suite à des troubles du comportement sur la voie publique. A l'époque, l'observance du traitement est précaire. Il est retrouvé confus avec un discours incohérent à tonalité délirante, il a alors bénéficié un temps court d'une prise en charge en chambre de soins intensifs. On note durant cette hospitalisation une instabilité psychomotrice avec irritabilité et agressivité verbale, un discours diffluent sans réel élément délirant avec une tendance à la familiarité ainsi que des troubles du sommeil à type d'insomnie. Rapidement, son état va s'améliorer avec une humeur stabilisée, un discours superficiel mais adapté et un sommeil de qualité, à la fois lié au cadre contenant de l'hospitalisation et à la reprise d'un traitement par lithium. Au final, un diagnostic de nouvelle décompensation maniaque est posé avec comme facteur contextuel une prise anarchique du traitement sans autre facteur déclenchant retrouvé.

M. X. sort, après une levée par son psychiatre de la mesure, après deux semaines d'hospitalisation.

Il sera à nouveau hospitalisé en soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence moins d'un mois plus tard après avoir à nouveau arrêté son traitement, dans le cadre de trouble du comportement. Il présente alors depuis une dizaine de jours, une insomnie sans fatigue, une exaltation de l'humeur associée à une désorganisation psychomotrice, un ludisme. Il est très défensif, déniait le contexte hospitalier avec virulence, activant des défenses projectives. Certains éléments contextuels semble avoir favorisé cette décompensation, une nouvelle compagne, un arrêt de travail prolongé à la demande du rectorat, une lutte contre un vécu de perte. On peut alors se demander si la rupture du traitement comporterait une valence dépressive.

Tout au long de l'hospitalisation, le patient se présente dans une position évitante et agressive, banalisant ses comportements, l'arrêt du traitement et l'inquiétude de ses proches. Il est retrouvé une rationalisation des faits et des revendications contre le cadre hospitalier. Il évoquera tout de même la maladie psychique et son côté insupportable, et l'impression d'infantilisation que lui renvoie l'hospitalisation.

Lors du contrôle de plein droit au 12^{ème} jour, le JLD ordonne une mainlevée de l'hospitalisation, s'appuyant sur le fait que le patient donne son consentement aux soins et précisant qu'un programme de soins pourraient être bénéfique pour

s'assurer de la prise du traitement à terme. Lors de l'audition, le JLD évoque l'entretien avec le patient qui « souhaite continuer à prendre son traitement sans être interné », et s'appuie sur l'avis motivé qui relève la stabilisation de l'humeur même si il précise « qu'il persiste un élément fondamental empêchant de garantir pour le moment la bonne observance : la dénégation du contexte de l'hospitalisation ». Dans ce même avis, le psychiatre précise que « même si le consentement est obtenu verbalement, il n'est pour l'instant pas possible d'en garantir l'authenticité ».

Finalement, le patient est sorti d'hospitalisation le jour même de l'audition après une levée complète de la mesure. Il n'a pas été hospitalisé depuis et bénéficie d'un suivi durant lequel il se présente toujours assez défensif et pudique dans l'expression de ses affects.

C. Personnes sous protection

Les individus sont présumés autonomes. Le sujet de droit est donc une personne capable (libre de ses actes, répondant de ses faits). La personne vulnérable peut se définir comme celle qui ne peut assumer tous les attributs de la personnalité juridique. Les personnes protégées qui nécessitent une protection juridique, sont celles qui du fait d'une altération de leurs facultés cognitives et relationnelles, ou corporelles, ne peuvent plus veiller à la protection de leurs intérêts(81). De nombreux patients pris en charge en psychiatrie nécessitent une protection juridique. Pour cette classe de patients se pose également la question du consentement aux soins. Avant la loi du 5 mars 2007, le majeur placé sous curatelle ou tutelle était incapable et ne pouvait consentir à rien. La loi du 5 mars 2007, réformant la protection juridique des majeurs, a fait évoluer cette conception, en instaurant un système de consentement gradué. L'article 457-1 du code civil dit ceci : *« La personne protégée reçoit de la personne chargée de sa protection, selon des modalités adaptées à son état et sans préjudice des informations que les tiers sont tenus de lui dispenser en vertu de la loi, toutes informations sur sa situation personnelle, les actes concernés, leur utilité, leur degré d'urgence, leurs effets et les conséquences d'un refus de sa part »*. Le sujet est donc par principe apte à décider de ses soins. L'article 459 précise : *« Hors les cas prévus à l'article 458, la personne*

protégée prend seule les décisions relatives à sa personne dans la mesure où son état le permet.

Lorsque l'état de la personne protégée ne lui permet pas de prendre seule une décision personnelle éclairée, le juge ou le conseil de famille s'il a été constitué peut prévoir qu'elle bénéficiera, pour l'ensemble des actes relatifs à sa personne ou ceux d'entre eux qu'il énumère, de l'assistance de la personne chargée de sa protection. Au cas où cette assistance ne suffirait pas, il peut, le cas échéant après l'ouverture d'une mesure de tutelle, autoriser le tuteur à représenter l'intéressé.

Toutefois, sauf urgence, la personne chargée de la protection du majeur ne peut, sans l'autorisation du juge ou du conseil de famille s'il a été constitué, prendre une décision ayant pour effet de porter gravement atteinte à l'intégrité corporelle de la personne protégée ou à l'intimité de sa vie privée ».

Par déduction, on peut considérer qu'il existe une sorte d'évaluation en cascade sous forme d'un arbre décisionnel, dont la dernière possibilité est le juge. Si le majeur est en état de prendre seul la décision de manière éclairée, il consent seul.

La Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme recommande « de s'assurer de la bonne articulation entre les dispositions prévues par le code civil et les dispositions prévues par le code de santé publique ». De fait, il recommande prendre en compte cette notion de consentement gradué afin de favoriser l'autonomie et ainsi d'exprimer sa volonté et son consentement en fonction de son discernement.

Voici les situations dans notre enquête qui remettent en cause l'absence de consentement du patient, que ce soit un majeur capable ou non :

- Le patient demande à rester en hospitalisation libre, dans quatre situations.

Dans un cas comme motif unique lors de l'audience le patient déclare « qu'il a repris une thérapie et qu'il souhaite une hospitalisation libre ». Le JLD considère donc que le patient donne son consentement aux soins. A noter que le patient est resté hospitalisé six jours par la suite. Dans un autre cas comme motif unique, la patiente demande à rester « en hospitalisation volontaire, elle est prête à rester une semaine », en effet « elle aurait préféré qu'on lui propose l'hospitalisation plutôt qu'on lui impose ». Dans une

dernière situation comme motif unique, la patiente indique « qu'elle est d'accord pour être soignée à l'hôpital mais en hospitalisation libre ». Le juge s'appuie sur cette audition et un avis médical pour lever la mesure, la patiente sortira le jour même.

- Le patient admet la nécessité de soins : Dans trois situations dont deux comme motif associé et un comme motif unique, le JLD conclut que le patient adhère aux soins et à la nécessité d'un suivi. Dans un cas, « il accepte le traitement bien qu'il trouve que celui-ci a des effets secondaires, qu'il commence à tourner en rond dans l'hôpital ».
- Le patient souhaite suivre un programme de soin : dans trois situations dont deux situations comme motif unique. Dans un cas, le patient indique « que l'hospitalisation se passe mal, que les médicaments l'assomment, que s'il reste enfermé il va devenir fou ; que si l'hospitalisation lui a remis les pieds sur terre, qu'il a un emploi, un domicile et de la famille », de plus il est prêt à suivre un programme de soins. Le JLD estime donc que l'hospitalisation complète peut être levée. Dans un autre cas, le JLD constate à l'audience que le patient « adhère aux soins, a pris conscience de la nécessité d'un suivi, se projette dans l'avenir de façon positive », ce qui est confirmé par le dernier certificat médical. Le patient « souhaite poursuivre les soins en programme », le JLD conclut donc que « la contrainte n'est plus nécessaire ».
- Dans deux cas dont un comme motif unique, des patients en programme de soins se sont présentés spontanément à l'hôpital. Dans une situation, le certificat médical « indique que vu les antécédents du patient, nous préférons le réintégrer en hospitalisation à visée préventive ». Le JLD estime donc que la venue spontanée n'est pas en accord avec une des conditions d'hospitalisation sans consentement « les troubles mentaux rendent impossible son consentement ». Dans l'autre situation, le patient « souhaite sortir de l'hôpital et se dit prêt à poursuivre les soins en ambulatoires », de plus « il bénéficie de sorties quotidiennes ».
- Dans le cas d'une tentative de réintégration, le JLD estime que la patiente consent aux soins car elle a pris un RDV ultérieur à l'audience avec son médecin, alors qu'elle n'avait pas honoré ses précédents RDV. De plus, du fait de l'absence de la patiente une évaluation médicale n'a pu avoir lieu.

V. *Remise en cause du clinicien*

Notre enquête a montré que dans cinq situations, le JLD fonde, au moins en partie, sa décision de mainlevée sur la remise en cause de l'évaluation clinique du praticien. Dans une étude publiée par le service de documentation, des études et du rapport de la cour de cassation(80), l'auteur estime que le juge de la cour d'appel apprécie l'existence de troubles mentaux circonstanciés sur la base du seul dossier médical dans 82% des cas.

La jurisprudence européenne exige que la maladie mentale soit indiscutable(82). Ce qui n'est pas forcément évident lors d'une première hospitalisation. Il semble difficile de poser un diagnostic dans un bref délai. Le code de santé publique rappelle dans son article L3212-1 que les certificats médicaux « *indique les caractéristiques de la maladie* ». La loi exige que les certificats soient circonstanciés, dans le cas contraire la mainlevée peut être ordonnée.

Le conseil constitutionnel insiste sur la liberté d'appréciation du juge(83). La liberté individuelle n'est garantie que si les experts psychiatres ne décident pas seuls d'une mesure de soins contrainte en hospitalisation complète. Si le juge est donc nécessairement éclairé par l'expertise du psychiatre, il reste libre dans son appréciation de la situation, afin d'être garant de la liberté individuelle.

Le juge a alors le devoir de motiver ses décisions comme doivent l'être les certificats médicaux. Il semble pourtant compliqué de l'imaginer remettant en cause les connaissances du champ du psychiatre sur une appréciation lors de l'audition. En cas de doute sur le caractère nécessaire, adapté et proportionné de la mesure, le JLD peut toujours ordonner une expertise. Le JLD, tout comme les préfets, les directeurs d'établissement, n'est pas qualifié pour porter une évaluation médicale et reste garant de la régularité du déroulement de la mesure d'hospitalisation(84).

Robillard(56) insiste sur la formation des magistrats pour surmonter leurs difficultés. Pour lui, il faut notamment rechercher des moyens pour « *mieux appréhender la dimension non juridique du contentieux des soins sans consentement* », il suggère notamment d'instaurer des stages dans des unités psychiatriques. Dans ce rapport, il rapporte l'audition du Pr Lazarus invitant les

magistrats « à *devenir un peu plus cliniciens* ». Blisko et Lefrand (54) proposent de prévoir des formations communes au monde judiciaire et au monde médical. Ces formations croisées auront pour but d'avoir une meilleure compréhension mutuelle de ces acteurs, de leurs motivations et de la nature des interventions. C'est notamment le cas de l'école nationale de la magistrature qui propose des formations de 3 jours communes entre magistrats et professionnels de santé, mais également du e-learning sur son site internet (formation.enm.justice.fr). Dans une autre étude sur 102 ordonnances de mainlevées, l'auteur précise qu'il est indispensable d'avoir une bonne connaissance de la loi par les divers protagonistes dans l'intérêt des patients(85).

Voici des situations issues de notre étude, où le JLD remet en cause l'évaluation du clinicien :

- Dans une situation comme motif associé, le JLD rapporte que le certificat médical évoque que le patient « n'a pas de projet ». Hors lors de l'audience, le JLD estime « qu'il a des projets d'avenir ». En l'occurrence « qu'il voulait aller à Paris pour se sauver lui même (...), qu'il souhaite entrer à la fac de droit à la rentrée et trouver un petit boulot en attendant ».
- Comme motif unique, concernant un patient incarcéré mineur en fugue de l'hospitalisation complète dont le dernier certificat pointe l'amélioration mais surtout « un maintien pour travailler la gestion de l'impulsivité », le JLD estime que « l'impulsivité est un trouble de la personnalité qui n'impose pas une hospitalisation complète ». Il indique que « la fugue du jour relève plus de l'évasion ».
- Dans une autre situation comme motif associé, le JLD remet en cause le délire paranoïaque car « force est de constater que la patiente est séparée, que son ex-mari qui est policier lui interdit de voir ses enfants ; que la directrice de l'école lui refuse tout contact avec eux et que sa voisine qui a fait appel au force de l'ordre travaille à l'école de ses enfants ».
- Comme motif unique, le JLD et le médecin ne sont pas d'accord sur la nécessité de l'hospitalisation pour assurer la poursuite du traitement médicamenteux. Le certificat médical précise « qu'il persiste un élément fondamental empêchant de garantir pour le moment la bonne observance : la dénégation du contexte hospitalier ». A l'audience, le patient déclare « qu'il

souhaite continuer à prendre son traitement sans être interné ». Le JLD estime donc que le patient donne son consentement aux soins et « qu'un programme de soins pourraient être bénéfique pour la prise de traitement à terme ».

- Le JLD remet en cause les « troubles du comportement et de l'humeur ainsi que du cours de la pensée » constatés par le certificat médical. En effet, « l'audition permet de constater un état satisfaisant de lucidité » et permet donc, avec d'autres motifs, d'ordonner la levée de l'hospitalisation complète.

C'est également de la responsabilité des psychiatres de fournir des certificats suffisamment circonstanciés permettant d'explicitier la situation clinique à un non-expert, pour permettre une prise en charge optimale du patient. Le JLD doit pouvoir appuyer sa décision sur ces certificats médicaux circonstanciés. La rédaction de ces certificats doivent argumenter point par point pour démontrer les indications des soins contraints comme définit par le code de santé publique(86) :

- L'existence d'un trouble mental
- La nécessité de soins
- Pour les SDDE, l'impossibilité de consentir aux soins
- Pour les SDRE, l'existence de trouble de nature à compromettre la sûreté des personnes et/ou à porter atteinte, de façon grave à l'ordre public.

Près d'un tiers des ordonnances de mainlevées retrouvées comportant un motif concernant la forme est directement en lien avec les certificats médicaux. La Haute Autorité de Santé, dans le cadre du programme pluriannuel relatif à la psychiatrie et à la santé mentale, est en train de travailler sur des recommandations visant à améliorer la rédaction des certificats médicaux obligatoires des mesures de soins psychiatriques sans consentement, dans leur formalisme et dans leur contenu, voire des modèles de documents(87). Son objectif est d'élaborer des protocoles conciliant les opinions et besoins des différents intervenants permettant aux psychiatres de répondre à l'exigence de produire des certificats ou avis médicaux suffisamment circonstanciés pour fonder la légalité des décisions administratives ou judiciaires. Cela pourrait se traduire par une diminution du nombre de mainlevées dans les

années à venir, pour celles ayant fait sur des défauts de rédactions de certificats médicaux et avis médicaux.

Dans notre étude, les motifs en lien avec une anomalie des certificats médicaux sont multiples. Ils interviennent dans 13 décisions de mainlevées, deux fois comme motif unique. Les motifs en lien avec une erreur avec les certificats médicaux interviennent donc dans près de la moitié des motifs concernant la forme. Ces anomalies sont donc multiples :

- Les certificats médicaux sont dits insuffisamment circonstanciés :
 - Car l'avis médical « *indique qu'il ne peut se prononcer sur le maintien de la mesure* »
 - Le certificat ne donne aucune justification au maintien de la mesure d'hospitalisation complète.
 - Pour décrire avec précision les manifestations des troubles mentaux comme voulu par l'article L3211-12-1-I dans cinq situations, dont une fois comme motif unique. « *Une pathologie psychiatrique* » ne peut être affirmée, voire même dans un cas le certificat médical initial ne comporte pas « *d'élément médical* ».
 - Notant seulement, dans deux situations, l'amélioration clinique, ce qui « *ne justifie pas la poursuite de la mesure* ». Dans une situation, le certificat le plus récent indique que le patient « *contrôle ses angoisses qui l'avaient amené par le passé à des actes hétéro-agressifs, qu'il a un bon contact, il ne présente plus d'angoisse ou d'anxiété, il est euthymique* ».
 - Voir les deux motifs précédant dans une situation.
 - Devant l'absence d'évaluation clinique dans deux cas.
- Le rédacteur du certificat est différent des obligations textuelles dans un cas, en tant que motif unique : en effet les certificats de 24h et de 72h ont été rédigés par le même médecin
- Aucune erreur dans les délais des certificats médicaux n'a été relevée.

Le cas clinique suivant montre un exemple de remise en cause par le JLD de l'évaluation psychiatrique conduisant à une mainlevée de la mesure.

Cas clinique Mme Y.

Mme Y. est hospitalisée en soins psychiatriques sans consentement en péril imminent devant des idéations suicidaires majeures avec intentionnalité franche dans le cadre d'une alcoolisation aiguë sur intoxication chronique. Cette patiente d'une cinquantaine d'années est très connue de son secteur d'hospitalisation depuis près de 10 ans pour une alcoolodépendance ancienne. Elle a bénéficié de prise en charge en hôpital de jour, de visites à domicile et de multiples hospitalisations, la dernière datant de quatre mois auparavant. Il s'agit de sa première admission en soins sans consentement.

Au moment de l'admission, elle vit depuis un an avec son fils aîné, suite à la séparation de celui-ci avec sa compagne. Une relation avec son fils dont elle est dépendante, associé à une inversion des rôles avec parentalisation de celui-ci qui l'infantilise. Une relation paradoxale organisée mais également subie et contestée par la patiente. Elle est sous curatelle depuis 5 ans, elle ne travaille plus depuis de nombreuses années après un essai dans une entreprise de réinsertion.

Sa problématique alcoolique ancienne semble débiter 2 ans après la naissance de son dernier fils, qui est pris en charge dans une institution spécialisée dans le cadre d'une pathologie d'origine génétique. Ses consommations ont mené à de nombreux dommages familiaux, professionnels, médicaux, financiers et judiciaires. A ce mésusage s'associe un trouble dysthymique pour lequel lui ait prescrit un traitement par divalproate de sodium qu'elle prend aléatoirement, et une tendance au mésusage de benzodiazepines et autres psychotropes.

Mme Y. associe un fonctionnement opératoire avec passage à l'acte impulsif et une posture passive avec une dépendance à l'autre, mettant en échec ce qui peut lui être proposé.

C'est au décours de la mort brutale de son fils cadet par suicide une semaine avant l'hospitalisation qu'elle a repris à s'alcooliser massivement conduisant à un

effondrement thymique avec idéation suicidaire franche. Elle a alors appelé l'infirmier, qui venait chez elle en visite à domicile, mais refusé toute hospitalisation. Devant la nécessité de soins immédiats et le péril imminent pour sa santé, les urgences ont dû mettre en place des soins sans consentement.

A son entrée, elle se présente dans la banalisation de son intention suicidaire. Elle présente des difficultés à verbaliser son vécu, se préférant dans une posture projective avec un sentiment de colère envers sa belle fille et un abord superficiel de la relation à son fils.

Elle a pu très progressivement prendre conscience de la réalité de la perte de son fils et commencer à exprimer son chagrin, son sentiment de culpabilité. Elle n'avait plus de contact avec son fils depuis un an et un conflit dans une phase d'alcoolisation.

Dans sa décision de mainlevée suite à l'examen de la mesure au 12^{ème} jour, le JLD concède que la patiente « a subi un choc émotionnel aigu du fait du décès de son fils », « sa fragilité psychique est réelle » mais décide tout de même d'une levée de l'hospitalisation avec effet différé de vingt-quatre heures. Il appuie sa décision sur le fait que Mme Y. demande à « être entourée de sa famille pour vivre son deuil » et précisant qu' « interrogée sur ses idées suicidaires, elle n'en a pas ». Cette décision va à l'encontre des certificats médicaux qui demande le maintien de la mesure du fait que « le consentement de la patiente n'est pas fiable dans la durée et la patiente a besoin (...) d'être mise à l'abri », et que « risque suicidaire pour elle est majeur ».

Un appel suspensif sera formé par le procureur, la cour d'appel de Rennes infirmera la décision du JLD trois jours plus tard, estimant que « le juge des libertés et de la détention n'a pas à se substituer à l'autorité médicale notamment sur l'évaluation du consentement, du diagnostic ou des soins ».

La mesure de soins sans consentement a pu être levée, une semaine plus tard, la patiente présentant une thymie stable, réinvestissant son rôle de mère et de grand-mère et se projetant dans l'avenir et les soins psychiques.

Même si la patiente a repris des consommations massives régulières à la sortie d'hospitalisation notamment suite au départ du domicile de son fils, elle a pu venir en consultations et participer un temps à l'hôpital de jour, restant malgré tout dans un discours de façade, réticente à livrer ses émotions et une forte ambivalence aux soins.

Elle est décédée huit mois après sa sortie d'hospitalisation.

VI. Remise en cause de la nécessité de soins immédiats

Ces remarques, sur la remise en cause de l'évaluation du clinicien, sont à mettre en lien avec la nécessité de soins immédiats et la notion de dangerosité prévues par la loi. Il semble alors important de pouvoir argumenter dans les certificats médicaux sur la nécessité de soins immédiats dans les SDT mais également l'existence d'un péril imminent dans les SPI ou le risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade dans les SDTU. Dans le cadre des soins psychiatriques en cas de péril imminent, les risques de péril imminent sont définis par l'HAS comme « l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient » ou comme « le risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation » (30). La loi, elle, ne définit pas le péril imminent. Il existe donc une grande liberté d'interprétation de ce concept(88). Dans notre enquête, le JLD décide d'ordonner une mainlevée dans quatre situations car il considère que la mesure ne répond pas à la condition de nécessité de soins immédiats définie par la loi. C'est notamment dans deux situations l'aspect « préventif » de la mesure qui oriente sa décision.

Dans le cas des SDRE, il faut pouvoir expliciter l'existence de trouble de nature à compromettre la sûreté des personnes et/ou à porter atteinte, de façon grave à l'ordre public. On retrouve un cas dans notre enquête où la mainlevée est prononcée car la mesure ne répondrait pas à cette condition. Au niveau judiciaire la dangerosité concerne les risques d'atteinte à la sûreté des personnes et/ou de l'ordre public, les menaces ou risques d'agression envers les tiers, le risque de passage à l'acte d'agissements dangereux, un comportement conduisant à des agressions à caractère sexuel, ou un comportement inadapté (80). Les acteurs de la justice estiment nécessaire pour apprécier cette dangerosité d'avoir accès à des éléments sur des passages à l'acte antérieur et potentiels, sa biographie, des éléments de l'entourage familial. Des éléments souvent insuffisants selon certains magistrats.

Dans les situations suivantes issues de notre étude, le JLD remet en cause la nécessité de soins immédiats :

- Dans une situation citée précédemment sur une remise en cause du consentement, le JLD estime que l'état mental du patient n'impose pas des soins immédiats. « La réintégration se fonde sur les antécédents du patient et

qu'elle a une visée préventive, une hospitalisation préventive est incompatible avec la nécessité de soins immédiats ».

- Dans un cas de péril imminent, en tant que motif associé, le JLD estime « qu'il n'apparaît pas de péril vis à vis des tiers ou vis à vis de lui même » sans plus de précision.
- Le péril imminent est insuffisamment justifié dans une autre situation, en motif associé : même si le certificat constate « une agressivité physique et verbale, une agitation et des idées délirantes avec syndrome paranoïaque » mais « *qu'il ne justifie pas de péril imminent pour la santé du patient* ».
- Dans un cas de SDRE, en tant que motif associé, le JLD estime que même si l'arrêté municipal « relève l'imminence du danger parce que la patiente est alcoolisée, agressive verbalement et qu'elle souffrirait d'un délire paranoïaque ; il n'y a aucune justification de danger imminent pour la sûreté des personnes, pas plus d'atteinte que d'atteinte grave à l'ordre public ».
- Dans une situation de réintégration d'une patiente en programme de soins, l'hospitalisation complète est remis en place « afin de profiter d'une réévaluation clinique dans des conditions plus sécurisées » notamment par rapport « à des symptômes somatiques et thymiques ». De plus, un avis du psychiatre précise que « la patiente est coopérante mais que la mesure de placement sous contrainte doit être poursuivie en vue de remettre le programme de soins ambulatoires qui sera nécessaire à la sortie ». La patiente a été admise à sa demande, « ce qu'elle conteste » mais selon le JLD rien « n'est établi que son état mental n'impose de soins immédiats justifiant une surveillance médicale continue ».

VII. Devenir des patients

Les informations obtenues sur le devenir des patients, nous montrent qu'un quart des patients ont accepté de poursuivre l'hospitalisation en soins libres. Ce qui peut nous interroger sur notre pratique peut être à tendance trop sécuritaire de la mise en place et au maintien des soins sans consentement.

L'incidence des principes de précaution et de responsabilité, mais aussi des courants contradictoires sécuritaire et libertaire influent sur la pratique médicale quotidienne, qui va être amenée à évoluer(86). Dans un modèle de droit néolibéral, il est de plus en plus nécessaire d'appréhender le hasard. Les responsables politiques mais également les professionnels doivent à la fois connaître les risques mais aussi les prévenir. Un principe de prévoyance émerge, de manière à anticiper et prévoir au mieux le pire. « *La menace étant radicale, l'anticipation doit être radicale* »(89). Ce principe de prévoyance a une répercussion sur la responsabilité individuelle. Pour Larrère, qui s'appuie sur les travaux de Hans Jonas, « *être responsable c'est avoir à répondre de ce qui peut arriver à quelqu'un ou quelque chose, sinon dans un avenir illimité, du moins pour une longue période* ». Ceux qui auraient dû prévoir l'acte deviennent donc également responsables. C'est ainsi que chacune de ses décisions engage la responsabilité du psychiatre que ce soit des actes réalisés malgré le psychiatre (actes auto ou hétéro agressifs) ou sous le contrôle du psychiatre (sortie prématurée ou un acte réalisée sous l'effet d'un traitement). Chacune de ces fautes pouvant être soumise à réparation.

L'agence technique de l'information sur l'hospitalisation indique que 75 000 patients ont été hospitalisés sous contrainte en 2014 contre 69 000 en 2013 et 64 000 en 2012, le nombre de patients hospitalisés était alors relativement stable de 415 000 en 2014, 413 000 en 2013 et 433 000 en 2012. Cette augmentation peut elle être expliquée, en partie, par la responsabilité croissante des praticiens qui favoriseraient, en cas de doute, une mesure de soins sans consentement pour prévenir que leurs responsabilités ne soient engagés à terme.

Il faut prendre en compte également l'ambivalence des patients vis à vis de l'hospitalisation, qui a induit les soins contraints. Cette ambivalence peut participer à la poursuite de l'hospitalisation malgré la mainlevée suite à l'expérience des premiers jours.

Conclusion

La loi du 5 juillet 2011 a introduit le contrôle systématique par l'autorité judiciaire de la légalité des décisions individuelles d'hospitalisation sous contrainte, en premier lieu par le JLD. Il s'agit d'une évolution bénéfique comparativement aux législations antérieures qui ne voyaient intervenir l'autorité publique que rarement et de manière facultative.

Notre enquête a montré des données en concordances avec les chiffres nationaux de mainlevées, dans le sens où la très grande majorité des mesures de soins sans consentement sont maintenues après examen par le JLD.

Nous avons retrouvé une répartition équilibrée des décisions sur le fond et la forme. Les risques de décisions de mainlevées sur des motifs formels peuvent théoriquement être diminués par une meilleure efficacité des réseaux administratifs locaux et du respect du formalisme légal des certificats par les médecins. Ce sont certainement les décisions concernant le bien-fondé qui agacent le plus les psychiatres car comme on l'a vu cela implique parfois une remise en cause de leur évaluation clinique.

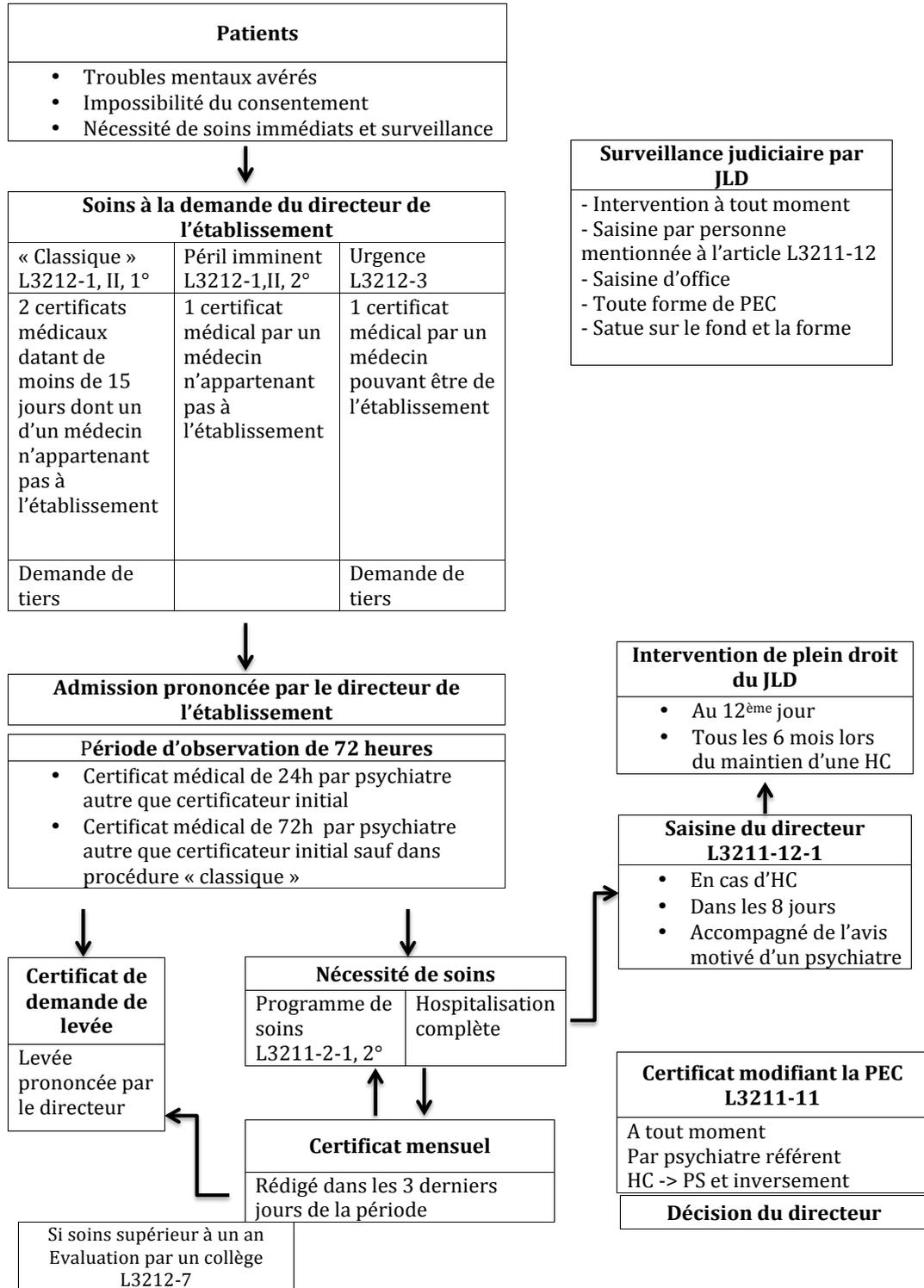
Nous constatons également que selon le TGI et la période étudiée, le nombre de mainlevées rendues est différent. Le JLD intervenant semble avoir un lien avec ce résultat. Le juge en tant qu'individu avec son histoire propre est un facteur humain qui a un rôle significatif dans la finalité des audiences. Son rôle de juge est complexe, il est du rôle du praticien de l'aider à appréhender la maladie mentale à travers les certificats médicaux et au moment de rencontre pluri-professionnels, et ainsi d'améliorer la coordination médico-judiciaire.

Enfin nous avons constaté un nombre proportionnellement plus élevé de mainlevées de mesures de SDRE que de mesures de SDDE. On peut analyser cela comme l'appréhension des médecins à demander une mainlevée d'une décision, qu'il faut le rappeler, relève du préfet.

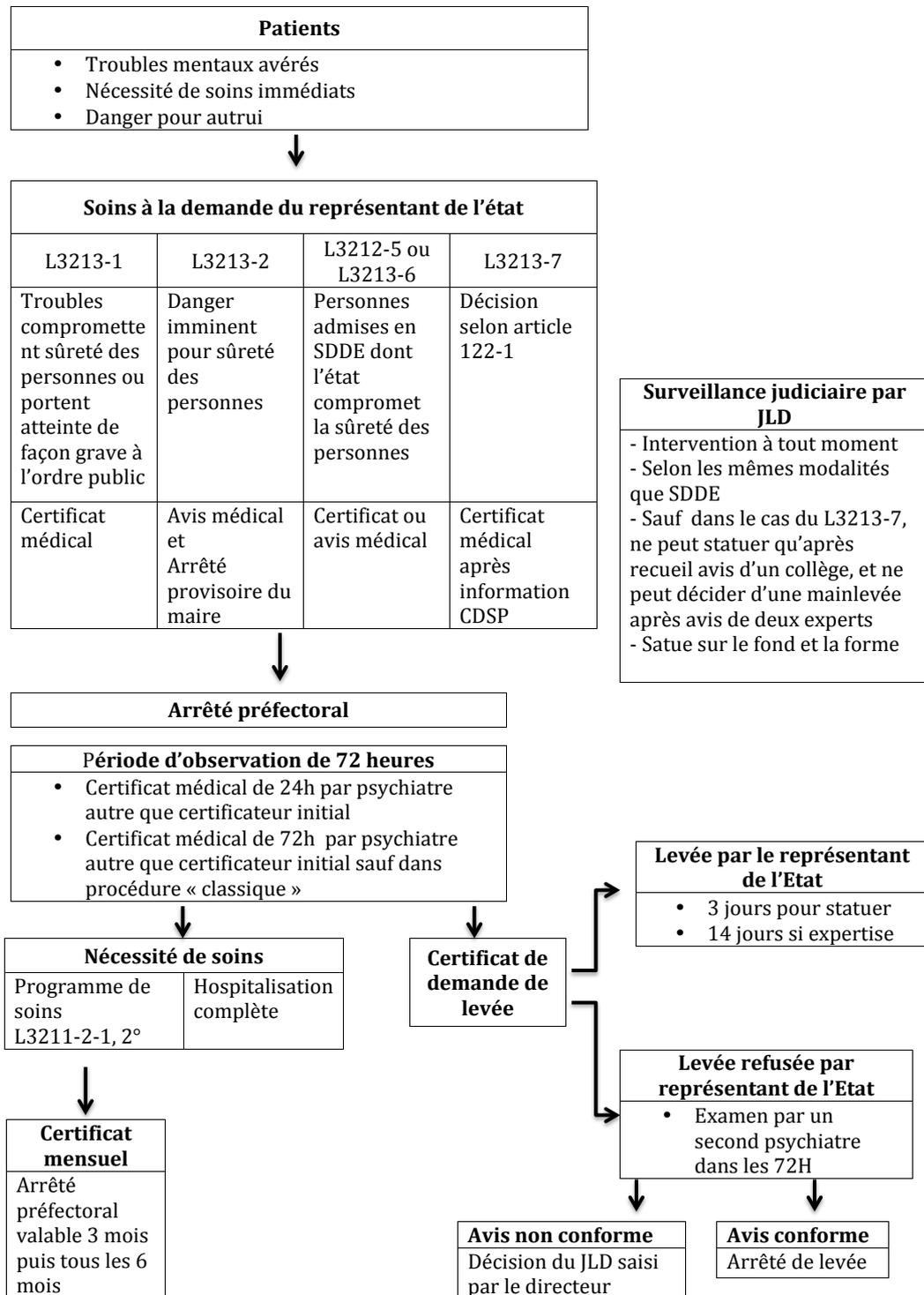
Des études au sein d'autres juridictions pourraient apporter des éléments permettant de comparer les pratiques, il serait aussi intéressant de pouvoir étudier les attentes des JLD. L'objectif est évidemment de fournir des soins adaptés, efficaces au patient dans un contexte bienveillant sans atteindre à leurs libertés fondamentales.

Annexes

Annexe 1 : Soins à la Demande du Directeur De l'Établissement



Annexe 2 : Soins à la demande du Représentant de l'Etat



Annexe 3 : Contrôle de plein droit de la mesure par le JLD

Art. L3211-12-1 CSP

Auteurs de la saisine	<ul style="list-style-type: none"> • Directeur de l'établissement • Représentant de l'Etat 	
↓		
Délais de la saisine	<ul style="list-style-type: none"> • En cas d'admission ou de modification de la prise en charge : dans les 8 suivant la demande d'admission • En cas de renouvellement : 15 jours au plus tard avant l'expiration du délai de 6 mois, à compter de l'admission 	
↓		
Instruction de la requête	<ul style="list-style-type: none"> • Régime ordinaire : expertise facultative à titre exceptionnel • Régime renforcé (L3213-7) : recueil de deux expertises 	
↓		
Modalités de l'audience	Personnes convoquées	<ul style="list-style-type: none"> • Requérant et son avocat • Patient et son avocat • Représentant légal, tuteur ou curateur • Préfet ou directeur d'établissement • Ministère public
	Personnes entendues	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes convoquées et leur représentant • Tiers qui a demandé l'admission • Ministère public
	Lieu d'audience	<ul style="list-style-type: none"> • Salle spécialement aménagée de l'établissement d'accueil • A défaut, dans un autre établissement situé dans le ressort du TGI • A défaut, au TGI
↓		
Délais pour statuer	<ul style="list-style-type: none"> • En cas d'admission ou de modification de la prise en charge du patient : 12 jours à compter de la décision d'admission • En cas de renouvellement de prise en charge : avant l'expiration du délai de 6 mois • Le JLD peut ordonner dans ces délais une expertise qui prolonge le délai de 14 jours pour statuer 	
↓		
Ordonnance du JLD		
↓		
Notifications de la décision	<ul style="list-style-type: none"> • Par récépissé pour les parties présentes • Par tout moyen permettant d'établir la bonne réception dans les meilleurs délais pour les parties non présentes et les tiers 	

Annexe 4 : Contrôle facultatif de la mesure par le JLD

Art. L3211-12 CSP

Auteurs de la saisine	<ul style="list-style-type: none"> • Patient • Titulaire de l'autorité parentale ou tuteur du mineur • Personne chargée de la protection du majeur sous tutelle ou curatelle • Conjoint, partenaire ou concubin du patient • Tiers ayant formulé la demande de soins • Parent ou personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient • Procureur de la République • Juge 	
↓		
Formes de la saisine	<ul style="list-style-type: none"> • Par requête ou déclaration verbale au directeur contre récépissé si demande du patient • Par requête transmise par tout moyen permettant d'en dater la réception 	
↓		
Instruction de la requête	<ul style="list-style-type: none"> • Régime ordinaire : expertise facultative • Régime renforcé (L3213-7) : recueil de deux expertises et de l'avis du collège d'experts 	
↓		
Modalités de l'audience	Personnes convoquées	<ul style="list-style-type: none"> • Requérent et son avocat • Patient et son avocat • Représentant légal, tuteur ou curateur • Préfet ou directeur d'établissement • Ministère public
	Personnes entendues	<ul style="list-style-type: none"> • Personnes convoquées et leur représentant • Tiers qui a demandé l'admission • Ministère public
	Lieu d'audience	<ul style="list-style-type: none"> • Salle spécialement aménagée de l'établissement d'accueil • A défaut, dans un autre établissement situé dans le ressort du TGI • A défaut, au TGI
↓		
Délais pour statuer	<ul style="list-style-type: none"> • 12 jours à compter de la requête • 25 jours si une expertise est ordonnée 	
↓		
Ordonnance du JLD		
↓		
Notifications de la décision	<ul style="list-style-type: none"> • Par récépissé pour les parties présentes • Par tout moyen permettant d'établir la bonne réception dans les meilleurs délais pour les parties non présentes et les tiers 	

Annexe 5 : Appel de la décision du JLD auprès de la cour d'appel

Art. L3211-12-4 CSP

Appel sans demande d'effet suspensif	Appel avec demande d'effet suspensif (sur demande du procureur)
Délai d'appel : 10 jours à compter de la notification par le JLD	Délai d'appel : 6 heures à compter de la notification de l'ordonnance du JLD
⇓	⇓
Conditions de saisine : <ul style="list-style-type: none"> Déclaration d'appel motivée transmise par tout moyen au greffe de la cour d'appel 	Conditions de saisine : <ul style="list-style-type: none"> En cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui ; Notification obligatoire, sans délai et par tout moyen, au préfet ou directeur d'établissement, au requérant initial, au patient, à leurs avocats précisant que les observations ne réponse doivent intervenir dans les deux heures
⇓	⇓
Modalités de l'audience : <ul style="list-style-type: none"> Personnes convoquées : patients et leurs avocats, tiers ayant sollicité l'hospitalisation et le directeur de l'hôpital Audience publique au siège de la cour d'appel 	Modalités de l'audience : <ul style="list-style-type: none"> Compétence du Premier président Sans débat Au siège de la cour d'appel
Délai pour statuer : <ul style="list-style-type: none"> Principe : 12 jours à compter de la saisine Exception : 25 jours en cas d'expertise d'ordonnée 	Délai pour statuer sur la déclaration d'appel suspensif : Sans délai
⇓	⇓
Ordonnance du Premier président	Ordonnance du Premier président (motivée et insusceptible de recours)
⇓	⇓
	Délai pour statuer au fond <ul style="list-style-type: none"> Principe : 3 jours à compter de la déclaration d'appel Exception : 14 jours en cas d'expertise ordonnée
⇓	⇓
	Notification : <ul style="list-style-type: none"> Par récépissé pour toutes parties présentes Par tout moyen permettant bonne réception dans les meilleurs délais pour les parties non présentes et les tiers
⇓	⇓
Pourvoi possible/ Opposition impossible	Pourvoi possible/ Opposition impossible

Bibliographie

1. DACS, PEJC. Statistiques en matière de soins sous contrainte : Saisine du JLD en 2012, 2013 et 2014. Ministère de la justice; 2015.
2. DACS, PEJC. Statistiques en matière de soins sous contrainte: Saisine du JLD en 2014 et 2015p. Ministère de la justice; 2016.
3. Code de la santé publique - Article L3216-1. Code de la santé publique.
4. 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 Soin*. 2014 Sep;14(3):370-83.
5. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Gallimard. 1976.
6. Caire M. Des lettres de cachet à la loi du 5 juillet 2011 : trois siècles et demi d'internement psychiatrique. *J Fr Psychiatr*. 2010;38(3):6.
7. Postel J, Quetel C. Nouvelle histoire de la psychiatrie. Dunod; 1994.
8. Chambre des députés. Loi du 30 juin 1838. 7443 Jun 30, 1838.
9. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. *Evol Psychiatr*. 2015 Jan;80(1):209-20.
10. Quetel C. Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours. Tallandier; 2009.
11. Esquirol E. Examen du projet de loi sur les aliénés. J.-B. Baillière; 1838.
12. Falret J-P. Observations sur le projet de loi relatif aux aliénés. Imprimerie d'Adolphe Everat; 1837.
13. Loi n° 81-82 du 2 février 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes.
14. Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. *J Fr Psychiatr*. 2010;38(3):12.
15. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. 90-527 juin, 1990.
16. Ausseill J, Decouser P, Dandoy M. Le deuxième certificat : une garantie illusoire. *Inf Psychiatr*. 1992;68(9):917-25.
17. Cour européenne des droits de l'homme. Convention européenne des droits de l'homme. Strasbourg; 2002.

18. Qu'est-ce qu'un juge des libertés et de la détention ? - Les juges Découverte des institutions - Repères - vie-publique.fr [Internet]. 2014 [cited 2015 Jul 17]. Available from: <http://www.vie-publique.fr/decouverte-institutions/justice/personnel-judiciaire/juges/qu-est-ce-qu-juge-libertes-detention.html>
19. Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
20. Dubreucq J. La contrainte : un outil de soin en psychiatrie ? [Thèse d'exercice]. Grenoble; 2012.
21. Cour européenne des droits de l'homme. Affaire Baudouin contre France. 2010.
22. Cour européenne des droits de l'homme. Affaire Patoux contre France. 2011.
23. La question prioritaire de constitutionnalité (QPC) . FAQ - Actualités - Vie-publique.fr [Internet]. 2012 [cited 2015 Jul 18]. Available from: <http://www.vie-publique.fr/actualite/faq-citoyens/qpc/>
24. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010 [Internet]. 2010 [cited 2015 Jul 22]. Available from: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2010/2010-71-qpc/decision-n-2010-71-qpc-du-26-novembre-2010.50790.html>
25. Constitution française. 1958.
26. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2011-135/140 QPC du 09 juin 2011 [Internet]. 2011 [cited 2015 Jul 22]. Available from: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2011/2011-135/140-qpc/decision-n-2011-135-140-qpc-du-09-juin-2011.97394.html>
27. Tachon J-P. Vous avez dit judiciarisation... ? *Inf Psychiatr.* 2015;91(6):445-6.
28. CGLPL. Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités d'hospitalisation d'office. *Journal Officiel de la République.* 2011 Mar 20;
29. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011-803 juillet, 2011.
30. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005.

31. LOI n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2013-869 Sep 27, 2013.
32. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2003-484 DC du 20 novembre 2003 [Internet]. 2003 [cited 2016 Feb 11]. Available from: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2003/2003-484-dc/decision-n-2003-484-dc-du-20-novembre-2003.871.html>
33. Larousse É. Définitions : forme - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cited 2016 Apr 23]. Available from: <http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/forme/34644>
34. Panfili J-M. Soins psychiatriques sans consentement : la réduction du délai d'intervention du juge des libertés et de la détention constitue t'elle une bonne réponse ? *Droit Déontologie Soins*. 2013 Dec;13(4):436–42.
35. Friouret L. L'antagonisme entre les exigences médicales et juridiques révélé par les conséquences de l'irrégularité des soins forcés. *Inf Psychiatr*. 91:449–54.
36. Brunin L. Le regard d'un juge des libertés. *Jessaim Pour Une Autre Justice*. 2013 Juillet;(26-27):110–4.
37. Rome I. Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2012 Dec;170(10):703–5.
38. Fauconnier J, Bénézech M, Hitier F, Le Bihan P. L'intime conviction du juge des libertés et de la détention dans les soins psychiatriques sans consentement. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 2015 Aug [cited 2015 Aug 7]; Available from: <http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448715002103>
39. Littré. Conviction [Internet]. www.littré.org. [cited 2016 Apr 23]. Available from: <http://www.littré.org/definition/conviction>
40. Kant E. Critique de la raison pure. Vol. 2. Paris: Germer-Bailliere; 1869.
41. Descartes R, Pellegrin M-F. Méditations métaphysiques. Paris: Flammarion; 2009.
42. De Boucaud M. L'intime conviction et les formes de croyance : de l'expérience au regard philosophique. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2015 Sep;173(7):594–6.
43. Littré. Intime [Internet]. www.littré.org. [cited 2016 Apr 23]. Available from:

<http://www.littre.org/definition/intime>

44. Loiseau J, Lacoste P, Bénézech M. L'intime et la conviction ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2012 Mar;170(2):132-3.
45. Guérin M-C. Intime conviction et doute. Au-delà d'une antinomie apparente... Ce que révèle leur étude comparée. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2015 Sep;173(7):610-4.
46. Jacob Alby V. Qu'y a-t-il d'intime dans l'intime conviction ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2015 Sep;173(7):591-3.
47. Elkaïm M. L'expérience personnelle du psychothérapeute : approche systémique et résonance. *Psychothérapies.* 2004;24(3):145.
48. Elkaïm M. À propos du concept de résonance. *Cah Crit Thérapie Fam Prat Réseaux.* 2010;n° 45(2):171.
49. Bénézech M. Évaluation, jugement, vérité et intime conviction. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2012 Mar;170(2):139-40.
50. Bénézech M. Intime conviction : conclusions. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2015 Sep;173(7):634-6.
51. Bied C. Situations de mainlevée de soins sans consentement par le juge des libertés et de la détention : étude descriptive sur un an au centre hospitalier le Vinatier [Thèse d'exercice]. Claude Bernard (Lyon); 2013.
52. Péchillon É, Dujardin V. La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste. *Inf Psychiatr.* 2015;91(6):459-69.
53. Danet J. La loi du 5 juillet 2011. Place et questionnement de l'avocat dans l'application de la loi. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2012 Dec;170(10):720-4.
54. Blisko S, Lefrand G. Rapport d'information sur la mise en œuvre 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. Paris: Assemblée nationale; 2011.
55. 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.* 2012 Apr;170(3):216-9.
56. Robiliard D. Rapport d'information en conclusion des travaux de la mission sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie : rapport d'étape. Paris: Assemblée nationale;

2013 May. Report No.: 1085.

57. Salize HJ. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. 2004 Feb 1;184(2):163–8.
58. Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? *L'Encéphale*. 2014 Jun;40(3):247–54.
59. Jonas C. Responsabilité du psychiatre et des établissements d'accueil du fait des actes des malades mentaux. *Médecine Droit*. 1997 Mar;1997(23):12–6.
60. Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique : étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. 2011.
61. Condamnation d'une psychiatre à Marseille: "On n'est pas des policiers" [Internet]. *francetv info*. 2012 [cited 2016 Mar 21]. Available from: http://www.francetvinfo.fr/france/marseille-la-psychiatre-d-un-patient-meurtrier-condamnee-a-un-an-de-prison-avec-sursis_189303.html
62. Moulin V, Gravier B. L'évaluation de la dangerosité: questionnement éthique. In: *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; 2013. p. 361–7. (Les âges de la vie).
63. Lafleur V, Auclair N, Léveillé S, Millaud F. Utilisation des instruments d'évaluation du risque de violence. In: *Psychiatrie légale et criminologie clinique*. Elsevier Masson; 2013. (Les âges de la vie).
64. Péchillon É. Le certificat médical, entre secret médical et informations utiles. *Santé Ment*. 2015 Sep;(200):13.
65. Ministère de la Santé. Modalités de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. 2013.
66. Lachaux B, Morasz L, Crison-Curinier J. Le consentement : entre légalité et légitimité, ou du consentement "formel" au consentement "informé". *L'Encéphale*. 1998;24(6):503–16.
67. De Metz P-A. Évolution des soins sans consentement en psychiatrie : présentation des apports de la loi du 05 juillet 2011 et analyse épidémiologique au travers des données du Recueil des Informations Médicalisées en Psychiatrie (RIM- Psy) de la Région Centre pour les années 2009-2010 [Thèse d'exercice]. Tours; 2011.
68. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements

- éthiques, contraintes et justice procédurale. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 2015 Dec [cited 2015 Dec 13]; Available from:
<http://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0003448715003492>
69. Cour de cassation Civ. Arrêt Mercier [Internet]. mai, 1936. Available from:
<http://www.revuegeneraledudroit.eu/blog/decisions/cour-de-cassation-civ-20-mai-1936-mercier/>
70. LOI no 94-653 du 29 juillet 1994 relative au respect du corps humain. 94-653 juillet, 1994.
71. Code civil - Article 16-3. Code civil.
72. Conseil de l'ordre. Code de déontologie médicale. Ordre National des Médecins; 2012.
73. Lachaux B, Cassan I. Le problème de l'information et de l'éthique: l'information et l'éthique entre convenance et convenable. *Ann Méd-Psychol*. 1999;157:269-76.
74. Capdevielle D, Raffard S, Bayard S, Boulenger J-P. Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche : étude exploratoire et points de vue éthiques. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2011 Aug;169(7):438-40.
75. Appelbaum PS, Grisso T. The MacArthur Treatment Competence Study. I: Mental Illness and Competence to Consent to Treatment. *Law Hum Behav*. 1995;19(2):105-26.
76. Grisso T, Appelbaum PS, Hill-Fotouhi C. The MacCAT-T: a clinical tool to assess patients' capacities to make treatment decisions. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1997 Nov;48(11):1415-9.
77. Jonas C. Le certificat circonstancié de la loi du 5 juillet 2011 : pourquoi ? Comment ? *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 2012 Dec;170(10):699-702.
78. Jonas C, Vaiva G, Pignon B. Sémiologie du consentement. *EMC - Psychiatr*. 2015 juillet;12(3).
79. Péchillon É. Programme de soins : quel statut juridique pour le patient ? *Santé Ment*. 2015 mai;(198).
80. Legohérel D. Etude sur les soins psychiatriques sans consentement. Service de documentation, des études et du rapport de la cour de cassation; 2014.
81. Commission Nationale Consultative des Droits de l'Homme. Avis sur le consentement des personnes vulnérables. *JORF*. 2015 juillet;
82. Conseil de l'Europe. Affaire Winterwerp c. Pays-Bas. 1979.
83. Conseil Constitutionnel. Décision n° 2011-185 QPC du 21 octobre 2011

[Internet]. 2011 [cited 2016 Apr 23]. Available from: <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2011/2011-185-qpc/decision-n-2011-185-qpc-du-21-octobre-2011.100471.html>

84. Seltensperger B. L'application de la loi du 5 juillet 2011 par les juges des libertés et de la détention depuis le 1er août 2011. *J Fr Psychiatr.* 2010;38(3):36.

85. Godet T. Motifs de levées de 102 mesures de soins psychiatriques sans consentement. *Eur Psychiatry.* 2015 Nov;30(8):S140-1.

86. Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon J-L. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr.* 2014 Nov;172(9):766-71.

87. Haute Autorité de Santé. Note de cadrage : Protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement. 2015.

88. Mondoloni A, Buard M, Nargeot J, Vacheron M-N. Le péril imminent dans la loi du 5 juillet 2011 : quelles implications sur les soins ? *L'Encéphale.* 2014 Dec;40(6):468-73.

89. Larrere C. Le principe de précaution et ses critiques. *Innovations.* 2003;18(2):9.

Vu, le Président du Jury,
(tampon et signature)

Vu, le Directeur de Thèse,
(tampon et signature)

Vu, le Doyen de la Faculté,
(tampon et signature)

Motifs et devenir de situations de mainlevées de soins sans consentement par l'autorité judiciaire : A partir d'une analyse rétrospective de 1637 ordonnances rendues par les tribunaux de grande instance de Nantes et de Saint Nazaire.

RESUME

- La loi du 5 juillet 2011 a introduit le contrôle systématique par le Juge des Libertés et de la Détention dans le cadre des mesures de soins sans consentement. Dans ce contexte, le juge peut ordonner une mainlevée de la mesure.
- L'objectif de cette étude est d'étudier les motifs des décisions de mainlevées et le devenir des patients concernés.
- Nous avons mené une étude rétrospective multicentrique rétrospective en relevant les ordonnances de mainlevées rendues sur les Tribunaux de Grande Instance de Nantes et de Saint Nazaire sur la période du 1^{er} décembre 2013 au 30 juin 2015.
- 53 ordonnances de mainlevées ont été rendues sur cette période, sur les 1637 étudiées. Les motifs concernant le bien-fondé et la forme sont équitablement répartis. Des différences significatives sont retrouvées selon le Tribunal de Grande Instance rendant la décision, la mesure de soins concernée et la sous-période étudiée. Quant au devenir, un quart des patients ont accepté de rester hospitalisé en soins libres suite à la décision de mainlevée.
- Du fait de l'influence du juge, il est important de s'assurer d'une excellente coopération médico-judiciaire dans l'intérêt du patient. La rédaction des certificats médicaux, la formation des différents intervenants, les rencontres pluri-professionnels, l'optimisation des circuits administratifs sont des pistes d'amélioration pour réguler ces décisions de mainlevées.

MOTS-CLES

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