

FICHE MÉMO

Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures

RAPPORT D'ÉLABORATION

Mars 2018

La méthode d'élaboration des fiches mémo est une méthode pour produire des recommandations ou messages-clés dans un temps court (6 mois environ) et dans un format court (recto-verso).

Les fiches mémo s'inscrivent dans un objectif d'amélioration de la qualité et de la sécurité des soins.

Les fiches mémo ne sauraient dispenser le professionnel de santé de faire preuve de discernement dans la prise en charge du patient qui doit être celle qu'il estime la plus appropriée, en fonction de ses propres constatations et des préférences du patient.

Cette fiche mémo a été élaborée selon la méthode décrite dans le guide méthodologique de la HAS disponible sur son site : [Méthode d'élaboration des fiches mémo et des fiches pertinence](#). La recherche documentaire est précisée en annexe 1.

La fiche mémo est téléchargeable sur
www.has-sante.fr

Haute Autorité de Santé

Service Communication – Information

5, avenue du Stade de France – F 93218 Saint-Denis La Plaine Cedex

Tél. : +33 (0)1 55 93 70 00 – Fax : +33 (0)1 55 93 74 00

Table des matières

Abréviations et acronymes	4
Préambule	5
1. Données issues de la recherche documentaire	9
1.1 Analyse réalisée par Éric Péchillon	9
1.2 Analyse réalisée par Lina Williatte	47
2. Version soumise aux parties prenantes	70
3. Avis des parties prenantes	76
4. Validation	85
Annexe 1. Recherche documentaire	86
Annexe 2. Liste des documents établis postérieurement à la période d'observation de 72 heures	88
Références	90
Participants	92
Fiche descriptive	94

Abréviations et acronymes

CEDH	Cour européenne des droits de l'homme
CHS	Centre hospitalier spécialisé
CM	Certificat médical
CSP	Code de la santé publique
DGS	Direction générale de la santé
HC/HCC	Hospitalisation complète / Hospitalisation complète sous contrainte
JLD	Juge des libertés et de la détention
SDDE	Soins sur décision du directeur de l'établissement
SDJ	Soins sur décision de justice
SDRE	Soins sur décision du représentant de l'État
SDT	Soins sur demande d'un tiers
SDTU	Soins sur demande d'un tiers en urgence
SL	Soins libres
SPI	Soins en cas de péril imminent
UMD	Unité pour malades difficiles

Préambule

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 (1) relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (dont certaines dispositions ont été modifiées par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 (2)) a réformé la 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 (3).

L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement se fait :

- soit sur décision du directeur de l'établissement de santé (SDDE) (art. L. 3212-1 du Code de la santé publique (CSP)) :
 - consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU),
 - ou sans demande de tiers en cas de péril imminent (SPI) ;
- soit sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) (art. L. 3213-1 du Code de la santé publique) ou sur décision de justice (SDJ).

Quel qu'en soit le décisionnaire, une telle admission implique une période d'observation de 72 heures au plus, sous forme d'hospitalisation complète, permettant d'évaluer la capacité de la personne à consentir aux soins, ainsi que son état, pour définir la forme de la prise en charge la mieux adaptée à ses besoins, et d'engager les soins nécessaires. Un certificat doit être établi dans les 24 heures suivant l'admission, un autre certificat dans les 72 heures, nécessitant l'avis de trois médecins et ou psychiatres différents sur cette période.

A l'issue de cette période d'observation et en fonction des conclusions de ces deux certificats, confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, il est décidé du maintien ou de la levée des soins et, dans le premier cas, de la forme de la prise en charge :

- soit sous la forme d'une hospitalisation complète ;
- soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet. Un programme de soins est alors établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État (art. R. 3211-1 du Code de la santé publique).

En cas d'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement, ce dernier a compétence pour prononcer le maintien des soins sans consentement, retenir la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre et, le cas échéant, le programme de soins proposé par le psychiatre.

En cas d'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État, le préfet est compétent pour décider du maintien des soins sans consentement et de la forme de la prise en charge de la personne sur proposition du psychiatre.

La loi prévoit le calendrier selon lequel doivent être établis les certificats ou avis médicaux au cours de la prise en charge.

Lorsque l'admission en soins psychiatriques sans consentement a été prononcée par le directeur d'établissement (SDDE), celui-ci doit lever la mesure dès lors que l'un des certificats conclut que l'état mental de la personne ne justifie plus les soins sans consentement.

En revanche, lorsque l'admission en soins psychiatriques sans consentement a été prononcée par le représentant de l'État (SDRE), celui-ci peut décider de suivre ou non le certificat médical. Dans ce dernier cas, il devra alors demander un deuxième avis auprès d'un autre psychiatre.

À tout moment, la forme de la prise en charge peut être modifiée pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne (passage en programme de soins ou retour en hospitalisation complète), sur la base d'un certificat établi par le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne

(ou d'un avis établi sur la base du dossier médical de la personne lorsqu'il ne peut être procédé à son examen).

La loi précitée de 2013 (2) prévoit par ailleurs, dans le cadre d'une hospitalisation complète, la possibilité de sorties de courte durée non accompagnées (sorties accompagnées d'une durée maximale de 12 heures et sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures). Ces sorties sont accordées après avis favorable du psychiatre (dans le cadre de soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État, le préfet peut refuser une sortie accordée par le psychiatre). Si une sortie de plus longue durée, non accompagnée, doit intervenir, elle prendra la forme d'un programme de soins et impliquera, pour que la personne soit réintégrée en hospitalisation complète, l'intervention d'une décision de réintégration en hospitalisation complète.

La loi a également prévu un contrôle systématique par le juge des libertés et de la détention (JLD) des mesures d'hospitalisation complète de manière à répondre aux exigences posées par les décisions du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 (DC n° 2010-71 QPC) et du 9 juin 2011 (DC n° 2011-135/140 QPC). Le JLD doit se rendre en principe dans l'établissement de santé pour statuer sur ces mesures (loi évoquée de 2013 (2)). L'article L. 3211-12-1 du Code de la santé publique prévoit les situations pour lesquelles le JLD doit être saisi et doit statuer. Ce contrôle systématique s'applique :

- à toutes les mesures d'hospitalisation complète continue ;
- aux décisions les renouvelant, avant l'expiration du 12^e jour d'hospitalisation complète continue, à compter de la décision initiale d'admission en soins psychiatriques ou de la décision modifiant la forme de prise en charge de la personne et procédant à son hospitalisation complète ;
- avant l'expiration d'un délai de 6 mois continus à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du Code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le JLD, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision.

En cas d'admission en soins psychiatriques sans consentement ordonnée directement par la juridiction pénale, le premier contrôle a lieu dans les 6 mois de cette décision judiciaire, puis est renouvelé tous les 6 mois.

Hormis ces échéances, le JLD peut, à tout moment, se saisir d'office ou répondre à une requête aux fins de mainlevée de la mesure de soins psychiatriques formulée par l'une des personnes énumérées à l'article L. 3211-12 du Code de la santé publique, parmi lesquelles : la personne faisant l'objet des soins, son conjoint, son concubin, son partenaire de PACS, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure, la personne chargée de sa protection s'il s'agit d'une personne majeure placée sous tutelle ou sous curatelle, le procureur de la République, le tiers ayant formulé la demande d'hospitalisation, un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet de soins.

Le JLD ordonne ou constate, selon les cas, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète sur la base de certificats ou avis médicaux.

Contexte d'élaboration

La législation prévoit que les décisions du représentant de l'État ou du JLD soient fondées sur des certificats ou avis médicaux car les délais imposés ne permettent pas de recourir à des expertises psychiatriques. Elle ne précise pas pour autant le contenu de ces certificats et avis médicaux.

L'absence de production d'un certificat ou avis médical implique l'irrégularité de la mesure et entraîne la mainlevée de celle-ci au titre du contrôle de la régularité. Souvent, ces certificats ou avis médicaux sont effectivement produits, mais ne fournissent pas les éléments nécessaires au JLD pour étayer ses décisions, et des mainlevées d'hospitalisation complète sont prononcées en raison d'une justification insuffisante du maintien de l'hospitalisation complète. Pour les

représentants de l'État, lorsqu'ils sont à l'origine de la décision de soins sans consentement, le caractère sommaire de certains certificats ou avis médicaux aboutit au résultat inverse, les conduisant à refuser ou différer la levée de mesures de soins ou la mise en place de programmes de soins.

Du côté des psychiatres, les enjeux sont multiples : soucieux de ne pas porter atteinte à la confidentialité, attenter au secret médical, « stigmatiser » la personne, ou encore, défaut de temps et de ressources face à une multitude de certificats ou avis médicaux perçus comme une contrainte administrative supplémentaire et une surcharge de travail importante au détriment des soins, interrogations quant à la terminologie à employer (favoriser la rédaction en termes médicaux ou la compréhension par les juges) et quant au bien-fondé de certificats et avis produits de manière successive et rapprochée ne pouvant souvent décrire qu'un même tableau pathologique, sans évolution rapide dans la majorité des observations.

La Direction générale de la santé (DGS) a saisi la HAS dans ce contexte, afin que soit menée une réflexion conciliant les opinions et les besoins des différents intervenants (Santé, Justice, Intérieur, etc.) 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.

Ce travail a été inscrit au programme pluriannuel de la HAS relatif à la psychiatrie et à la santé mentale (programme psychiatrie et santé mentale, thème 3 « Droits et sécurité en psychiatrie », objectif n°2 « Améliorer la prise en charge des patients en soins sans consentement », livrable n°3 « Protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement »).

Objectif de la fiche mémo

L'objectif est d'élaborer des indications destinées aux médecins psychiatres pour la rédaction des certificats ou avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement, et donc de préciser le contenu et la motivation des certificats ou avis médicaux à produire en fonction des situations. Les situations envisagées sont celles qui découlent chronologiquement de la période d'observation de 72 heures, consécutive à l'admission en soins sans consentement, pour lesquelles la loi prévoit que des certificats ou avis médicaux soient produits.

Compte tenu de la pluralité des situations et des certificats, cette fiche mémo présente les grands principes qu'il convient de respecter pour permettre au patient, ainsi qu'aux juges des libertés et de la détention, voire aux préfets, d'apprécier le caractère circonstancié et motivé de la mesure de soins sous contrainte proposée par le médecin psychiatre.

Le groupe de travail souligne la difficulté à satisfaire l'objectif fixé, tant le cadre légal et réglementaire applicable aux soins sans consentement est compliqué à appréhender. Le groupe de travail recommande une réflexion transversale sur une nécessaire simplification de la norme, tout en garantissant les droits et libertés fondamentaux des patients. Cette réflexion devrait être menée en impliquant les institutionnels, les législateurs, les médecins, les juristes, les avocats, les magistrats, les directeurs d'établissements et, globalement, tous les acteurs concernés par la procédure de soins sans consentement.

Gradation des recommandations

Les données de la littérature identifiées dans le cadre de ce travail (absence d'études ou insuffisance des niveaux de preuve scientifique des études) et la nature juridique de la littérature n'ont pas permis d'établir de grade pour les recommandations. En conséquence, toutes les recommandations de la fiche mémo reposent sur un accord professionnel au sein du groupe de travail, après consultation des parties prenantes.

Cadre légal

1. 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 (dont certaines dispositions ont été modifiées par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013) (1).
2. 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 (2).
3. Loi n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (4).
4. Articles L. 3211-2, L. 3211-2-1, L. 3211-2-2, L. 3211-11, L. 3211-11-1, R. 3211-1, R. 3211-12, R. 3211-24, Articles L. 3212-1, L. 3212-3, L. 3212-7, Articles L. 3213-1, L. 3213-3, L. 3213-4, L. 3213-7, L. 3213-9, R. 3213-3, Article L. 3212-19-9.

En outre, trois décrets d'application sont parus au Journal officiel de la République française :

1. décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (5) ;
2. décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques (6) ;
3. décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement (7) ;
4. décret n° 2016-94 du 1^{er} février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (8).

Par ailleurs, trois circulaires complètent ce dispositif :

1. circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques (9) ;
2. circulaire n° DGOS/R4/2011/312 du 29 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 (10) ;
3. circulaire interministérielle n° 2011-345 du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (11) ;
4. instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ n° 2014-262 du 15 septembre 2014 relative à l'application de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (12).

1. Données issues de la recherche documentaire

1.1 Analyse réalisée par Éric Péchillon

1. Le cadre législatif et réglementaire

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 (1) relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (dont certaines dispositions ont été modifiées par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 (2)) a réformé la 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 (3). Plus qu'un simple toilettage législatif, cet ensemble normatif modifie les relations entre la police administrative, le service public hospitalier et la justice. En opérant une dissociation nette entre la demande de soins et l'organisation de ces derniers grâce à une période d'observation de 72 heures, le législateur cherche à clarifier le parcours du « patient » et à garantir le respect de ses droits fondamentaux. Sous la pression du Conseil constitutionnel, la loi a inclus dans le Code de la santé publique un accès automatique au juge judiciaire. Ce dernier doit, depuis 2013, se charger de l'intégralité du contentieux psychiatrique, y compris celui, délicat, des catégories spécifiques de patients (détenus, irresponsables, difficiles) que le législateur a pris soin de différencier des autres catégories de patients.

La terminologie introduite par la loi de 2011 diffère de celle employée dans la précédente législation. La modification du vocabulaire entraîne des conséquences importantes sur la pratique quotidienne des équipes soignantes, qui doivent progressivement modifier leur manière de travailler. En effet, le terme d'hospitalisation est remplacé par celui de « soins ».

La psychiatrie ne pouvait continuer à rester en marge du droit, et l'usage de la contrainte méritait un encadrement juridique plus précis.

Quelques grandes étapes marquent l'histoire du droit de la psychiatrie publique, modifiant à chaque fois les missions du service public hospitalier.

Le texte fondateur, largement inspiré par Jean-Étienne Esquirol (13), est, sans conteste, la loi du 30 juin 1838 permettant à la psychiatrie de devenir une discipline médicale reconnue et organisant les bases d'un service public spécialisé (14)¹. Elle définit également les fondements d'une police administrative spéciale destinée à protéger l'ordre public sanitaire. Dès l'origine, on trouve cette dualité de fonction entre le soin par une prise en charge adaptée et la volonté de prévenir certains risques.

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation (3) n'avait pas pour objectif d'arrêter les grandes orientations de santé publique (15) dans le domaine de la psychiatrie, mais plutôt de fixer un nouveau cadre aux libertés publiques en déterminant les règles en matière d'HO et d'HDT. Son objectif principal était de tenter d'accorder aux patients psychiatriques les mêmes droits qu'aux autres. Cette position a été réaffirmée par la loi Kouchner de 2002 (16), ce qui n'est d'ailleurs pas sans poser des problèmes pratiques.

La loi de 2011 (1) suit la même logique, à savoir qu'elle n'a pas pour ambition première et affichée de remettre à plat l'organisation du service public hospitalier, mais de corriger certaines ambiguïtés du texte de 1990. Il ne s'agissait pas, pour le législateur, d'adopter une grande loi sur la santé mentale, mais plus de fixer un cadre à l'usage de la contrainte.

Présenté par le Gouvernement à la suite d'un terrible fait divers mettant en cause un malade psychiatrique, le projet de loi a été conçu comme un moyen d'élargir les moyens d'usage de la

¹ Art. 1 : « Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés (...) ».

contrainte en variant les méthodes de suivi des patients. Il s'agit à la fois d'un toilettage législatif adaptant le droit ancien à certaines contraintes constitutionnelles et conventionnelles, mais aussi d'un texte à forte dimension sécuritaire.

L'adoption de la loi du 5 juillet 2011 pose encore aujourd'hui une série de questions concrètes sur lesquelles il est important de s'arrêter, car sa mise en œuvre locale a inévitablement conduit à une série de contentieux dont certains sont remontés jusqu'au Conseil constitutionnel par le biais de questions prioritaires de constitutionnalité, et d'autres devraient terminer devant la Cour européenne des droits de l'homme.

Ces recours juridictionnels étaient et restent d'autant plus probables que cela semble être la stratégie recherchée par diverses associations, indirectement favorisée par le fait que les députés et sénateurs ont renoncé à saisir le Conseil avant la promulgation de la loi.

Cette absence de saisine n'était pourtant pas satisfaisante du point de vue de la sécurité juridique, indispensable sur un texte de cette importance touchant aussi frontalement aux libertés publiques. En effet, la loi n° 2011-803 (1) a été adoptée dans des conditions inédites sous la V^e République. Le projet de loi déposé par l'exécutif a dû être revu à deux reprises à la suite de deux décisions du Conseil constitutionnel² en cours de débat parlementaire. Les décisions QPC n° 2010-71 et QPC n° 2011-135/140 avaient déclaré non conformes à la Constitution certaines dispositions de la loi de 1990, mais ne se prononçaient pas sur l'ensemble du dispositif en vigueur et encore moins sur le projet en discussion. Qui plus est, le Parlement devait absolument adopter le texte avant la fin de la session parlementaire ordinaire, afin de laisser à l'exécutif, à l'administration hospitalière et à la justice le temps nécessaire pour prendre toutes les dispositions réglementaires (5, 6) et explicatives (10, 11, 17) indispensables à l'entrée en vigueur d'une telle réforme avant la date butoir.

En ne permettant pas un examen préalable de la constitutionnalité de la loi, le texte a été fragilisé dès l'origine, en particulier sur la question du traitement dérogatoire de certaines catégories de patients et sur les fonctions du juge judiciaire.

L'adaptation législative du service public hospitalier à des contraintes multiples et contradictoires

La demande initiale de prise en charge : le législateur conserve les deux voies d'entrée traditionnelles et précise le droit de l'urgence.

L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement se fait :

- soit sur décision d'une autorité de police administrative ou d'un magistrat lorsque l'ordre public est menacé ;
- soit sur décision du directeur de l'établissement en vue de prendre en charge une personne incapable de consentir aux soins :
 - consécutivement à la demande d'un tiers (SDT),
 - en urgence (SDTU),
 - sans demande de tiers en cas de péril imminent (PI).

La première difficulté juridique à régler portait sur la décision initiale conduisant à priver un individu de sa liberté d'aller et de venir lorsque son état de santé l'exige. Le législateur se devait de qualifier l'enchaînement des décisions et de préciser le rôle attendu des psychiatres exerçant dans les établissements habilités à user de la contrainte (18). À la différence des lois précédentes, son choix a été de clairement séparer la demande de soins et les modalités ultérieures de ceux-ci. Dès 1838, la loi prévoyait déjà plusieurs modes de prise en charge³ et cherchait à partager l'autorité

² Cons. const., déc. 26 nov. 2010, n° 2010-71 QPC : JCP A2010, act. 897 ; AJDA 2011, p. 174, note X. Bioy. – Cons. const., déc. 9 juin 2011, n° 2011-135/140 QPC : JCP A 2011, act. 455.

³ Sect. 1 du titre 2 de la loi de 1838 « des placements libres », art. 8 et s. et sect. 2 « des placements ordonnés par l'autorité publique ».

décisionnelle en organisant des procédures précises d'admission⁴. La loi de 1990 (3) affirmait le principe selon lequel la décision de débuter un soin devait venir du patient lui-même et que, lorsqu'elle s'avérait nécessaire, l'hospitalisation libre devait être la règle dans les établissements. Dans le même temps, le législateur avait prévu diverses situations dans lesquelles il était possible de porter atteinte à ce principe. Ce faisant, elle traitait comme un tout, non sans une certaine ambiguïté, la décision initiale de prise en charge contrainte et la période d'hospitalisation. Dès lors que l'individu présentait des troubles mentaux nécessitant des soins, l'hospitalisation pouvait être envisagée soit à la demande d'un tiers, soit d'office. Cet amalgame entre hospitalisation et soins conduisait à des difficultés dans l'organisation des établissements et le choix des méthodes de prise en charge (pavillons ouverts, sorties thérapeutiques préconisées par les soignants et refusées par le préfet, etc.).

Désormais, la situation est plus claire d'un point de vue juridique. En effet, en instaurant une « période initiale d'observation et de soins » d'une durée maximale de 72 heures⁵, il existe une coupure entre la décision consistant à demander une prise en charge psychiatrique et les méthodes thérapeutiques retenues en fonction de l'état du patient. En s'appuyant sur le dispositif antérieur, le législateur complète sans les révolutionner les possibilités d'enclencher une prise en charge psychiatrique. La première constitue la manifestation traditionnelle du pouvoir de police administrative spéciale par le représentant de l'État (ex-HO). Aussi les conditions de son déclenchement n'ont-elles pas eu à être modifiées⁶.

La deuxième voie d'entrée dans le soin sous contrainte est la procédure de demande de soins psychiatriques sur décision judiciaire pour laquelle un arrêt ou un jugement prononce la mesure d'admission, à condition que l'irresponsabilité pénale ait été constatée, qu'une expertise médicale atteste que les troubles nécessitent des soins et portent une atteinte grave à l'ordre public. Dans ce cas, le préfet n'a pas de décision à prendre, mais doit exécuter le choix de la justice.

La troisième correspond à une demande d'un proche qui souhaite que le chef d'établissement accueille la personne malade (ex-HDT)⁷. Ce dernier dispositif a été précisé en 2011 pour tenir compte des expériences passées. Ce n'est pas le proche⁸ qui prend la décision d'admission, celui-ci ne fait que solliciter une mesure individuelle de prise en charge. Seul le directeur d'établissement, un administratif, dispose d'un tel pouvoir et se trouve en grande partie en situation de compétence liée par les certificats médicaux dont il est le destinataire. Cela suppose que ces documents explicitent le fait que les deux conditions légales soient remplies, à savoir que le consentement de la personne soit impossible et que « son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge ». À noter que rien n'empêche de transformer une demande de soins sur demande d'un tiers en mesure de soins sur décision du préfet, si la situation l'impose⁹.

⁴ L'article 8 dressait ainsi la liste des documents dont devaient disposer « les chefs ou préposés responsables des établissements publics et les directeurs des établissements privés et consacrés aux aliénés » pour pouvoir accueillir un patient : « 1o Une demande d'admission (...) 2o Un certificat de médecin constatant l'état mental de la personne à placer (...). 3o Le passeport ou toute autre pièce propre à constater l'individualité de la personne à placer ».

⁵ C. Santé publ., art. L. 3211-2.

⁶ Pour les décisions du préfet (C. Santé publ., art. L. 3213-1) et pour les situations d'urgence, une intervention du préfet après une mesure provisoire prise par un maire (C. Santé publ., art. L. 3213-2). Les articles restent, sur ce point, inchangés : certificat médical circonstancié, troubles mentaux nécessitant des soins et comportement compromettant la sûreté des personnes ou de manière grave l'ordre public, pour l'un, et comportement révélant des troubles mentaux et danger imminent pour la sûreté des personnes attesté par un avis médical ou par la notoriété publique, pour l'autre.

⁷ C. Santé publ., art. L. 3212-1.

⁸ C. Santé publ., art. L. 3212-1 II-1° « 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, à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade ».

⁹ C. Santé publ., art. L. 3213-6.

Nouveauté législative, le chef d'établissement peut enfin agir **en cas de péril imminent** pour la santé de la personne, sans avoir été sollicité par un proche du patient¹⁰. Ce dispositif vient notamment tenir compte de l'isolement dans lequel se trouvent certaines personnes. Il n'a cependant pas vocation à passer outre au refus d'hospitalisation exprimé par la famille, pour lequel l'autre procédure d'urgence existe déjà.

En définitive, la demande de soins psychiatriques émanera soit d'un juge, soit de l'autorité de police, soit du chef d'établissement. A priori, aucune de ces autorités n'a de compétence médicale, d'où ce sas psychiatrique de 72 heures, confié à des spécialistes, destiné à établir la nécessité d'un traitement et sa forme. Cette analyse des besoins du patient suppose donc une courte hospitalisation complète, destinée à examiner l'état de santé de la personne et à fournir à l'autorité administrative des informations utiles.

Quel qu'en soit le décisionnaire, une telle admission implique donc une période d'observation de 72 heures, sous forme d'hospitalisation complète, permettant d'évaluer la capacité de la personne à consentir aux soins ainsi que son état pour définir la forme de la prise en charge la mieux adaptée à ses besoins, et d'engager les soins nécessaires. Un certificat doit être établi dans les 24 heures suivant l'admission, un autre certificat dans les 72 heures.

La mise en œuvre de la contrainte à l'issue des 72 heures

Au nom de l'intérêt général ou de l'ordre public, il peut être utile de recourir plus longuement à la contrainte, à condition que celle-ci soit strictement proportionnée et limitée dans le temps. Seul le Parlement pouvait autoriser un tel usage contraire à certaines libertés fondamentales de l'individu. La loi du 5 juillet 2011 (1) et ses modifications de 2013 (2) diversifient les formes que pourra prendre la contrainte.

À l'issue de cette période d'observation et sur la base des conclusions de deux certificats (dits des 24 et 72 heures), confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, l'autorité administrative à l'origine de la mesure doit décider du maintien ou de la levée des soins et, dans le premier cas, de la forme de la prise en charge :

- soit sous la forme d'une hospitalisation complète sous contrainte (HCC) ;
- soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet. Un **programme de soins** est alors établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation.

Dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement, ce dernier a compétence pour prononcer le maintien des soins sans consentement, retenir la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre et, le cas échéant, le programme de soins proposé par le psychiatre.

Dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État, le préfet est compétent pour décider du maintien des soins sans consentement et de la forme de la prise en charge de la personne sur proposition du psychiatre.

L'hospitalisation complète sous contrainte et le programme de soins

À côté de la traditionnelle hospitalisation complète, consistant à interdire à un patient le droit de quitter l'établissement sans y avoir été précédemment autorisé par une autorité administrative, il est désormais possible de recourir à une prise en charge consistant, par exemple, en une

¹⁰ C. Santé publ., art. L. 3212-1 II-2° qui vient compléter la procédure d'urgence de l'article L. 3212-3 du Code de la Santé publique.

hospitalisation partielle ou préconisant des soins à domicile. L'innovation majeure du texte est la création de la notion de programme de soins¹¹. Il ne s'agit pas de conclure un quelconque contrat avec le patient, mais d'établir, pour une durée déterminée, un cadre unilatéralement arrêté soit par le chef d'établissement (en situation de compétence liée par l'avis médical), soit par le préfet. Ce document permet aux autorités compétentes de connaître le cadre médical imposé aux patients.

Le programme est établi, en fonction de l'état du patient, par un psychiatre de l'établissement d'accueil. Il dresse la liste des soins prévus, leur périodicité et les lieux de leur réalisation (hospitalisation partielle ou à domicile, consultations, visites à domicile). En revanche, afin de préserver le secret médical, ce document écrit ne doit en aucun cas mentionner la pathologie du patient, la nature du traitement, ni même les formes que peut prendre le trouble mental. L'équipe soignante est la seule en mesure de constater que le programme de soins n'est pas suivi. Dans ce cas, elle doit prévenir le chef d'établissement de la situation, et ce dernier, en fonction de « l'origine » du patient, en avisera le représentant de l'État. Il reviendra à l'autorité compétente de réagir en ordonnant éventuellement une réintégration du patient en hospitalisation complète du patient, non pas à titre de sanction, mais pour prévenir un risque à l'ordre public. Aucune autorité non médicale n'a la possibilité de modifier le programme de soins. Tout au plus, si un trouble à l'ordre public est constaté durant le programme, rien n'empêche l'autorité de police d'enclencher une nouvelle procédure d'hospitalisation « provisoire » d'évaluation de 72 heures.

Décider en toute connaissance de cause du recours à la contrainte : l'autorité administrative face à l'information médicale

Cette double procédure d'observation puis de soins pose inévitablement la question du partage de la compétence décisionnelle. La loi de 1838 (14) accordait aux soignants l'important pouvoir de décider (et donc de refuser) seuls de l'opportunité de la sortie du patient, y compris dans le cadre du placement volontaire¹². L'autorité préfectorale ne pouvait s'y opposer qu'en invoquant une menace pour l'ordre public¹³. Depuis cette date, il existait un conflit de compétences entre le soignant et l'administratif. À chaque nouvelle loi, le législateur cherche à positionner le curseur entre ces deux pôles dont les préoccupations ne sont pas exactement les mêmes. La loi de 2013 (2) cherche à régler ce type de conflits en renvoyant au juge judiciaire le soin de régler les éventuels différends.

La multiplication des certificats et avis médicaux n'est en définitive qu'un des éléments permettant la prise de décision de recours aux soins sous contrainte. Ces « documents médicaux » vont intervenir en amont de l'entrée à l'hôpital, dans les 24 heures de l'admission, dans les 72 heures, entre le 6^e et le 8^e jour, dans le mois suivant l'admission, puis tous les mois ou pour demander la levée de la mesure. C'est le législateur qui a fixé ce rythme, sachant que chaque document répond à une finalité précise et devra être rédigé par conséquent en fonction du destinataire. Tous ne sont pas l'œuvre de psychiatres intervenant dans l'établissement, et parfois n'émanent pas d'un psychiatre (en particulier le premier).

Juridiquement, l'autorité médicale n'impose presque jamais les soins sous contrainte. Elle ne fait que constater l'état du patient et informer l'autorité administrative compétente. Les seules situations dans lesquelles l'équipe médicale décide de recourir à la contrainte sont le recours à la contention physique ou chimique et à l'isolement. En dehors de ces situations particulières, souvent liées à une crise, les soignants ne sont pas autorisés à passer outre à la volonté du

¹¹ Ces programmes font disparaître les sorties thérapeutiques d'essai. Durant l'hospitalisation complète, un patient peut bénéficier de sorties accompagnées de courte durée (C. Santé publ., art. L. 3211-11-1), pour lesquelles la surveillance du patient peut être exceptionnellement confiée à un proche ou à la personne de confiance, ou de sorties non accompagnées de moins de 48 heures. Dans les deux cas, le patient reste juridiquement en hospitalisation complète sous contrainte.

¹² L. 1838, art. 13 : « Toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré, sur le registre énoncé en l'article précédent, que la guérison est obtenue ».

¹³ L. 1838, art. 21.

malade. À noter que demeure toujours posée la question du refus de toute médication par un patient en hospitalisation complète. La médication forcée, y compris dans les unités pour malades difficiles, suppose, en plus d'être proportionnée, une base légale et la poursuite d'une finalité « légitime », à savoir la protection des droits et des libertés d'autrui. Pour l'essentiel, le préfet et le directeur d'établissement devront donc assurer la responsabilité du recours à la contrainte alors que leur décision est prise sur le fondement d'informations médicales incomplètes. En effet, un certificat ou avis médical est parfois très laconique pour respecter les contraintes du secret médical.

Les compétences préfectorales en matière de santé restent l'objet de polémiques. Il n'est donc pas surprenant que la loi HPST (19) ait permis à l'autorité de police de s'appuyer sur le savoir-faire des agences régionales de santé (ARS)¹⁴. Ces dernières assurent en permanence leur mission d'assistance, en particulier au niveau des délégations territoriales (DT) (20). Leur fonction est essentiellement d'opérer un contrôle du contenu des pièces remises à l'autorité préfectorale. Il n'est pas question pour autant que le préfet demande aux médecins de l'ARS de se prononcer sur l'état de santé des patients visés par l'arrêté préfectoral ou sur le contenu du programme de soins et encore moins sur son opportunité. Il demeure la seule autorité de police. Les ARS sont en revanche chargées de désigner les établissements devant assurer les soins sous contrainte et d'organiser « un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques » réunissant l'ensemble des services concernés par l'urgence psychiatrique, à savoir, en plus des établissements de santé, les pompiers, les forces de l'ordre et les transports sanitaires privés. En effet, un patient doit être transféré dans les 48 heures vers l'établissement habilité.

Les garanties procédurales prévues par le législateur (21)

La loi prévoit le calendrier selon lequel doivent être établis les certificats ou avis médicaux au cours de la prise en charge. Dès lors que l'un des certificats conclut que l'état mental de la personne ne justifie plus le maintien des soins, le directeur de l'établissement d'accueil (dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement) doit prononcer la levée de la mesure. En revanche, dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État, le préfet peut décider de lever ou non cette mesure de soins.

À tout moment, la forme de la prise en charge peut être modifiée pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne (passage en programme de soins ou retour en hospitalisation complète), sur la base d'un certificat établi par le psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne (ou d'un avis établi sur la base du dossier médical de la personne lorsqu'il ne peut être procédé à son examen).

Les enjeux juridiques d'une telle réforme étaient nombreux. Il convenait d'inscrire dans le Code de la santé publique des dispositions capables de garantir les libertés publiques et de requalifier les missions du service public hospitalier chargé à la fois de garantir à l'autorité administrative le bien fondé de chaque mesure et de prendre en charge autant que nécessaire des patients non consentants. Le défi du législateur n'était pas des moindres, devant parvenir à rédiger une norme nationale suffisamment prévisible et intelligible pour éviter tout risque d'arbitraire. Chaque article devait permettre de garantir la sécurité juridique et tendre vers une amélioration de la qualité du soin. Les premiers bilans de la loi montrent que cet équilibre n'a pas encore été trouvé et que l'excès de normes conduit plus à une perte de repères des acteurs du soin et à une judiciarisation de la psychiatrie. Cette situation s'explique notamment par le fait que le soin psychiatrique est passé d'une zone de sous-droit dans laquelle le juge ne s'aventurait que très rarement à une zone de surexposition au droit au cœur de laquelle le juge se trouve soudainement plongé et pour laquelle il doit élaborer en urgence une jurisprudence cohérente.

¹⁴ C. Santé publ., art. L. 1435-1.

L'une des clés de compréhension des deux lois passe par l'identification des droits de la personne prise en charge sous contrainte. En effet, le législateur a tenu à construire un dispositif compatible avec les exigences du bloc de constitutionnalité (égalité devant le service public, droit à la santé, droit au juge, etc.) et avec la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (respect des droits fondamentaux de l'individu, garantie contre l'internement arbitraire, efficacité des recours contentieux, etc.). L'instauration de mécanismes de recours à la contrainte suppose dans le même temps de renforcer les droits du patient et de fixer des limites à son usage en ne permettant d'agir que lorsque que c'est nécessaire, en usant de procédés nécessaires, adaptés et proportionnés à l'état du patient. La mise en œuvre au quotidien de cette réforme suppose de sécuriser les procédures et de sensibiliser l'ensemble des acteurs concernés par la contrainte.

La privation de liberté d'une personne pour motif sanitaire emporte *de facto* un renforcement des droits du sujet, qui est juridiquement « privé de sa liberté d'aller de venir suite à une décision administrative ». La loi du 5 juillet 2011 réformée pose de véritables garanties pour les libertés individuelles (1). Elle insiste sur le fait que la personne prise en charge ne peut être considérée uniquement comme un patient incapable de consentir, mais reste une personne humaine, un justiciable et un citoyen. Cette quadruple qualification apparaissait indispensable pour inscrire le droit de la psychiatrie dans le droit commun et éviter une marginalisation excessive de cette discipline. Malheureusement, faute de s'appuyer sur une véritable loi définissant les fonctions et les caractéristiques de la psychiatrie, le législateur s'est contenté de rédiger une loi sur l'usage de la contrainte en cherchant à équilibrer les plateaux de la balance par des procédures complexes reposant sur des concepts juridiques fragiles.

Le droit d'être informé : les multiples notifications

L'admission et le maintien d'une personne en soins psychiatriques sans son consentement sont désormais le résultat d'actes administratifs individuels¹⁵. L'absence de décision d'admission se voit qualifier par les juges d'admission sans titre¹⁶. Le patient, en sa qualité de sujet de droit, se voit ainsi obligatoirement notifier les décisions administratives du directeur (SDT) et du préfet (SDRE), ses droits et les voies de recours dont il dispose¹⁷.

Les décisions d'admissions prononcées par le directeur ou le préfet doivent faire l'objet d'un acte formel qui doit être conforme à l'exigence de motivation qui s'impose de façon générale aux décisions unilatérales défavorables¹⁸. L'absence d'énonciation des considérations de droit et de fait apparaît comme une illégalité substantielle entachant d'irrégularité formelle la procédure¹⁹.

Les juges de la Cour de cassation viennent de se prononcer sur la question du respect du principe d'information du patient²⁰. Un arrêt très intéressant, et attendu, de la Cour de cassation, en ce qu'il

¹⁵ Article L. 3212-1 du CSP, devant donner lieu à une décision administrative remise à l'intéressé. Il en sera de même à chaque modification de la prise en charge d'une personne (levée de la contrainte, établissement d'un programme de soins dans le cadre de soins ambulatoires sans consentement, etc.

¹⁶ TGI de VERSAILLES, ordonnance du 05 août 2014 : mainlevée d'une mesure de SDT en urgence consécutive notamment au défaut d'établissement d'une décision d'admission, le magistrat ayant considéré qu'il s'agissait « d'une admission sans titre ».

¹⁷ Article L. 3211-3 du CSP – « (...) Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7, L. 3213-1 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état. (...) ».

¹⁸ En application de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs – L'article 1 de la loi dispose : « Les personnes physiques ou morales ont le droit d'être informées sans délai des motifs des décisions administratives individuelles défavorables qui les concernent. À cet effet, doivent être motivées les décisions qui : - restreignent l'exercice des libertés publiques ou, de manière générale, constituent une mesure de police ; (...) ».

¹⁹ TGI de STRASBOURG, ordonnance du 29 avril 2013 : mainlevée d'une mesure de soins SDT en péril imminent du fait de l'absence d'éléments de fait (motifs de l'internement) au sein de la décision d'admission du directeur.

²⁰ Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 15 janvier 2015, N° de pourvoi : 13-24361.

examine l'impact du non-respect du principe de la notification des droits sur la légalité. La Cour de cassation considère que « si l'autorité administrative qui prend une mesure de placement ou maintien en hospitalisation sans consentement d'une personne atteinte de troubles mentaux doit, d'une manière appropriée à son état, l'informer le plus rapidement possible des motifs de cette décision, de sa situation juridique et de ses droits, le défaut d'accomplissement de cette obligation, qui se rapporte à l'exécution de la mesure, est sans influence sur sa légalité ».

La portée de cette jurisprudence ne sera pas des moindres, en écho aux nombreuses mainlevées pour défaut de notification. Les juges considèrent ainsi, en interprétant les articles L. 3211-3 et L. 3216-1 du CSP, qu'il n'est pas démontré que l'absence de preuve de l'accomplissement de cette obligation légale ait porté atteinte aux droits de la personne.

L'irrégularité affectant une décision administrative de soins sans consentement n'entraîne en effet « la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet »²¹. Il n'en demeure pas moins que le défaut de notification est susceptible d'engager la responsabilité de l'administration et de l'obliger à verser des dommages et intérêts au patient.

Le droit d'être consulté et de donner son avis : le principe du contradictoire

Puisqu'elle vient restreindre les libertés individuelles fondamentales, la mesure d'admission ou de maintien d'une personne en soins psychiatriques sans son consentement doit respecter le principe du contradictoire, permettant à l'intéressé de faire valoir ses observations. La circonstance qu'il y ait une décision écrite implique ainsi le respect des dispositions de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 (22). Faute d'avoir expressément écarté l'application du droit commun, le législateur considère que le patient peut se prévaloir des garanties offertes à tout administré confronté à une décision unilatérale. Pour prétendre agir de manière proportionnée et adaptée au patient, la loi impose de recueillir l'avis de la personne avant de décider. Cet avis n'est pas un consentement, mais uniquement une obligation pour l'autorité administrative (préfet ou directeur) de prendre en considération l'administré à chacune de ces décisions. On remarque ici la forte influence de la Convention européenne des droits de l'homme qui insiste sur l'importance des libertés individuelles et encourage l'administration à s'adapter aux besoins de la population. L'individualisation de la prise en charge a le mérite d'obliger à ne pas réduire le patient à sa pathologie. Le « contradictoire » recherché par le législateur est à la fois une rencontre régulière avec le psychiatre qui ne pourra proposer une prise en charge adaptée à sa pathologie que s'il connaît les besoins et attentes du patient. Cependant, il convient également que l'autorité administrative prenne le temps de rencontrer l'usager du service afin de lui exposer les motifs « administratifs » de la décision autorisant les soignants à utiliser la contrainte.

Le droit d'être assisté : l'avocat et son mandat

Le patient au sujet duquel la mesure privative de liberté se voit contrôlée par le juge des libertés et de la détention est obligatoirement assisté ou représenté par un avocat lors de l'audience. Se pose ainsi la délicate question du partage d'informations avec l'avocat, qui ne peut seul accéder au dossier médical, mais uniquement au dossier « judiciaire », en qualité de défenseur. Pour pouvoir contester le bien-fondé d'une hospitalisation dans un service de psychiatrie, il est pourtant nécessaire d'avoir accès à son dossier médical dans les plus brefs délais. Or, du fait des délais légaux de transmission qui prévoient un accès « au plus tard dans les 8 jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de 48 heures aura été observé », l'application du droit commun²² ne permet pas de protéger efficacement les droits du patient soigné sous contrainte²³.

²¹ Article L. 3216-1 du CSP.

²² Article L. 1111-7 du Code la santé publique.

²³ T.A. de Nantes, ordonnance du 3 octobre 2014, n°1408210.

C'est en substance ce que vient d'affirmer le juge des référés du tribunal administratif de Nantes. Cette affaire mérite d'être signalée, tant ses répercussions risquent d'être nombreuses compte tenu de l'examen systématique de la légalité des hospitalisations complètes sous contrainte. Lorsque le patient et son avocat souhaitent contester l'illégalité de la mesure du fait du caractère disproportionné de la contrainte, il est indispensable de pouvoir mettre en discussion les éléments inscrits dans le dossier médical, et non de se contenter des mentions inscrites dans les divers certificats médicaux remis à l'autorité administrative (préfet ou directeur).

Le Conseil d'État a refusé que, faute de dispositions législatives en ce sens, le dossier médical soit systématiquement transmis au JLD avant chaque audience²⁴. Il a cependant pris soin de rappeler que rien ne s'oppose à ce que « le patient en sollicite la transmission ou que le juge en requière lui-même la production par le requérant ou encore qu'il ordonne, en raison du refus du requérant de produire son dossier ou pour tout autre motif, les expertises qui lui paraîtraient utiles » (considérant n°6). Cette formule visait à rappeler que non seulement le dossier médical contient des informations strictement personnelles qui ne seront discutées que sur demande du patient, mais également que l'état réel de santé de ce dernier constitue un élément essentiel du débat sur le bien-fondé de la mesure. Un débat juridictionnel de qualité suppose que l'ensemble des informations ayant concouru à la décision de contrainte puissent être mises dans la balance. Cependant, à défaut de transmission systématique du dossier au patient, il est indispensable de prévoir une procédure accélérée d'accès à l'information médicale.

Dans l'affaire nantaise, une patiente demandait au juge des référés d'ordonner au directeur du centre hospitalier universitaire de lui communiquer son dossier médical immédiatement afin de pouvoir préparer efficacement l'audience prévue quatre jours plus tard. Elle estimait que les lenteurs administratives constituaient une atteinte à ses droits fondamentaux (liberté d'accès du citoyen aux documents administratifs et aux données médicales le concernant, principe d'égalité et droit au procès équitable). Anticipant la réaction de l'administration du fait de son hospitalisation sous contrainte, elle avait d'ailleurs demandé à pouvoir accéder à son dossier en présence d'un médecin qu'elle avait préalablement désigné. Sa demande étant restée sans réponse, elle a donc saisi le tribunal administratif par la voie du référé.

Le « référé liberté », prévu à l'article L. 521-2 du Code de justice administrative, permet à un administré (ici un patient hospitalisé sous contrainte) de demander au juge « d'ordonner toutes les mesures nécessaires à la sauvegarde d'une liberté fondamentale à laquelle [une administration] aurait porté, dans l'exercice de ses pouvoirs, une atteinte grave et manifestement illégale ». Pour obtenir gain de cause, le requérant doit démontrer l'urgence de la situation. Dans son ordonnance, le juge nantais insiste sur le fait que l'accès au dossier médical est un élément indispensable d'un droit au recours au juge et a, par conséquent, le caractère d'une liberté fondamentale. « Cette possibilité implique que l'intéressé puisse obtenir la communication de l'intégralité des pièces figurant dans son dossier et au vu desquelles le juge va statuer, dans les limites prévues par la loi, tant sur la recevabilité que, le cas échéant, sur le fond de l'instance introduite, et ce dans un délai permettant à l'intéressé de constituer utilement sa requête ». C'est ainsi qu'en ne permettant pas au patient d'accéder en temps utile à son dossier, l'établissement de santé a porté « une atteinte grave et manifestement illégale au droit au recours effectif ». Il est fort probable que les avocats, dans l'intérêt du patient, usent de ce moyen pour tenter de préparer le débat devant le juge. Il reste désormais à ce que les barreaux organisent dans chaque établissement une procédure permettant de désigner rapidement un défenseur pour chaque patient contraint.

L'assistance ou la représentation des avocats doit permettre de faciliter les droits de la défense du sujet privé de la liberté fondamentale d'aller et de venir. Pour autant, certains barreaux (Lille et Coutances) ont refusé d'assurer les audiences auprès du JLD. Ce positionnement interroge fortement le juriste.

²⁴ CE, 13 novembre 2013, association CRPA, n° 352667.

La présence des avocats questionne l'éthique, en ce qu'il n'est pas forcément de l'intérêt du patient de voir la mesure privative de liberté levée. L'avocat doit en effet déontologiquement porter la parole de son client. Il acceptera le mandat si la parole est entendable et compréhensible, devant ainsi apprécier la capacité à mandater. Il cherchera une irrégularité formelle si son client le mandate pour lever la mesure, puisqu'il n'est pas rare que les patients émettent le souhait de poursuivre l'hospitalisation. À noter que, même si l'état du patient ne lui permet pas de se rendre à l'audience (avis médical), celui-ci ne peut être privé du droit de rencontrer son avocat avant l'audience.

Le statut de patient usager à repenser : les droits particuliers du patient contraint

La personne séjournant dans un établissement de santé mentale habilité par le préfet dispose *in fine* de plus de droits que celle hospitalisée dans un hôpital général. Son statut juridique d'usager contraint du service public doit ainsi être repensé au regard de l'exercice d'un certain nombre de droits et libertés que le patient peut solliciter au cours de son séjour hospitalier. De manière non exhaustive, les problématiques de la sexualité, de la religion, des visites, de l'usage du téléphone portable, du droit de vote, des relations avec son avocat, ses démarches extérieures sont autant d'éléments qu'il convient de fixer dans le règlement intérieur de l'établissement en associant les équipes soignantes à leur élaboration. La rédaction d'un règlement intérieur sera préférée à celle de protocoles, au-delà des protocoles imposés, en ce que le juge est venu rappeler que l'on ne peut pas « protocoliser » l'exercice d'un droit !²⁵

La protection de la vie privée à l'hôpital est un sujet complexe, particulièrement en psychiatrie où la question de l'intime et des libertés fait l'objet d'une attention juridictionnelle grandissante. Il est indispensable, pour une institution accueillant, parfois pour de longues durées, des personnes vulnérables, d'adopter des règles équilibrées permettant de protéger les droits de chacun (patients, proches, soignants) (23, 24)²⁶.

À la différence d'un usager en soins libres (SL), les personnes placées en observation durant 72 heures à la suite d'une demande du représentant de l'État (SDRE) ou d'un tiers (SDT), mais surtout celles maintenues en hospitalisation complète (HC) à l'issue de cette période initiale, ne sont pas assimilables à des « patients classiques ». En effet, il ne leur est pas possible de quitter sans surveillance l'établissement, y compris afin de pouvoir exercer leurs droits fondamentaux. En 2011, le législateur a certes prévu la possibilité d'organiser des sorties de courte durée de moins de 12 heures « pour motif thérapeutique ou si des démarches extérieures s'avèrent nécessaires »²⁷, mais toujours sous la surveillance constante d'un ou plusieurs accompagnateurs. Se pose alors inévitablement la question de l'intimité et du secret de la vie privée. Le juge administratif prend bien soin de préciser qu'il n'existe pas un droit à la sexualité, et que l'administration ne pourrait être tenue pour responsable de la privation de sexualité d'une personne hospitalisée y compris pour une longue durée (25). En revanche, lorsqu'un patient souhaite avoir des relations sexuelles avec un partenaire consentant, il n'est *a priori* pas possible de lui refuser ce droit dès lors que l'acte ne trouble pas l'ordre public ou le bon fonctionnement de l'établissement. Autrement dit, il n'est pas question d'autoriser à tout moment et n'importe où tout type de

²⁵ Arrêt n° 545 du 29 mai 2013 (12-21.194) - Cour de cassation - Première chambre civile Les juges étaient invités à examiner la responsabilité d'une clinique privée à la suite du décès d'un patient. À cette occasion, la Cour a rejeté l'un des arguments de la famille qui se prévalait du contrat d'hospitalisation, estimant qu'il imposait à la clinique une obligation de surveillance renforcée, l'obligeant à prendre les mesures nécessaires pour veiller à la sécurité du patient en fonction de sa pathologie, de ses antécédents et de son état du moment. La famille soutenait que la protocolisation des règles de sortie aurait permis d'assurer l'efficacité de l'obligation de surveillance, assimilant l'absence de protocole à une faute de la clinique. La Cour de cassation a ainsi rejeté cet argument, soulignant que le principe applicable est celui de la liberté d'aller et de venir, et qu'il ne peut être porté atteinte à cette liberté de manière contraignante par voie de protocolisation des règles de sortie de l'établissement.

²⁶ CAA BORDEAUX, 6 novembre 2012, n° 11BX01790, Claude X c/ CHS de CADILLAC : JurisData n° 2012-031255 ; JCP A 2012, act. 885 ; D. 2013, p. 312, JCP adm, 2013, n°2206, note PÉCHILLON.

²⁷ Art. L. 3211-11-1 du CSP.

comportement individuel, mais il n'est pas non plus possible de priver par principe un patient de sexualité. Le juge administratif résume la situation de la manière suivante : « L'ingérence dans l'exercice du droit d'une personne atteinte de trouble mentaux, hospitalisée sans son consentement, au respect de sa vie privée qui constitue une liberté individuelle et dont le respect de la vie sexuelle est une composante, par une autorité publique, ne peut être légale que si elle répond à des finalités légitimes et qu'elle est adéquate et proportionnée au regard de ses finalités ». Concrètement, cela signifie que l'hôpital va devoir faire face à deux types de situations que l'on rencontre dans tous les lieux privatifs de liberté. La première consiste à devoir gérer les demandes programmées de relations intimes formulées par une personne hospitalisée qui souhaite s'isoler pour un moment. Pour répondre à ces requêtes légitimes, il va alors falloir prévoir la création de structures d'accueil spécialisées, proches des unités de vie familiale existant en prison. Ces structures sont notamment indispensables pour les personnes hospitalisées pour une longue durée. Ces demandes supposent que non seulement le patient fournisse les coordonnées de la personne qui va partager son intimité, mais aussi que les soignants s'interrogent sur l'opportunité de refuser cette intimité. C'est donc un renversement total de la logique institutionnelle. La seconde situation, plus complexe, suppose de réfléchir à la possibilité d'accorder au patient une part d'intimité et de secret au sein même du service. Être malade psychiatrique suppose-t-il de devoir déclarer non seulement ses pratiques sexuelles, mais aussi leur fréquence ? C'est alors le statut de la chambre du patient et des relations intimes entre usagers qui est en cause. Pour protéger les personnes hospitalisées en particulier les plus vulnérables, il importe que l'équipe soignante soit en mesure de connaître l'essentiel de l'activité au sein de l'établissement, mais pas au prix d'une négation de l'intimité.

C'est justement cette question que posait cette affaire. Le juge devait se prononcer sur la manière dont doivent être rédigés les règlements intérieurs des établissements et les décisions individuelles prises durant le séjour. Un règlement intérieur est un acte réglementaire indispensable à toute institution, puisqu'il permet à la fois de garantir la sécurité juridique et d'adapter les normes générales aux circonstances locales particulières. Il n'est pourtant pas question d'autoriser le chef de service à rédiger une norme locale uniquement en fonction de l'organisation interne des bâtiments ou du nombre des personnels. Ce n'est pas à l'usager, surtout s'il est contraint, de se plier aux contraintes matérielles, mais, à l'inverse, au chef d'établissement d'adapter sans cesse les règles locales aux normes supérieures et aux besoins des usagers. Le législateur rappelle ainsi qu'il est hors de question que le règlement intérieur réduise certains droits fondamentaux du patient (droit de communiquer, de s'informer sur ses droits, exercer son droit de vote, etc.). Seul le législateur dispose d'un tel pouvoir, à condition d'ailleurs de respecter les engagements internationaux pris par la France. Ce que reproche la Cour administrative de Bordeaux à la rédaction de l'article incriminé, c'est d'avoir fait peser sur l'ensemble de la population hospitalisée une présomption de vulnérabilité et indirectement de dangerosité. Comme c'est souvent le cas dans les services publics, le règlement intérieur est rédigé à partir d'un usager idéal typique, conduisant à nier les différences entre individus. Autant il est possible d'imposer individuellement et temporairement une surveillance particulière pour certaines pathologies, autant interdire systématiquement un acte autorisé à l'extérieur est difficile à justifier. Si l'acte sexuel s'apparente à un viol ou une agression, le droit pénal permet de sanctionner le coupable et le droit civil d'imposer le versement d'un dédommagement du préjudice. Interdire la sexualité ne l'a jamais empêchée. Elle ne suffit pas non plus à dégager la responsabilité de l'établissement. Aussi les règlements intérieurs doivent-ils aborder de front l'ensemble des demandes formulées par les patients et leurs proches afin de proposer une prise en charge respectueuse des dispositions de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (26) et de favoriser le développement de la réflexion éthique.

C'est sur la base du règlement intérieur (éventuellement spécialisé par unités de soins) et en conformité avec les normes supérieures que diverses décisions individuelles concernant un patient seront prises. À ce titre, il est parfaitement possible d'interdire, pour raison médicale, à une personne hospitalisée de rencontrer d'autres personnes (parents, amis, amants, etc.) ou d'exercer

une activité (culturelle, philosophique, etc.). Lorsque le médecin estime par une motivation adaptée que cette rencontre fait courir un risque pour la santé de l'intéressé, il lui est loisible de prononcer une interdiction individuelle. Cette dernière n'est pas une sanction, mais une modalité de prise en charge. La légalité de ce refus est d'ailleurs contestable devant le juge, au besoin par le biais de référé. Il est donc possible d'envisager que certains patients se voient refuser à certaines périodes un droit à l'intimité sexuelle, mais uniquement pour raisons médicales. Comme un placement en chambre d'isolement ou l'usage de la contention, l'interdiction de s'isoler est donc temporairement envisageable.

La personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement peut également exprimer le souhait d'aller exercer un droit civique. Il convient alors de s'organiser, et préparer les modalités de sorties de la personne en vue d'exercer ce droit ou de procéder au recueil des procurations en amont au sein de l'établissement. Le législateur a envisagé trois modalités de sorties pour les personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement, répondant toutes trois à une finalité précise : effectuer des « démarches extérieures » (Autorisations de sortie de courte durée (ASCD) de moins de 12 heures), proposer une réinsertion sociale dans une temporalité limitée à 48 heures (ASCD de moins de 48 heures) ou dans le cadre d'une temporalité indéfinie (programme de soins). En l'espèce, pour cette situation expressément visée, la modalité d'une sortie n'excédant pas 12 heures pourra être envisagée. Sera soulevée la question de la qualité de la personne accompagnant le patient... Qui ne sera certes pas le seul à solliciter l'exercice de ce droit ! Si le médecin psychiatre référent émet un avis défavorable au déplacement de la personne, il n'en demeure pas moins que le patient ne peut être privé de l'exercice de ce droit. Il sera fait appel aux services de police ou de gendarmerie pour recueillir la procuration. « Pour raison de santé » notamment, le Code électoral prévoit, en son article L. 71, l'exercice du droit de vote par ce biais des personnes empêchées ne pouvant se déplacer.

Les établissements de santé doivent ainsi penser et repenser le statut du patient contraint en vue de respecter les droits, moins contraignants dès lors que la personne séjourne librement. Les avocats ne manquent pas de s'intéresser à ce sujet...

De même, les dispositions réglementaires relatives à la sortie dite « disciplinaire » apparaissent inapplicables pour le patient contraint !... Quelle réponse administrative apporter dans les situations d'incivilité d'une personne qui agit de manière intentionnelle sans lien avec la maladie qui affecte le sujet ? Il faut ainsi prendre conscience qu'un patient contraint doit théoriquement bénéficier de plus de droits en sa qualité qu'un patient en soins libres car, à la différence du second, il ne peut quitter le service s'il est insatisfait des prestations proposées.

Le législateur a complexifié les soins psychiatriques sans consentement en prévoyant cette modalité de prise en charge dans le cadre de soins ambulatoires. Une difficile conception du statut juridique du patient en programme de soins... L'avis du patient doit être recherché dans le cadre de l'élaboration d'un programme de soins. Est-ce juridiquement un consentement ou un assentiment ? De manière mensuelle, un avis ou un certificat sera établi par le psychiatre référent en vue de préciser la nécessité de maintenir les soins ambulatoires sans consentement. Nécessairement, il apparaît une redondance logique dans le contenu des pièces médicales dans le cadre de l'évaluation clinique du patient, au fil des mois, pour des suivis anciens. Le JLD n'intervient pas d'office pour ce type de prise en charge. Une étude récente a mis en avant l'augmentation de la durée de la contrainte pour les patients en programme de soins (27)²⁸.

La Cour de cassation vient récemment d'apporter un premier éclairage sur ce concept juridique²⁹. Un éclairage très attendu ! Un programme de soins comportant une nuit à l'extérieur de l'hôpital et des sorties seules une à deux fois par semaine constitue en réalité une hospitalisation complète.

²⁸ En moyenne, les patients en programme de soins sont hospitalisés plus longtemps que les autres patients non consentants : 64 jours en moyenne pour les patients en programme de soins, 42 jours pour les autres patients en soins sans consentement.

²⁹ Cour de cassation, civile, Chambre civile 1, 04 mars 2015 - N° de pourvoi : 13-26758.

Dans l'esprit des lois, le programme de soins s'envisage effectivement comme une modalité de réinsertion sociale de la personne ne sous-entendant pas une seule nuit hors les murs de l'établissement de santé mentale.

Reste la problématique complexe de la réintégration du patient en programme de soins, qu'elle émane de la demande du psychiatre référent ou du patient lui-même ! Le législateur a en effet omis d'aborder la situation du patient qui souhaite réintégrer, se présentant spontanément auprès du service. Or, la réintégration doit découler d'un avis ou d'un certificat médical, puisque la loi envisage la seule situation du psychiatre référent qui sollicite la réintégration du patient. Lorsque la réintégration est demandée, les professionnels se trouvent confrontés aux modalités de mise en œuvre de cette demande médicale dans la mesure où « aucune mesure de contrainte (...) ne peut être mise en œuvre sans que la prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète »³⁰. Quelles responsabilités consécutives à une infraction ou atteinte à l'intégrité ou la vie d'une personne par un patient en programme de soins au sujet duquel une réintégration avait été demandée ?

Le renforcement des droits du patient contraint, s'agissant notamment de la judiciarisation des soins psychiatriques sans consentement, implique une sensibilisation de tous les acteurs en établissement de santé et une sécurisation des procédures institutionnelles (28).

La nécessité de sécuriser les pratiques professionnelles

Les restrictions aux libertés individuelles fondamentales doivent ainsi être nécessaires, adaptées et proportionnées³¹. « Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou à la demande du représentant de l'État dans le département, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée »³².

Le soin sous contrainte ne justifie pas toutes les formes de contraintes

La « loi » cherche à apporter des garanties procédurales permettant d'éviter une privation de liberté arbitraire et disproportionnée³³. Il ne peut être porté atteinte à la liberté fondamentale d'aller et de venir (notamment) sans motif médical. Est à rappeler présentement la problématique des mesures d'isolement et de contention, devant strictement être nécessaires, adaptées et proportionnées. Les juges soulignent en ces situations l'exigence de nécessité thérapeutique ou de sécurité médicalement constatée³⁴. La contrainte étant l'exception juridique, il conviendra de l'évaluer, de la justifier, de la tracer au sein du dossier patient. La judiciarisation des soins psychiatriques rappelle l'extrême importance de la traçabilité des actes.

Tel sera le cas concernant la période initiale d'observations n'excédant pas 72 heures. La multiplication des examens médicaux exigés par la loi dénote la volonté du législateur qui a souhaité un laps de temps pour évaluer l'état de santé d'une personne avant de définir l'intensité de la contrainte. Les psychiatres de l'établissement vont réaliser une double expertise pour le

³⁰ Décision QPC n°2012-235 du 20 avril 2012.

³¹ Voir notamment la décision QPC n°2012-235 du 20 avril 2012.

³² Dispositions de l'article L. 3211-3 du Code de la santé publique.

³³ CEDH, 16 septembre 2014, ATUDOREI c/ ROUMANIE, N°5013/08 : violation de l'article 5§1 de la Convention. Cf. également CEDH, 23 septembre 2014, O.G. contre LETTONIE, n°66095/09.

³⁴ Voir en ce sens l'arrêt de la Cour de cassation, Chambre criminelle, du 6 août 1997, 95-84.852 – « (...) Si les systèmes de contention ne sont pas interdits par un texte réglementaire ou même mentionnés dans la charte de la personne âgée dépendante, il faut comprendre par là qu'ils peuvent être nécessaires à titre individuel et temporaire pour éviter qu'une personne ne soit dangereuse pour elle-même ou pour autrui, même s'il existe, si besoin est, des moyens pharmacologiques moins contraignants d'assurer la sécurité et la tranquillité des pensionnaires (...) »).

compte de l'autorité administrative à l'origine de l'admission. Avant l'expiration des 72 heures, la forme de contrainte la plus adaptée sera proposée à l'autorité administrative si la poursuite des soins librement consentis n'est pas envisagée, ni envisageable.

Se pose la question de la temporalité dans le choix du législateur de fixer le contrôle du juge de l'acte formel de privation de liberté avant 12 jours suivant l'admission. En effet, une privation de liberté, ne serait-ce que d'une journée, constitue incontestablement une atteinte grave à la personne et est constitutive d'une voie de fait dès lors qu'elle est illégale. Si le contrôle d'un magistrat, conforme à l'article 66 de la Constitution, s'impose, peut-être devrait-il être opéré *ab initio* ou à l'issue de la période dite d'observations et de soins initiale. Les magistrats chargés de contrôler le caractère nécessaire, adapté et proportionné de la contrainte présentent des postures divergentes dans la mise en œuvre de la loi, entre une application stricte et une souplesse précautionneuse pour le patient afin de ne pas le mettre en danger. L'éternelle question du consentement du sujet de droit sera ainsi soumise à la réflexion du juge. La recevabilité du consentement diffère pour un juriste, un psychiatre, un magistrat. Le magistrat doit statuer à un instant T face à l'aléa subjectif du consentement parfois loin d'être pérenne. Ce constat souligne l'importance du contenu des pièces médicales établies en vue d'éclairer le plus justement possible le magistrat. L'article R. 3211-15 ajoute une nouveauté disposant que « le juge peut toujours ordonner la comparution des parties ». Le directeur, dès lors qu'il adresse une requête dans le cadre du contrôle de la mesure de soins, devient partie à la procédure. Il peut ainsi se voir ordonner la comparution à l'audience. La présence du directeur semble devoir être requise, aux fins de respecter le principe du contradictoire, et notamment répondre aux questionnements du juge ou du conseil du patient. Sa plus grande difficulté sera d'être en mesure de répondre à l'ensemble des questions touchant au bien-fondé des mesures prises, sachant qu'elles ont été ordonnées par l'autorité administrative sur le seul fondement des divers certificats réalisés par des soignants absents de l'audience et soumis au secret médical.

Le législateur n'a pas organisé en détail les modalités pratiques de mise en œuvre du soin sous contrainte. Cela ne relevait d'ailleurs pas de sa compétence (article 34 de la Constitution qui fixe le domaine de la loi). Il a, par conséquent, renvoyé au pouvoir réglementaire le soin de développer les « outils » qui permettront de donner du sens aux soins. Il importe présentement de rappeler que les soins psychiatriques sans consentement, désignant une modalité de prise en charge, n'impliquent pas l'absence de recherche constante du consentement du sujet de droit, un impératif légal. Le sens du consentement diffère : désigner une modalité d'admission et désigner une adhésion aux soins à la suite de la délivrance de l'information médicale (29).

La première difficulté à résoudre pour un établissement de santé habilité à user de la contrainte sera d'organiser localement les relations entre les divers « acteurs » concernés par les mesures. Il faudra, pour pouvoir travailler au quotidien, clairement identifier et répartir les tâches entre le personnel soignant et le personnel administratif de l'établissement.

La pluralité des « acteurs » : une richesse ou un obstacle à la qualité du soin ?

La réussite de la prise en charge suppose de bien identifier le rôle de chacun des acteurs.

D'une manière générale, la loi n'identifie que deux catégories : **celui qui autorise le recours à la contrainte** (préfet ou directeur) et **celui qui en propose la forme et l'intensité** (le psychiatre). Sur ce point, la Cour de cassation vient de rendre une décision importante³⁵. Dans cette affaire, il s'agissait d'un patient hospitalisé depuis 2006 à la suite d'une décision judiciaire liée au meurtre de sa mère. L'article 706-135 du Code de procédure pénale permet en effet au juge judiciaire « d'ordonner, par une décision motivée, l'admission en soins psychiatrique de la personne [qui vient d'être déclarée pénalement irresponsable] sous la forme d'une hospitalisation complète ». Pour ce faire, il doit être « établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la

³⁵ Req. n° 14-15686.

procédure que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public ». Dans ce cas, à la différence d'une hospitalisation sous contrainte « classique » à la demande du préfet, c'est l'autorité judiciaire qui prive provisoirement la personne de sa liberté d'aller et de venir. Cependant, afin d'harmoniser le statut des patients, le législateur leur a prévu des garanties identiques à celles accordées aux autres patients. En effet, comme le précise le Code de procédure pénale, « le régime de cette hospitalisation est celui prévu pour les admissions en soins psychiatriques prononcées en application de l'article L. 3213-1 [du Code de la santé publique] ». En procédant de la sorte, le législateur confie au préfet le soin d'assurer le suivi administratif de cette catégorie de la population et la fait basculer dans une problématique de police administrative spéciale.

Ces dispositions permettent de vérifier régulièrement que l'état de la personne prise en charge justifie effectivement et en continu une mesure individuelle privative (hospitalisation complète) ou limitative de sa liberté d'aller et de venir (programmes de soins). Concrètement, lorsque, dans ce type de situation, l'abolition du discernement d'une personne a été constatée par la justice (article L. 122-1 alinéa 1 du Code pénal), il n'est pas possible de la condamner. L'autorité judiciaire estime néanmoins qu'il est souhaitable qu'elle soit hospitalisée afin de faire l'objet d'un diagnostic précis sur l'opportunité d'un recours aux soins sous contrainte. La personne est alors placée en « période d'observation et soins initiale » afin de vérifier si son état de santé justifie encore une prise en charge hospitalière, malgré l'ancienneté des faits ayant conduit à la déclaration d'irresponsabilité pénale. À son arrivée à l'hôpital, deux certificats médicaux (24 et 72 heures) seront donc réalisés. L'article 706-135 du Code de procédure pénale précise d'ailleurs que « le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police est immédiatement avisé de cette décision [d'hospitalisation] ». À noter que certains patients ayant commis des infractions pénales et déclarés pénalement irresponsables seront directement hospitalisés par décision préfectorale, par exemple à la suite d'un classement sans suite (article L. 3213-7 CSP).

En l'espèce, le patient contestait le fait que, dans la rédaction des certificats mensuels, le psychiatre ne prenne pas la peine d'expliquer précisément en quoi son comportement actuel constituait toujours une menace pour l'ordre public. Il a donc formé un recours contre la décision de prolongation de 6 mois de son hospitalisation prononcée en janvier 2014 par l'autorité de police. La principale question posée par cette affaire était donc de savoir quel rôle le législateur attribuait précisément aux psychiatres « certificateurs ». La Cour de cassation fait une lecture très précise du texte de la loi. Elle place chacun des acteurs face à ses responsabilités. Le préfet est le seul à pouvoir prolonger une mesure de contrainte à l'égard d'un individu dont le comportement est encore susceptible de troubler gravement l'ordre public malgré la prise en charge hospitalière. Pour ce faire, le représentant de l'État a notamment besoin d'une forme d'« expertise médicale » lui confirmant que l'état de santé du patient n'a pas encore suffisamment évolué pour pouvoir envisager une levée de la contrainte. Afin de respecter les libertés individuelles du patient, la loi impose que lui soient régulièrement transmis un certificat de situation attestant qu'un psychiatre de l'établissement a bien rencontré le patient et que l'état de santé de ce dernier ne permet pas de prononcer une mesure moins contraignante (programme de soins ou levée). C'est ainsi qu'un certificat ambigu, mal rédigé, ou tardif empêcherait le préfet de prolonger la mesure. Cependant, la Cour rappelle fort à propos que le psychiatre n'a pas à se substituer au préfet en qualifiant juridiquement la situation. Son certificat n'est qu'un élément du dossier administratif de la personne sous contrainte. Cette pièce est obligatoire, mais le préfet, en sa qualité d'autorité de police administrative spéciale, est également censé prendre en considération des informations extrahospitalières. Il lui arrive ainsi de considérer que le trouble à l'ordre public persiste compte tenu des fréquentations de la personne, de son lieu d'habitation, de la situation locale à un instant T, etc.

Par conséquent, les divers certificats remis à l'autorité de police sont des pièces essentielles à la prise de décision, mais ne devraient théoriquement pas être les seuls éléments de décision. La prolongation de la mesure doit être strictement nécessaire, adaptée et proportionnée à chaque situation du moment. Les psychiatres intervenant dans les établissements accueillant des patients

sous contrainte sont donc dans l'obligation de rendre un document destiné à l'autorité de police. Chacun des termes employés doit, par conséquent, être mesuré et utile à celle-ci. Il n'est donc pas indispensable de lever « complètement » le secret médical (celui-ci reste théoriquement toujours soumis au droit commun), mais il convient de transmettre une information compréhensible sans nécessairement dévoiler d'éléments diagnostiques. Rappelons que le vocabulaire psychiatrique est souvent abscons et sujet à interprétations par des non-spécialistes. Pour la Cour de cassation, comme pour le législateur, les écrits demandés aux psychiatres ont pour principale fonction de permettre de prononcer la décision individuelle la plus adaptée possible et d'éclairer le préfet sur la nécessité des soins. Le préfet n'est pas un spécialiste de la psychiatrie. Il a donc besoin d'un avis circonstancié lui exposant les principales caractéristiques de l'état du patient et sur l'opportunité de continuer les soins. De son côté, le psychiatre n'est pas spécialiste de l'ordre public, c'est donc au préfet qu'il revient de qualifier juridiquement la mesure et d'estimer si la menace à l'ordre public persiste. Rien n'empêche bien évidemment le psychiatre d'émettre un avis sur la probabilité de passage à l'acte et de caractériser le type d'actes redoutés (agression, incendie, conduite à risque, etc.). Pour respecter l'esprit de la loi, le psychiatre, rédigeant un certificat, ne doit transmettre que les informations utiles à son interlocuteur. Ni plus, ni moins. C'est ce savant dosage qu'il faut parvenir à réaliser en sélectionnant des termes intelligibles par un non-soignant.

Afin de protéger les libertés individuelles et de prendre une décision en toute connaissance de cause, l'autorité de police est d'ailleurs dans l'obligation d'informer le patient de son intention de prolonger la mesure et de lui en exposer les raisons. Rappelons sur ce point que l'application des dispositions de l'article 24 de la loi du 12 avril 2000 (22) est difficile à mettre en pratique pour ce type de mesure. En effet, celui-ci prévoit que « exception faite des cas où il est statué sur une demande, les décisions individuelles qui doivent être motivées en application des articles 1^{er} et 2 de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979 (30) relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public n'interviennent qu'après que la personne intéressée a été mise à même de présenter des observations écrites et, le cas échéant, sur sa demande, des observations orales. Cette personne peut se faire assister par un conseil ou représenter par un mandataire de son choix. [...] Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables : 1° En cas d'urgence ou de circonstances exceptionnelles ; 2° Lorsque leur mise en œuvre serait de nature à compromettre l'ordre public ou la conduite des relations internationales ; 3° Aux décisions pour lesquelles des dispositions législatives ont instauré une procédure contradictoire particulière. » Ce dialogue entre l'autorité de police et le patient est loin d'être évident à mettre en place dans les services de psychiatrie.

Chaque arrêté préfectoral, privant ou limitant un patient de sa liberté d'aller et de venir, doit être strictement motivé et circonstancié. Comme pour toute décision individuelle portant atteinte aux droits fondamentaux, l'administré doit être en mesure d'en contester la légalité. Pour ce faire, il est primordial que celui-ci soit le destinataire de la décision, qu'elle lui soit effectivement notifiée et qu'il soit informé de la nature ainsi que de la durée prévisible de la contrainte. Lorsque le patient est hospitalisé sur sollicitation d'un tiers, c'est au directeur qu'il revient de s'assurer que l'ensemble de cette procédure est effectivement respecté. En général, cela se passe au moment de l'admission et du renouvellement de la mesure. La loi précise que cette tâche incombe au directeur (articles L. 3212-2 et suivants du CSP) qui peut organiser un système de délégation de signature au sein de son établissement afin de s'assurer que les droits de l'administré soient bien respectés. Il s'agit en effet de mettre en œuvre une décision administrative individuelle à destination d'un usager du service.

La situation est un peu plus complexe lorsque la personne est hospitalisée à la demande du préfet. La notification et l'information préalable de l'administré sont en effet plus délicates à mettre en œuvre. Une affaire portant sur ces questions vient d'être examinée par la Cour de cassation (C. Cass 1^{re} civ., 28 mai 2015 req. n°14-15842). Monsieur X. a été hospitalisé à la demande du représentant de l'État le 23 février 2013. Le préfet a pris un arrêté initial d'hospitalisation complète d'une durée d'un mois débutant par une période d'observation de 72 heures. Le patient estimait la procédure illégale car, selon lui, il n'était pas possible de prendre immédiatement une mesure pour

une durée d'un mois. Il estimait que le préfet était tenu de prendre un nouvel arrêté à l'issue de la période d'observation sur la base de la préconisation médicale.

La réponse de la Cour de cassation à cette question était attendue car les dispositions du Code de la santé donnaient lieu en pratique à des divergences d'interprétation. La réponse donnée par la Cour est assez nuancée et largement conditionnée par les faits d'espèce, et surtout par l'argumentation du recours. En effet, le préfet a estimé que les deux certificats confirmaient son analyse de départ et qu'il n'avait pas à modifier son premier arrêté, mais surtout que le patient avait parfaitement été informé sur sa situation juridique, ses droits et ses voies de recours. L'article L. 3213-1-II du Code de la santé publique dispose pourtant que « dans un délai de 3 jours francs suivant la réception du certificat [dit des 72 heures], le représentant de l'État dans le département décide de la forme de la prise en charge. [...] Il joint à sa décision, le cas échéant, le programme de soins établi par le psychiatre ». Tout laissait donc à penser qu'un second arrêté devait être pris par le préfet à l'issue de la période d'observation, et surtout que le premier arrêté ne pouvait priver légalement la personne de sa liberté d'aller de venir pendant une durée d'un mois. La Cour de cassation répond principalement sur l'information du patient et ses conséquences. Selon elle, « attendu qu'après avoir rappelé les termes de l'article L. 3211-3 du Code de la santé publique, l'ordonnance constate, d'une part, que M. X. avait été informé le 5 mars 2013, à l'issue de la période d'observation de 72 heures, lors de la notification de l'arrêté préfectoral du 23 février 2013, d'autre part, que le certificat du 26 février 2013 mentionnait également que le patient avait été informé par le médecin, de manière adaptée à son état, de ce que la mesure de soins sous contrainte en hospitalisation complète devait être maintenue, et en déduit, à bon droit, que les prescriptions de ce texte avaient été respectées ; qu'en l'état de ces énonciations, le premier président a pu décider que l'irrégularité alléguée n'avait pas porté atteinte aux droits du patient ». On peut regretter cette jurisprudence, qui ne simplifie pas le débat. En effet, dans cette affaire, le préfet n'a pas pris de seconde décision à l'issue de la période d'information. La notification de l'arrêté initial a été faite le 5 mars alors que l'arrêté datait du 23 février. La Cour considère également que le psychiatre s'est en partie chargé de notifier les droits du patient lors de sa visite des 72 heures. Cela signifie que le psychiatre a délivré une information « juridique » au patient en lieu et place du préfet en anticipant la décision du préfet. Il n'est pas certain que ce type de jurisprudence protège véritablement les droits et libertés individuels de la personne hospitalisée sous contrainte. Seule la décision initiale a en définitive été notifiée au patient puisque le préfet n'a pas pris soin de prendre un second arrêté de prolongation de la mesure, estimant qu'il ne serait que confirmatif du premier.

À la lumière de cette jurisprudence, on notera qu'il appartient ainsi à chaque administration de s'organiser localement en instaurant toute une série de délégations de signature permettant d'assurer la continuité du service public et l'information des administrés. Au sein des établissements de santé, le directeur, représentant légal, devra porter une attention particulière au formalisme des délégations de signature des personnes désignées aux fins de signer les décisions en application de la loi du 05 juillet 2011 modifiée. Il peut réglementairement déléguer sa signature, à condition de le notifier aux intéressés, de le communiquer aux membres du Conseil de surveillance, et de publier les actes administratifs par « tous moyens les rendant consultables »³⁶. Le défaut d'affichage des délégations de signature au sein d'une unité de soins, ne permettant pas au patient de s'assurer de la qualité à agir du signataire de la décision d'admission, a pu engendrer une mainlevée de la mesure !³⁷

³⁶ Articles D.6143-33 à D.143-35 du CSP.

³⁷ TGI de LILLE, ordonnance du 16 septembre 2013 : mainlevée d'une mesure de soins en SDT en péril imminent du fait du défaut d'affichage des délégations de signature « dans les locaux de l'hôpital ». Confirmation par la cour d'appel de DOUAI, arrêt du 26 septembre 2013 : « *Le non-respect des exigences formelles cause nécessairement un grief à la patiente car elle n'a pas été en mesure de vérifier immédiatement que l'auteur de l'acte administratif d'hospitalisation sous contrainte avait juridiquement compétence et qualité pour prendre cette décision par essence attentatoire à la liberté individuelle* ».

Le rôle et l'information du tiers : Le tiers intervient au moment de l'admission par l'établissement d'une demande manuscrite de prise en charge d'une personne vis-à-vis de laquelle il porte intérêt. Le législateur pose deux seules obligations légales le concernant : une information de la date d'audience devant le JLD puisqu'il est procéduralement partie au procès et l'information de la levée de la mesure de soins sans consentement. Le tiers a la possibilité de s'exprimer au cours de l'audience. Encore faut-il que ce dernier puisse être prévenu dans les délais....

Telle est la réflexion actuelle relative aux modalités d'information du tiers de la date d'audience et de la levée, puisque les courriers en ce sens lui parviennent *a posteriori*. Il conviendrait de relever les coordonnées du tiers (téléphone et/ou e-mail) pour une information en temps réel. Mais solliciter les coordonnées du tiers, qui souvent culpabilise de présenter une demande de soins, l'interroge dès lors qu'il lui est expliqué la tenue d'une audience à laquelle il pourra assister. Une confusion et difficile compréhension du tiers qui devient ainsi hésitant à être partie à la procédure.

Autre incompréhension qui découle de l'absence d'information du tiers sur l'état de santé de la personne soignée pendant l'hospitalisation complète, au cours du programme de soins. Le tiers sera seulement informé de la levée de la mesure privative, et se voit opposer un refus dès lors qu'il sollicite des informations médicales, n'étant juridiquement pas habilité à se voir délivrer une information médicale orale !

Le soin sous contrainte au quotidien dans les services de soin : un défi organisationnel

La judiciarisation des soins psychiatriques sans consentement contraint deux services publics, santé et justice, à devoir aborder et mettre en œuvre les politiques publiques sans moyens supplémentaires. Un réel défi organisationnel.

Les établissements de santé ont dû structurer le circuit administratif pour toutes les admissions en soins sans consentement en vue de préparer le dossier dit « judiciaire » à adresser au JLD afin que ce dernier puisse statuer avant l'expiration d'un délai de 12 jours. La circonstance que le délai fut réduit à 12 jours, étant avant de 15 jours, complexifie l'organisation. Les requêtes sont en effet adressées à J+5 suivant l'admission, en moyenne, ce qui peut impliquer une nouvelle information auprès du parquet si une mainlevée est prononcée après l'envoi de la requête.

Les échanges entre les établissements et les tribunaux se voient multipliés. Entre le mois de septembre 2014 (effectivité du délai à 12 jours) et le mois de décembre 2014, il a été constaté en moyenne, au niveau national, un accroissement des audiences de 20 % à 25 %, accroissement dû à la réduction du délai. Les psychiatres doivent s'inscrire dans la chaîne administrative en vue de respecter les délais, notamment dans la perspective de saisine du JLD. Intervient en parallèle la transmission du dossier judiciaire et/ou de l'entier dossier médical du patient à un avocat disposant d'un mandat. Les établissements doivent s'organiser en vue de contrôler l'ensemble des pièces du dossier judiciaire qui sera adressé au tribunal, et ce afin de prévenir les risques de mainlevées.

Le défaut de mention de l'existence d'une curatelle au sein de la requête³⁸, le défaut de production de la décision d'admission du directeur d'hôpital³⁹ peuvent par exemple engendrer une mainlevée.

Sera présentement soulignée l'importance du contenu des pièces médicales dans le cadre du contrôle du JLD. Si les conditions posées légalement, s'agissant notamment de la nécessité de poursuivre les soins, n'apparaissent plus requises et justifiées à la lecture des pièces médicales, le magistrat lèvera la mesure de soins sans consentement. La recherche du consentement de la personne doit apparaître au sein des pièces médicales, car l'incapacité à consentir ne se présume pas. Le recours à une mesure de soins sans consentement doit être médicalement démontré, au-

³⁸ TGI de VERSAILLES, ordonnance du 11 septembre 2014.

³⁹ Cour d'appel de VERSAILLES, 23 août 2014.

delà des retranscriptions textuelles légales obligatoires⁴⁰. Le risque grave d'atteinte à l'intégrité physique du malade dans le cadre du recours à une procédure d'admission à la demande d'un tiers en urgence doit être caractérisé⁴¹.

De même, il ne s'agit pas de viser une atteinte à la sûreté encore avérée, pour une personne ayant été admise en soins à la demande du représentant de l'État, mais de l'explicitier, sinon l'écrit apparaît insuffisant pour un magistrat. Si l'atteinte à la sûreté ou l'état de dangerosité constaté au moment de l'admission a quant à elle cessé, le médecin doit indiquer que les soins sont nécessaires⁴².

Ce défi organisationnel quotidien implique par là même une vigilance relative à la jurisprudence naissante de la judiciarisation des soins psychiatriques.

Le passage devant le JLD

La lecture des débats et des circulaires relatives à la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2001 montre que, si le législateur national a accordé une place importante à l'autorité judiciaire en matière de contrôle des soins sous contrainte, il n'est pas parvenu à trouver la solution miracle pour garantir la liberté individuelle. Les magistrats doivent faire face à un nouveau type de contrôle, notamment avec l'instauration du contrôle de plein droit prévu à l'article L. 3211-12-1 du Code de la santé publique.

La loi a ainsi prévu un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation complète, de manière à répondre aux exigences posées par les décisions du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 et du 9 juin 2011. Dans un État de droit, une personne privée même temporairement de sa liberté d'aller et de venir par une décision administrative doit pouvoir à tout moment demander au juge judiciaire de se prononcer rapidement⁴³ sur le bien-fondé de son enfermement. Conformément à l'article 66 de la Constitution, le juge judiciaire a depuis longtemps été désigné pour traiter des requêtes aux fins de mainlevée. En revanche, le Conseil constitutionnel a estimé que le juge judiciaire devait se prononcer régulièrement, y compris lorsqu'il n'était pas saisi par le patient ou par l'un des proches de celui-ci.

Le JLD doit en principe se rendre dans l'établissement de santé pour statuer sur ces mesures (loi de 2013). L'article L. 3211-12-1 du Code de la santé publique prévoit les situations pour lesquelles le JLD doit être saisi et doit statuer. Ce contrôle systématique s'applique à toutes les mesures d'hospitalisation complète continue, ainsi qu'aux décisions les renouvelant, avant l'expiration du 12^e jour d'hospitalisation complète continue, à compter de la décision initiale d'admission en soins psychiatriques ou de la décision modifiant la forme de prise en charge de la personne et procédant à son hospitalisation complète, puis avant l'expiration d'un délai de six mois continus à compter soit de toute décision judiciaire prononçant l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du Code de procédure pénale, soit de toute décision prise par le JLD, lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis cette décision. En cas d'admission en soins psychiatriques sans consentement ordonnée directement par la juridiction pénale, le premier contrôle a lieu dans les 6 mois de cette décision judiciaire, puis est renouvelé tous les 6 mois.

⁴⁰ Par exemple, pour les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en urgence, il convient de retranscrire textuellement au sein du certificat médical les termes légaux suivants : « Il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade » - Article L. 3212-3 du CSP.

⁴¹ Mainlevée au motif que le risque grave pour l'intégrité de la patiente n'était pas caractérisé. TGI d'AMIENS, Ordonnance du 7 juillet 2012.

⁴² Cour d'appel de PARIS, ordonnance du 19 février 2013 : mainlevée d'une mesure de SDRE par l'absence de précision relative à la nécessité de poursuivre les soins.

⁴³ Pour se conformer à la jurisprudence de la CEDH, l'article R. 3211-16 du Code de la santé publique précise la notion de « bref délai » inscrite dans la loi, prévoit que le JLD doit statuer dans les 12 jours suivant sa saisine et que ce délai peut être porté à 25 jours si une expertise est demandée.

Hormis ces échéances, le JLD peut, à tout moment, se saisir d'office ou répondre à une requête aux fins de mainlevée de la mesure de soins psychiatriques formulée par l'une des personnes énumérées à l'article L. 3211-12, parmi lesquelles : la personne faisant l'objet des soins, son conjoint, son concubin, les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure, la personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle, le procureur de la République, etc.

Le JLD ordonne ou constate, selon les cas, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète sur la base de certificats ou avis médicaux.

Les fonctions du JLD ont considérablement évolué avec la loi du 5 juillet 2011. Le renforcement de son rôle a été imposé, en cours de débat parlementaire, tant par le Conseil constitutionnel que par la Cour européenne des droits de l'homme. Cela explique sans doute l'abondance des circulaires (10, 17) visant à prévenir tout risque de mauvaise interprétation du texte, mais surtout de mainlevée automatique des mesures pour non-respect des multiples délais. La complexité du dualisme juridictionnel français au cœur du contrôle de l'hospitalisation sous contrainte avait été dénoncée par la Cour européenne des droits de l'homme⁴⁴ qui exigeait que la France se dote de recours plus performants.

Selon la Cour européenne, l'un des moyens de limiter le risque d'arbitraire est de prévoir l'intervention de l'autorité judiciaire à chaque fois que l'administration risque de porter atteinte aux libertés. Cette intervention n'a pas à être préventive, mais elle doit être rapide, efficace et pertinente. C'est particulièrement le cas en matière de soins psychiatriques, pour lesquels la possibilité de saisir une juridiction est une condition *sine qua non* de conventionalité de la procédure⁴⁵. Cela suppose donc la possibilité d'engager une procédure judiciaire à divers moments, au besoin à plusieurs reprises et aussi souvent que nécessaire⁴⁶. Le droit de contester les décisions prises à l'encontre des patients était déjà une préoccupation en 1838. La loi prévoyait les modalités de saisine du juge judiciaire (14)⁴⁷. Désormais, l'article L. 3216-1 du Code de la santé publique attribue à la juridiction judiciaire l'intégralité du contentieux, mettant ainsi fin à une séparation « historique » des recours. Concrètement, les magistrats judiciaires contrôlent désormais le respect de règles de droit administratif dans un souci de « bonne administration de la justice ». Ils règlent, depuis le 1^{er} janvier 2013, le contentieux de la légalité des décisions administratives (police et service public), mais aussi les recours en plein contentieux visant à obtenir le versement de dommages et intérêts lorsque la responsabilité de la puissance publique sera engagée. La procédure « classique » relative aux requêtes de demande de mainlevée a été adaptée par le décret du 18 juillet 2011 (5) afin d'offrir le maximum de garanties au requérant en particulier, y compris lorsque celui-ci n'est pas hospitalisé.

L'hospitalisation complète sans consentement est incontestablement une mesure attentatoire aux libertés individuelles. En conséquence, l'article L. 3211-12-1 organise un examen systématique de toutes les décisions individuelles d'hospitalisation complète, mais pas des programmes de soins. Le législateur a tenu à opérer une distinction entre les mesures privatives et limitatives de libertés. Seules les plus attentatoires seront automatiquement déférées au JLD, les autres mesures relevant du domaine des recours facultatifs de droit commun. L'objectif est de s'assurer *a posteriori*

⁴⁴ CEDH, 18 nov. 2010, 35935/03, Baudouin c/ France : JCP A 2010, act. 897 ; JCP G 2011, note 189, K. Grabarczyk ; AJP 2011, n° 3, p. 144

⁴⁵ CEDH, 24 oct. 1979, Winterwerp : (art. 5, § 3) « droit pour une personne privée de liberté à être aussitôt traduite devant un juge, d'être jugée dans un délai raisonnable ou libérée pendant la procédure ».

⁴⁶ CEDH, 2 sept. 2010, n° 1137/04, Shopov c/ Bulgarie (art. 8), si la procédure est suffisamment organisée par une « loi », le patient doit pouvoir disposer d'un contrôle judiciaire à intervalles réguliers permettant de faire respecter l'équilibre entre la liberté individuelle et la défense de l'intérêt collectif. Le juge européen sanctionne l'usage disproportionné de la force, en particulier lorsqu'elle est justifiée par des finalités non médicales (CEDH, 26 mai 2011, n° 19868/08, Duval c/ France : condamnation pour traitement inhumain et dégradant).

⁴⁷ L. 1838, art. 29 : « Toute personne placée ou retenue dans un établissement d'aliénés, son tuteur, si elle est mineure, son curateur, tout parent ou ami, pourront, à quelque époque que ce soit, se pourvoir devant le tribunal du lieu de la situation de l'établissement, qui, après les vérifications nécessaires, ordonnera, s'il y a lieu, la sortie immédiate ».

que la mesure est indispensable. Par conséquent, dans les 12 jours qui suivent la décision d'hospitalisation sous contrainte, mais aussi tous les six mois lorsqu'elle est renouvelée, le juge judiciaire devra « valider » le choix de l'administration.

Cet examen régulier suppose donc l'organisation d'un rétro-calendrier permettant de pouvoir trancher en toute connaissance de cause, en disposant en temps utile d'une information de qualité. Ainsi, le juge doit être saisi par l'autorité à l'origine de la décision et disposer d'un dossier complet afin de pouvoir organiser l'audience. À noter que le préfet ne dispose pas de l'ensemble des pièces, c'est donc le directeur de l'établissement qui sera chargé de transmettre les pièces, souvent sous forme dématérialisée, au juge⁴⁸. Deux types de documents sont utiles : ceux pour programmer la tenue de l'audience (état du patient en vue de son audition), et ceux permettant de trancher le litige (état de santé du patient au plus près de l'audience). Chaque série de documents peut être accompagnée d'avis médicaux, dont le contenu et la légalité devront être vérifiés. C'est ainsi que, pour prendre sa décision à propos d'un patient contraint, le juge disposera des certificats de 24 heures, de 72 heures, de l'avis dit de huitaine. Ce dernier avis est plus qu'un simple certificat puisque le législateur a prévu qu'il se prononce expressément sur la nécessité du maintien de l'hospitalisation, rendant un éventuel recours à l'expertise moins nécessaire.

Lorsqu'il statue, le JLD ne peut prononcer que le maintien de la mesure ou sa mainlevée immédiate. Il n'est pas autorisé à modifier les modalités de la prise en charge. Tout au plus peut-il assortir sa décision d'un délai de 24 heures permettant à chacun d'en tirer les conséquences, au besoin en élaborant un programme de soins adapté. La légalité dudit programme pourra être examinée ultérieurement dans le cadre d'un recours facultatif. Rappelons qu'il juge en droit, non en opportunité, et qu'il ne dispose pas de la légitimité suffisante pour déterminer le contenu d'un soin. Compte tenu des spécificités de ces contentieux, la loi prévoit que le ministère public puisse assortir son appel d'une demande d'effet suspensif⁴⁹.

Reste un dernier cas pour lequel « l'arbitrage » du JLD est nécessaire. C'est lorsqu'un psychiatre estime que l'état de santé du patient a suffisamment évolué pour justifier une levée de l'hospitalisation complète, mais que le préfet s'y oppose en invoquant un risque à l'ordre public⁵⁰. Dans ce cas, après un second avis psychiatrique contraire au premier, le chef d'établissement se doit de saisir le juge.

2. Les éléments jurisprudentiels à prendre en compte

Une bonne connaissance de la jurisprudence constitue de toute évidence un élément important pour sécuriser les pratiques professionnelles. Il apparaît évidemment incontournable de suivre son évolution, et de procéder à des ajustements institutionnels en conséquence.

À titre d'exemple, concernant les modalités de recours aux soins psychiatriques à la demande d'un tiers, l'établissement doit être à même de justifier le choix de la procédure dite du « péril imminent », par défaut à celle de la procédure classique d'admission à la demande d'un tiers avec tiers. Une mainlevée fut prononcée dans une espèce où l'établissement n'a pas été en mesure d'attester de l'accomplissement des formalités de recherches de tiers, et ainsi le recours à cette procédure d'exception⁵¹. Le fait de parvenir à contacter un proche ne modifie pas la mesure et ne transforme pas ce proche en tiers. Cela permet uniquement à ce dernier de saisir le juge des libertés et de la détention s'il estime que la contrainte est injustifiée. Il s'agira alors souvent de faire constater qu'au moment de l'hospitalisation, le patient n'était pas en situation de péril imminent,

⁴⁸ Ann. 1 de la circulaire du Garde des Sceaux sur la protection des échanges.

⁴⁹ C. Santé publ., art. L. 3211-12-4, al. 3.

⁵⁰ C. Santé publ., art. L. 3213-5.

⁵¹ Cour d'appel de VERSAILLES, ordonnance du 12 août 2014 : mainlevée d'une mesure de SDT en péril imminent au motif que l'établissement ne « justifie pas avoir, lors de l'admission, puis dans le délai de 24 heures, tenté de prendre attache avec un membre de la famille de Mme X. ou un de ses proches ou s'être heurté à des difficultés voire une impossibilité de contacter la famille (...) ».

autrement dit qu'il n'existait aucun risque pour sa vie à très court délai. Cette obligation de transparence à la charge de l'établissement n'est pas aisée à satisfaire. Elle constitue cependant un élément important de cette procédure d'exception. La Cour de cassation précise qu'il s'agit d'une formalité substantielle dont le non-respect justifiait la mainlevée de la mesure de contrainte⁵² : « Attendu qu'après avoir relevé qu'aucun élément du dossier de la patiente ne permettait de retenir que son mari avait été avisé de son hospitalisation en soins psychiatriques pour péril imminent, qu'en l'état du conflit ancien et profond existant entre les deux époux, un tel avis n'aurait pu satisfaire aux exigences de l'article L. 3212-1, II, alinéa 2, du Code de la santé publique et que, dans ces circonstances, le directeur de l'établissement hospitalier aurait dû informer les parents de Mme X., aptes à agir dans l'intérêt de celle-ci ; c'est à bon droit qu'en l'absence de toute information de la famille de l'intéressée, le premier président a ordonné la mainlevée immédiate de la mesure ». Cette affaire est révélatrice des difficultés pratiques rencontrées sur le terrain. À son arrivée, la patiente s'était vu retirer son téléphone portable et n'avait donc pu contacter ses parents, qu'elle estimait être aptes à agir dans son intérêt⁵³. Cette pratique banale est non seulement juridiquement critiquable, si non justifiée par une prescription médicale, mais elle est attentatoire aux droits fondamentaux du patient. Pour le juge judiciaire, le directeur a une obligation de moyens l'obligeant à repenser l'organisation de ses services et à tout faire pour contacter un proche bienveillant. Afin de satisfaire à cette obligation, il est important de rencontrer très rapidement le patient et, si son état le permet, de lui demander de fournir les coordonnées de la personne qu'il souhaite prévenir. Il faut garder à l'esprit que le malade (même incapable de consentir aux soins) est le premier concerné par la mesure et ses suites. Prévenir son conjoint peut avoir des conséquences importantes, surtout si le couple est en instance de divorce. En cherchant un équilibre entre le respect de la personne et la transparence, la loi multiplie les risques d'illégalité et donc de contentieux.

La loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 (1) prévoit, en vue de contrôler le bien-fondé médical des soins psychiatriques, l'établissement de certificats et avis. La question de la recherche du consentement doit être posée à chaque évaluation médicale (que cette évaluation découle de la rédaction de pièces médicales exigées par la loi ou qu'elle ait lieu dans d'autres temporalités). À titre d'illustration, par ordonnance, le juge des référés a enjoint l'équipe soignante du CHS de Rennes à ne pas augmenter la dose de médicaments qu'elle prévoyait d'injecter régulièrement et sans limitation de durée à une patiente⁵⁴. S'il estime qu'il ne relève pas de sa compétence de se prononcer sur le principe ou les modalités d'une hospitalisation complète, le magistrat rennais a, en revanche, considéré qu'une prescription médicamenteuse lourde et non consentie constituait une décision manifestement illégale portant directement atteinte aux droits fondamentaux du malade. Il ne permet aux soignants d'y recourir qu'en cas de « situation extrême mettant en jeu le pronostic vital ». Cette injonction vient nourrir le débat sur la prise en charge des malades psychiatriques et sur les limites du contrôle juridictionnel. Qu'est-ce qu'une mauvaise prescription médicale ? Le Conseil d'État⁵⁵, quant à lui, décline sa compétence pour contrôler non seulement le bien-fondé des mesures de soins psychiatriques sous contrainte (à la demande d'un tiers ou du représentant de l'État), mais également la nécessité des décisions individuelles des médecins durant la prise en charge. Cette lecture extensive de la loi de juillet 2011 conduit à renvoyer au juge judiciaire la lourde tâche d'examiner la légalité d'une grande variété d'actes administratifs unilatéraux. Si la position du Conseil d'État n'évolue pas, les juges des libertés et de la détention vont devoir considérablement élargir le champ de leur contrôle, et ceci dans des conditions d'urgence peu propices à une bonne justice. Cette tâche est d'autant plus ardue que la technique du programme de soins est encore bien fragile.

⁵² Cour de Cassation, 1^{re} Civ, 18 décembre 2014, n°13-26816.

⁵³ CA de DOUAI, 26 septembre 2013, n° 13/00050.

⁵⁴ TA RENNES, 18 juin 2012, n° 1202373, Madame A c/ CHS Guillaume Régnier, JCP adm. 2012, 2321, note PÉCHILLON.

⁵⁵ CE, 16 juill. 2012, n° 360793, Centre hospitalier spécialisé Guillaume Régnier, JCP adm., 2013, 2168, note PECHILLON.

3. Contenu des différentes pièces

Code de la santé publique : article L. 3211-2, article L. 3212-1, article L. 3212-3, article L. 3213-1, article L. 3211-2-2, article R. 3211-24, article R. 3211-12, article L. 3211-11, article L. 3212-7, article L. 3213-3, article L. 3212-7, article L. 3211-2-1, article R. 3211-1, article L. 3219-9, article R. 3213-3.

L'article L. 3211-2 du Code la santé publique pose le principe des soins psychiatriques libres.

« Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet. »

La mesure de soins sans consentement – mesure privative de liberté – doit être nécessaire, adaptée et proportionnée.

La loi du 05 juillet 2011 (1) prévoit, en vue de contrôler le bien-fondé médical des soins psychiatriques, l'établissement de certificats et avis. La question de la recherche du consentement doit être posée à chaque évaluation médicale (que cette évaluation découle de la rédaction de pièces médicales exigées par la loi ou qu'elle ait lieu dans d'autres temporalités).

Les éléments rédactionnels contenus au sein des pièces médicales font l'objet d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention, qui veille au respect des droits des patients s'assurant de la recherche permanente du consentement.

Cette présente note a ainsi pour objet de présenter et analyser le cadre légal du contenu des pièces médicales.

I - Sur le fond

L'admission en soins libres demeure le principe dans la prise en charge des personnes souffrant de troubles mentaux. Dès lors, les certificats et avis médicaux établis dans le respect des dispositions légales et réglementaires doivent indiquer la NÉCESSITÉ de dispenser les soins dans le cadre d'une mesure contrainte.

La recherche du consentement de la personne doit apparaître dans les certificats et avis médicaux s'agissant des personnes prises en charge en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

A - Certificats médicaux d'admission : la MOTIVATION des certificats médicaux est fonction du mode de soins sans consentement

Soins à la demande d'un tiers - SDT

Les conditions de fond, cumulatives, sont précisées à l'article L. 3212-1 du CSP :

« I.- Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

1° Ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;

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

Il convient de préciser que les troubles mentaux rendent impossible le consentement de la personne dont l'état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante.

Le législateur ne cesse de préciser le caractère CIRCONSTANCIÉ du certificat médical.

L'article L.3212-1 du CSP précise que le médecin auteur du certificat initial d'admission « *constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins* ».

« Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade ; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade. Les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins. »

Le juge des libertés et de la détention peut contrôler le bien-fondé de la mesure de privation de liberté, et lever ladite mesure en considérant que les conditions de fond ne sont pas (ou plus) réunies.

Dans la perspective du contrôle du magistrat, il convient ainsi d'explicitier en quoi la mesure de privation de liberté, qui constitue une atteinte grave, est justifiée pour la personne.

Il convient ainsi, pour cette procédure, dans le deuxième certificat médical qui peut être établi par un psychiatre de l'établissement, de :

- préciser que les troubles mentaux rendent impossible le consentement de la personne dont l'état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ;
- circonstancier le certificat qui doit constater l'état mental de la personne, indiquer les caractéristiques de sa maladie « qui impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale » en phase d'observation et de soins initiale ;
- expliciter la nécessité de la mesure de soins sans consentement.

Soins à la demande d'un tiers en péril imminent – SDTI

Cette procédure constitue la première procédure d'exception, lorsque les conditions de fond de la mesure de SDT sont réunies ET qu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers.

L'article L. 3212-1 dispose, sur ce point :

« (...) lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande dans les conditions prévues au 1° du présent II et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne, dûment constaté par un certificat médical établi dans les conditions prévues au troisième alinéa du même 1°. Ce certificat constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade ; il ne peut en outre être parent ou allié, jusqu'au quatrième degré inclusivement, ni avec le directeur de cet établissement ni avec la personne malade (...) ».

Il convient de justifier dans le certificat médical initial du recours à cette procédure exceptionnelle, et notamment de :

- l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient puisqu'il est fait état de « *péril imminent* ». Il convient, pour le médecin auteur du certificat médical et extérieur à l'établissement, de préciser textuellement la notion de péril imminent, et de démontrer le péril. Le recours à cette procédure d'exception ne doit pas relever d'une commodité : l'état de péril

imminent ne doit pas être confondu avec la situation juridico-administrative du patient hospitalisé sans tiers ;

- la réunion des deux conditions de fond requises : les troubles mentaux rendent impossible le consentement de la personne dont l'état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante ;
- l'impossibilité d'obtenir une demande de tiers (pas de famille, ou refus des tiers contactés, ou conflit d'ordre familial (procédure de divorce en cours), etc.) : ce point doit être visé dans le dossier du patient, concernant ainsi la sphère administrative.

En outre, le certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas au sein de l'établissement d'accueil doit être CIRCONSTANCIÉ : le médecin « *constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins* ».

Soins à la demande d'un tiers en urgence – SDTU

Cette procédure (anciennement dénommée « péril imminent ») constitue pour le législateur une deuxième exception.

Les conditions de fond sont visées à l'article L. 3212-3 du CSP :

« En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 peut, à titre exceptionnel, prononcer à la demande d'un tiers l'admission en soins psychiatriques d'une personne malade au vu d'un seul certificat médical émanant, le cas échéant, d'un médecin exerçant dans l'établissement. »

Il convient ainsi de :

- justifier du recours à cette procédure exceptionnelle, du caractère de l'urgence (impliquant au sens de la loi une admission le jour même de la rédaction du certificat médical) ;
- retranscrire textuellement les mentions légales visées à l'article L. 3212-3 : « *il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade* », et de l'explicitier ;
- justifier de la réunion des deux conditions de fond requises : les troubles mentaux rendent impossible le consentement de la personne dont l'état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante.

En outre, le certificat médical doit être CIRCONSTANCIÉ : le médecin « *constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins* ».

Soins à la demande du représentant de l'État - SDRE

Les conditions de fond de cette mesure sont précisées à l'article L. 3213-1 du CSP :

« I.- Le représentant de l'État dans le département prononce par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, l'admission en soins psychiatriques des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. Ils désignent l'établissement mentionné à l'article L. 3222-1 qui assure la prise en charge de la personne malade (...) ».

Ce mode de soins renvoie à la notion de trouble à l'ordre public.

Le patient peut être en état de consentir, mais la question du consentement ne se pose pas pour les SDRE.

La motivation sera celle de soins NÉCESSAIRES compte tenu de l'existence de troubles mentaux susceptibles de troubler l'ordre public.

Si le patient n'est pas en état de consentir, il est préférable de l'écrire dans le certificat médical.

Il convient ainsi de :

- exposer les éléments de faits qui permettront au préfet de considérer qu'il existe un trouble à l'ordre public ;
- indiquer en quoi les troubles mentaux nécessitent des soins ;
- présenter les éléments de faits justifiant le recours à cette mesure privative de liberté ;
- préciser que les soins sont nécessaires : le terme « NÉCESSAIRE » est fondamental, puisqu'il va conditionner la légalité de l'arrêté préfectoral.

En outre, le certificat médical doit être CIRCONSTANCIÉ : le médecin « *constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins* ».

B – Le certificat médical de 24 heures

SDT - SDRE - Article L. 3211-2-2

Cet article dispose :

« Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

*Dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit **un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou L. 3213-1**. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.*

Dans les 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat mentionné au troisième alinéa du présent article la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux. »

Dans l'optique de maintenir la mesure et les soins :

Il convient ainsi de :

- rappeler, pour les SDT, l'impossibilité de recueillir le consentement du patient, et expliciter la nécessité de poursuivre la mesure de soins sans consentement. L'absence de consentement ne peut être présumée. Aussi est-il impératif, dans le cadre du contrôle de légalité du juge, de rappeler cet aspect ;
- confirmer, pour les SDRE, la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sans consentement, et écrire textuellement que les soins sont NÉCESSAIRES. À noter que s'il ne s'agit pas d'une condition de prise en charge d'une personne en SDRE, il peut être utile d'indiquer si le patient n'est pas en mesure de consentir aux soins. Si elle existe, l'incapacité à consentir d'un patient en SDRE doit être argumentée et retracée dans chaque certificat.

C – Le certificat médical de 72 heures

L'article L. 3211-2-2 du Code de la santé publique dispose :

« Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

*Dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux **articles L. 3212-1 ou L. 3213-1**. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.*

Dans les 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat mentionné au troisième alinéa du présent article la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux. »

Le certificat médical de 72 heures a vocation à vérifier si les conditions ayant fondé l'admission en SDT ou SDRE sont encore remplies **ET** à proposer la forme de la prise en charge la plus adaptée à l'état de santé du patient.

Cette pièce médicale a ainsi une double vocation, et son contenu doit se décliner en deux temps, en vue de respecter les préconisations légales.

Il est à noter que si le directeur, pour les SDT, a une compétence liée (il doit suivre la proposition du psychiatre), le préfet peut solliciter un deuxième avis.

C'est en ce sens qu'il importe d'explicitier le choix de la forme de prise en charge proposée.

Il convient ainsi de :

- vérifier ET préciser si les conditions ayant fondé l'admission en SDT ou SDRE sont toujours réunies ;
- émettre, dans un deuxième temps, une proposition explicitée sur la forme de la prise en charge proposée.

NB : Pour mémoire, les auteurs des certificats médicaux d'admission, de 24 heures et de 72 heures, se déclinent comme suit :

- Pour les SDT « classiques » :

- certificat d'admission ;
- premier certificat médical : médecin A (médecin extérieur à l'établissement d'accueil) ;
- deuxième certificat médical : médecin B (médecin extérieur OU médecin de l'établissement d'accueil) ;
- certificat de 24 heures : psychiatre C (psychiatre de l'établissement d'accueil) ;
- certificat de 72 heures : psychiatre D (psychiatre de l'établissement d'accueil, qui peut également être le psychiatre C auteur du 24 heures).

- Pour les SDT en péril imminent :

- certificat d'admission : médecin A (médecin extérieur) ;
- certificat de 24 heures : psychiatre B (psychiatre de l'établissement d'accueil) ;
- certificat de 72 heures : psychiatre C (psychiatre de l'établissement d'accueil).

- Pour les SDT en procédure d'urgence :

- certificat d'admission : médecin A (médecin extérieur ou de l'établissement d'accueil) ;
- certificat de 24 heures : psychiatre B (psychiatre de l'établissement d'accueil) ;
- certificat de 72 heures : psychiatre C (psychiatre de l'établissement d'accueil).

- Pour les SDRE :

- certificat d'admission : médecin A (médecin extérieur ou de l'établissement d'accueil, sauf psychiatre de l'établissement d'accueil) ;
- certificat de 24 heures : psychiatre B ;
- certificat de 72 heures : psychiatre B.

D - Examen somatique complet

L'examen somatique complet est cité à l'article L. 3211-2-2 du Code de la santé publique, qui dispose :

« Lorsqu'une personne est admise en soins psychiatriques en application des chapitres II ou III du présent titre, elle fait l'objet d'une période d'observation et de soins initiale sous la forme d'une hospitalisation complète.

Dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques au regard des conditions d'admission définies aux articles L. 3212-1 ou L. 3213-1. Ce psychiatre ne peut être l'auteur du certificat médical ou d'un des deux certificats médicaux sur la base desquels la décision d'admission a été prononcée.

Dans les 72 heures suivant l'admission, un nouveau certificat médical est établi dans les mêmes conditions que celles prévues au deuxième alinéa du présent article.

Lorsque les deux certificats médicaux ont conclu à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, le psychiatre propose dans le certificat mentionné au troisième alinéa du présent article la forme de la prise en charge mentionnée aux 1° et 2° du I de l'article L. 3211-2-1 et, le cas échéant, le programme de soins. Cette proposition est motivée au regard de l'état de santé du patient et de l'expression de ses troubles mentaux. »

La loi n° 2011-803 du 05 juillet 2011 (1) réformée vise, dans l'exigence d'établissement de l'examen somatique complet dans les 24 heures, les soins sous contrainte. La philosophie du législateur est d'exclure toute autre pathologie somatique, pour se concentrer sur la seule pathologie psychiatrique et vérifier que le patient est en état physique de supporter une hospitalisation complète.

Il est à rappeler, présentement, que la circonstance qu'une personne soit admise en SL n'exclut pas, même si le législateur ne l'impose pas, l'examen du patient afin d'exclure toute autre cause somatique : il s'agit d'une obligation de moyens. La question doit être posée autrement pour les patients en SL, puisque le défaut d'examen peut engager la responsabilité de l'établissement personne morale, voire du médecin personne physique. Les examens somatiques doivent d'ailleurs être régulièrement effectués tout au long de l'hospitalisation et retracés dans le dossier médical du patient.

Le contenu de l'examen somatique a, quant à lui, été précisé par le ministère de la Santé en référence aux « Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux » émises en 2005 par la HAS (31).

Ainsi, « il doit **au moins** comporter la mesure des paramètres suivants :

- vigilance ;
- pression artérielle ;
- pouls ;
- température ;
- fréquence respiratoire ;
- glycémie capillaire.

En cas d'agitation, la mesure de la SpO2 (oxymétrie de pouls) est recommandée dès que possible.

Il convient ainsi :

- de s'assurer de l'effectivité de la réalisation d'un examen somatique complet en sa réalisation, et non seulement acter de l'existence d'un examen, effectué par exemple par le service des urgences (obligation de moyens susceptible d'engager la responsabilité de l'établissement, voire la responsabilité personnelle des soignants). »

E - Avis motivé

Le nouvel article R. 3211-24 du Code de la santé publique apporte des précisions relatives au contenu de l'avis motivé établi par le psychiatre référent, à l'attention du juge des libertés et de la détention. Cet avis motivé, dernier document de nature médicale prévu par la réglementation, représente **un élément clé** à destination du juge, permettant à ce dernier de comprendre en quoi la mesure privative de liberté est justifiée au regard de l'état de santé du patient.

Cet article dispose :

*« La saisine est accompagnée des pièces prévues à l'article R. 3211-12 ainsi que de l'avis motivé prévu au II de l'article L. 3211-12-1. **Cet avis décrit avec précision les manifestations des troubles mentaux dont est atteinte la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques et les circonstances particulières qui, toutes deux, rendent nécessaire la poursuite de l'hospitalisation complète au regard des conditions posées par les articles L. 3212-1 et L. 3213-1.***

Cet avis indique, le cas échéant, si des motifs médicaux font obstacle à l'audition de la personne qui fait l'objet de soins psychiatriques. »

Il convient ainsi :

- de suivre scrupuleusement ces précisions réglementaires, issues du décret n° 2014-897 du 15 août 2014 (7).

À défaut, le juge pourrait prononcer une mainlevée, dans le cadre du contrôle de légalité, en considérant que les dispositions réglementaires ne sont pas respectées en ce que l'avis n'est pas motivé au sens de l'article R. 3211-24 du CSP.

F - Audience du JLD - Avis précisant les motifs faisant obstacle à l'audition du patient

L'article R. 3211-12 du Code de la santé publique dispose, sur ce point :

« Sont communiqués au juge des libertés et de la détention afin qu'il statue :

« 1° quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, une copie de la décision d'admission motivée et, le cas échéant, une copie de la

décision la plus récente ayant maintenu la mesure de soins, les nom, prénoms et adresse du tiers qui a demandé l'admission en soins ainsi qu'une copie de sa demande d'admission ;

« 2° quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par le préfet, une copie de l'arrêté d'admission en soins psychiatriques et, le cas échéant, une copie de l'arrêté le plus récent ayant maintenu la mesure de soins ;

« 3° quand l'admission en soins psychiatriques a été ordonnée par une juridiction, une copie de la décision et de l'expertise mentionnées à l'article 706-135 du code de procédure pénale ;

« 4° une copie des certificats et avis médicaux prévus aux chapitres II à IV du titre Ier du livre II de la troisième partie de la partie législative du présent code, au vu desquels la mesure de soins a été décidée et de tout autre certificat ou avis médical utile, dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ;

« 5° le cas échéant :

« a) l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9,

« b) l'avis d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins, indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacle à son audition.

« Le juge peut solliciter la communication de tous autres éléments utiles. »

Il convient ainsi :

- de veiller à ce que l'avis indiquant les motifs médicaux qui feraient obstacle à l'audition du patient soit établi par un psychiatre ne participant pas à la prise en charge de la personne qui fait l'objet de soins.

G - Certificats et avis médicaux mensuels

Quelle que soit l'origine de la mesure de contrainte, le législateur impose que le patient fasse l'objet d'une évaluation médicale régulière. Cette évaluation donne lieu à la rédaction d'un certificat attestant que le patient a effectivement rencontré un psychiatre et que ce dernier s'est interrogé sur l'opportunité de poursuivre la mesure de contrainte sans la modifier. Seules des circonstances exceptionnelles, comme une sortie sans autorisation ou un patient en crise placé en chambre d'isolement, peuvent permettre de se satisfaire d'un simple avis médical. En procédant de la sorte, le législateur renforce les droits des personnes prises en charge durant de longues périodes. Les modalités de rédaction de ce document varient en fonction de l'origine de la mesure de placement. Lorsque la personne a été admise par une décision du directeur d'établissement, un psychiatre de l'établissement d'accueil, pas nécessairement le même que celui qui a rédigé le certificat des 72 heures, doit établir « un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade [...] demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle » (article L. 3212-7 CSP). Dans ce cas, le législateur impose que le psychiatre rencontre le patient dans les trois jours qui précèdent la fin de la mesure. Afin de limiter les risques d'internement abusif, le Code de la santé ne permet au directeur de prononcer que des mesures de contrainte d'une durée d'un mois. Aussi chaque prolongation doit-elle être précédée d'une visite médicale au plus près de la décision du directeur. Le psychiatre devra donc constater que la personne est toujours incapable de consentir aux soins, que son état mental impose des soins immédiats et qu'il n'est pas possible d'envisager une contrainte moins importante.

En revanche, lorsque le patient a été adressé à l'hôpital du fait d'un comportement susceptible de troubler l'ordre public, le certificat médical mensuel est soumis à une autre procédure (art. L. 3213-3-I CSP). La loi impose également que le patient fasse l'objet d'une évaluation régulière, mais celle-ci ne doit pas nécessairement avoir lieu dans les trois jours qui précèdent la fin du mois. L'article L. 3213-4 dispose en effet que le préfet pourra prolonger la mesure de contrainte une première fois pour une durée de trois mois, puis ensuite pour des durées de six mois renouvelables, en se fondant sur la transmission régulière de certificats médicaux rédigés dans le courant du mois. L'idéal est bien sûr que ceux-ci soient remplis dans la dernière semaine du mois. En revanche, les prolongations de la contrainte doivent être prononcées dans les trois jours qui précèdent la fin de la mesure en cours. Le préfet est tenu de motiver très précisément ces décisions individuelles portant atteinte aux libertés de la personne malade. Son argumentation reposera en grande partie sur le contenu des informations d'origine médicale qui lui auront été régulièrement transmises par l'établissement de santé.

L'article L. 3211-11 vient préciser la **différence entre un certificat médical et un avis médical** :

« Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.

*Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. **Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne.** »*

- Pour les SDT

Article L. 3212-7 :

« À l'issue de la première période de soins psychiatriques prononcée en application du deuxième alinéa de l'article L. 3212-4, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour des périodes d'un mois, renouvelables selon les modalités prévues au présent article.

*Dans les 3 derniers jours de chacune des périodes mentionnées au premier alinéa, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. Ce certificat médical précise si la forme de la prise en charge de la personne malade décidée en application de l'article L. 3211-2-2 demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. **Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne malade, le psychiatre de l'établissement d'accueil établit un avis médical sur la base du dossier médical.***

NB : Le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations mentionnés au présent article entraîne la levée de la mesure de soins, rappelle l'article L. 3212-7. »

- Pour les SDRE

Article L. 3213-3 :

« I.- Dans le mois qui suit l'admission en soins psychiatriques décidée en application du présent chapitre ou résultant de la décision mentionnée à l'article 706-135 du Code de procédure pénale et ensuite au moins tous les mois, la personne malade est examinée par un psychiatre de l'établissement d'accueil qui établit un certificat médical circonstancié confirmant ou infirmant, s'il y a lieu, les observations contenues dans les précédents certificats et précisant les caractéristiques

de l'évolution des troubles ayant justifié les soins ou leur disparition. Ce certificat précise si la forme de la prise en charge du malade décidée en application de l'article L. 3211-2-1 du présent Code demeure adaptée et, le cas échéant, en propose une nouvelle. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, le psychiatre de l'établissement établit un avis médical sur la base du dossier médical du patient. »

Dans l'esprit des lois, les certificats et avis mensuels ont pour vocation de vérifier si la mesure de contrainte est justifiée et nécessaire, étant précisé que le psychiatre référent peut, à tout moment, proposer une autre forme de prise en charge, et mettre fin à la mesure privative de liberté.

En ce sens, une évaluation médicale mensuelle est indispensable.

Il convient ainsi de :

- rédiger un avis médical si, et seulement si, il ne peut être procédé à l'examen du patient (en raison de son état d'agitation pour une personne hospitalisée, en raison de sa non-présentation à un rendez-vous en CMP pour un patient en programme de soins, etc.) ;
- mettre en œuvre l'obligation de moyens pour effectuer un examen médical dans les meilleurs délais, sans attendre le prochain examen mensuel (convoquer de nouveau le patient en CMP, par exemple) ;
- préciser textuellement si les soins sans consentement sont toujours **NÉCESSAIRES**, et si la prise en charge proposée est toujours **ADAPTÉE** et **PROPORTIONNÉE** à l'état de santé du patient.

H - L'évaluation médicale approfondie du collègue

L'article L. 3212-7 du Code de la santé publique précise le cadre légal de l'intervention du collègue.

Cet article dispose :

« Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission en soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collègue mentionné à l'article L. 3211-9. Cette évaluation est renouvelée tous les ans. Ce collègue recueille l'avis du patient. En cas d'impossibilité d'examiner le patient à l'échéance prévue en raison de son absence, attestée par le collègue, l'évaluation et le recueil de son avis sont réalisés dès que possible. »

Le contenu de l'évaluation approfondie du collègue ne peut être similaire voire identique aux certificats ou avis médicaux mensuels.

Il convient ainsi :

- de préciser de manière très détaillée le fondement médical de la mesure privative de liberté et la **NÉCESSITÉ** de poursuivre les soins sans consentement.

Il convient de rappeler présentement que la mesure de privation de liberté doit être une mesure **NÉCESSAIRE, ADAPTÉE ET PROPORTIONNÉE**.

I - Programme de soins

Deux articles issus respectivement de la partie législative et de la partie réglementaire du Code de la santé publique viennent nous éclairer quant au contenu du programme de soins.

Ces articles disposent :

- Article L. 3211-2-1

« I.- Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale est dite en soins psychiatriques sans consentement.

La personne est prise en charge :

1° soit sous la forme d'une hospitalisation complète dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du présent Code ;

2° soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile dispensés par un établissement mentionné au même article L. 3222-1 et, le cas échéant, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet effectués dans un établissement mentionné audit article L. 3222-1.

II.- Lorsque les soins prennent la forme prévue au 2° du I, un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié, afin de tenir compte de l'évolution de l'état de santé du patient, que dans les mêmes conditions. **Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation**, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État.

Pour l'établissement et la modification du programme de soins, le psychiatre de l'établissement d'accueil recueille l'avis du patient lors d'un entretien au cours duquel il donne au patient l'information prévue à l'article L. 3211-3 et l'avise des dispositions du III du présent article et de celles de l'article L. 3211-11.

III.- Aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme prévue au 2° du I. »

- Article R. 3211-1

« I.- Le programme de soins prévu à l'article L. 3211-2-1 est établi et modifié par un psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale.

Ce document mentionne l'identité du psychiatre qui l'établit, celle du patient et le lieu de résidence habituel de ce dernier.

II.- Le programme de soins indique si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités suivantes :

1° une hospitalisation à temps partiel ;

2° des soins ambulatoires ;

3° des soins à domicile ;

4° l'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

Il précise, s'il y a lieu, la forme que revêt l'hospitalisation partielle en établissement de santé ou la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés. Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge.

Le programme ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examen complémentaires.

Lorsque le programme inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature ni le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée.

III.- L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications, afin de lui permettre de faire valoir ses observations. Au cours de cet entretien, le psychiatre lui délivre l'information prévue à l'article L. 3211-3 et lui indique en particulier que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé et qu'il peut proposer son hospitalisation complète notamment en cas d'une inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé. La mention de cet entretien est portée sur le programme de soins et au dossier médical du patient.

La modification du programme par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut intervenir à tout moment pour l'adapter à l'état de santé de ce dernier.

Le psychiatre transmet au directeur de l'établissement le programme de soins et les programmes modificatifs lorsqu'ils ont pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient.

Le contenu du programme de soins doit respecter les préconisations légales et réglementaires.

Une simple mention, par exemple, de la compatibilité de l'état de santé du patient avec un programme de soins n'est pas suffisante. »

Le programme de soins ne permet pas d'utiliser la contrainte, à la différence de l'hospitalisation complète. Il est très discutable d'un point de vue légal et pratique de proposer un programme de soins qui préconise de longues périodes d'hospitalisation et des sorties quotidiennes de quelques heures.

Pour certains JLD, de tels programmes sont assimilables à des hospitalisations complètes, supposant la saisine de ce magistrat.

Il convient ainsi de :

- respecter les caractéristiques légales et réglementaires du contenu d'un programme de soins ;
- détailler les soins proposés (types de soins, lieux, périodicité), et non préciser que l'état de santé du patient est compatible avec un programme de soins ;
- veiller à ce que le programme de soins ne comporte pas de longue période d'hospitalisation : la loi fait état de « séjours de courte durée » ;
- veiller à ce que le programme de soins soit ADAPTÉ et PROPORTIONNÉ à l'état de santé du patient, impliquant des évaluations médicales régulières, et *a minima* une fois par mois dans le cadre des certificats ou avis mensuels imposés par la loi.

J - Certificat ou avis médical de réintégration d'un patient en programme de soins

La réintégration d'un patient, qui était en programme de soins, doit être sollicitée par le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient par le biais soit d'un certificat médical soit d'un avis médical.

La pièce médicale (certificat ou avis) constitue ainsi **un préalable nécessaire** avant la réintégration physique du patient.

Dès que le certificat de réintégration est rédigé, une décision du directeur est établie, puisqu'il y a une modification dans la forme de la prise en charge.

Les articles du Code de la santé publique visant ce point sont les suivants :

- Article L. 3211-11

« Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut proposer à tout moment de modifier la forme de la prise en charge mentionnée à l'article L. 3211-2-1 pour tenir compte de l'évolution de l'état de la personne. Il établit en ce sens un certificat médical circonstancié.

Le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, il transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne. »

- Article R. 3211-1

« I.- Le programme de soins prévu à l'article L. 3211-2-1 est établi et modifié par un psychiatre qui participe à la prise en charge de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale.

Ce document mentionne l'identité du psychiatre qui l'établit, celle du patient et le lieu de résidence habituel de ce dernier.

II.- Le programme de soins indique si la prise en charge du patient inclut une ou plusieurs des modalités suivantes :

1° une hospitalisation à temps partiel ;

2° des soins ambulatoires ;

3° des soins à domicile ;

4° l'existence d'un traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques.

Il précise, s'il y a lieu, la forme que revêt l'hospitalisation partielle en établissement de santé ou la fréquence des consultations ou des visites en ambulatoire ou à domicile et, si elle est prévisible, la durée pendant laquelle ces soins sont dispensés. Il mentionne l'ensemble des lieux où se déroulent ces prises en charge.

Le programme ne comporte pas d'indications sur la nature et les manifestations des troubles mentaux dont souffre le patient, ni aucune observation clinique, ni la mention ou les résultats d'examens complémentaires.

Lorsque le programme inclut l'existence d'un traitement médicamenteux, il ne mentionne ni la nature ni le détail de ce traitement, notamment la spécialité, le dosage, la forme galénique, la posologie, la modalité d'administration et la durée.

III.- L'élaboration du programme et ses modifications sont précédées par un entretien au cours duquel le psychiatre recueille l'avis du patient, notamment sur le programme qu'il propose ou ses modifications, afin de lui permettre de faire valoir ses observations. Au cours de cet entretien, le psychiatre lui délivre l'information prévue à l'article L. 3211-3 et lui indique en particulier que **le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé** et qu'il peut proposer son hospitalisation complète notamment en cas d'une inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé. La mention de cet entretien est portée sur le programme de soins et au dossier médical du patient.

La modification du programme par un psychiatre qui participe à la prise en charge du patient peut intervenir à tout moment pour l'adapter à l'état de santé de ce dernier.

Le psychiatre transmet au directeur de l'établissement le programme de soins et les programmes modificatifs lorsqu'ils ont pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient.

Il convient ainsi :

- d'établir un certificat ou avis médical sollicitant la réintégration préalablement à la réintégration « physique » du patient.

K - Certificat médical en cas d'opposition médicale à la suite d'une demande de sortie requise présentée pour une personne admise en SDT

Cette situation est visée à l'article L. 3212-9 qui dispose :

« Le directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure de soins psychiatriques lorsque celle-ci est demandée :

1° par la commission départementale des soins psychiatriques mentionnée à l'article L. 3222-5 ;

2° par une des personnes mentionnées au deuxième alinéa du 2° du II de l'article L. 3212-1.

*Dans le cas mentionné au 2° du présent article, le directeur de l'établissement n'est pas tenu de faire droit à cette demande **lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de 24 heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.** Le directeur de l'établissement informe alors par écrit le demandeur de son refus en lui indiquant les voies de recours prévues à l'article L. 3211-12.*

Dans ce même cas, lorsqu'un certificat médical ou, en cas d'impossibilité d'examiner le patient, un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement datant de moins de 24 heures atteste que l'état mental du patient nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement informe préalablement à la levée de la mesure de soins le représentant de l'État dans le département ou, à Paris, le préfet de police, qui peut prendre la mesure prévue à l'article L. 3213-6. »

Le médecin n'est pas tenu de faire droit à la demande de sortie requise : cette demande n'est plus de droit, étant soumise à avis médical depuis le 1^{er} août 2011.

À la suite de la demande de sortie requise :

- SOIT le médecin n'émet pas d'opposition médicale, et lève la mesure de SDT : il établit un certificat médical en ce sens ;
- SOIT le médecin émet une opposition médicale, et maintient les soins en hospitalisation complète : il établit un certificat médical en ce sens, précisant textuellement que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.

Il convient ainsi de :

- procéder à un examen médical du patient dans les 24 heures suivant la demande manuscrite de sortie requise présentée par un tiers ;
- établir un certificat médical consignait l'avis du médecin à la suite de la demande manuscrite de sortie requise ;
- écrire textuellement, au sein du certificat médical, en cas d'opposition à la demande manuscrite de sortie requise, que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient.

L - Les sorties de l'établissement durant une hospitalisation complète sous contrainte

La loi de 2013 (2) prévoit par ailleurs, dans le cadre d'une hospitalisation complète, la possibilité de sorties de courte durée non accompagnées, qui avait été supprimée par la loi de 2011 (sorties accompagnées d'une durée maximale de 12 heures et sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures) (1). Ces sorties sont accordées après avis favorable du psychiatre. Si une sortie de plus longue durée, non accompagnée, doit intervenir, elle prendra la forme d'un programme de soins et impliquera, pour que la personne soit réintégrée en hospitalisation complète, l'intervention d'une nouvelle décision d'admission en soins sans consentement.

II - Sur la forme

Les certificats médicaux doivent être dactylographiés ; si tel n'est pas le cas, il doit être fait mention sur le certificat de l'impossibilité de dactylographier.

Chaque certificat doit permettre d'identifier clairement son auteur afin de pouvoir vérifier ses liens éventuels avec l'établissement d'accueil du patient.

L'article R. 3213-3 du Code de la santé publique dispose en effet : « *Les certificats et avis médicaux établis en application des dispositions du présent chapitre sont précis et motivés. Ils sont dactylographiés* ».

III - Décisions d'admission du directeur et du préfet

Il semble opportun de rappeler présentement plusieurs informations relatives aux procédures d'admission, au sujet desquelles le juge des libertés et de la détention opère un contrôle de légalité.

Le cadre légal est visé à l'article L. 3211-3 du Code de la santé publique.

Cet article dispose :

« Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles L. 3211-12-5, L. 3212-4, L. 3213-1 et L. 3213-3, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du Code de procédure pénale est informée :

a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ;

b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article L. 3211-12-1.

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit de :

1° communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L. 3222-4 ;

2° saisir la commission prévue à l'article L. 3222-5 et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article L. 1112-3 ;

3° porter à la connaissance du contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;

4° prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

5° émettre ou de recevoir des courriers ;

6° consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

7° exercer son droit de vote ;

8° se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade. »

Il apparaît que :

- les décisions d'admission doivent être **motivées** par des **éléments de faits et de droit** ;
- les décisions d'admission du directeur et du préfet DOIVENT être **notifiées** au patient. Il en est de même pour TOUTES les décisions prises à la suite de l'admission, décisions consécutives à la modification de la forme de la prise en charge : décision de maintien des soins, décisions de levée, décision de poursuites des soins en programme de soins, décision de réintégration, etc. ;
- le patient doit être **informé** de sa situation juridique, de ses droits et des voies de recours et délais dont il dispose ;
- **le patient doit être mis à même de faire valoir ses observations** (respect du principe du contradictoire) : l'acte administratif unilatéral que constitue la décision d'admission est juridiquement une décision faisant grief, défavorable au patient. De ce fait, dans le respect des dispositions de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 (22), le patient doit être mis à même de faire valoir ses observations.

1.2 Analyse réalisée par Lina Williatte

Bref aperçu de l'histoire de la législation française relative aux soins psychiatriques.

1° La loi du 30 juin 1838 (14)

Le système français de traitement psychiatrique trouve sa source dans une loi du 30 juin 1838, dite loi Esquirol. Celle-ci avait posé un certain nombre de règles quant au « placement » en milieu asilaire de ceux que l'on appelait alors les aliénés. Un premier type d'internement, dit « placement ordonné par l'autorité publique » intervenait sur décision du préfet et concernait tout individu « dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes » (L. 30 juin 1838, art. 18).

Le second, appelé « placement volontaire », intervenait sur demande d'un proche du malade, et concernait les individus atteints d'une maladie mentale impliquant « la nécessité de faire traiter la personne désignée dans un établissement d'aliénés, et de l'y tenir renfermée » (L. 30 juin 1838, art. 8, 2°).

La loi de 1838 était une loi d'internement reposant sur le postulat d'une séparation radicale entre l'homme fou et non fou, et donc entre l'enfermement et la liberté. Ainsi, comme le prévoyait l'article 15 de la loi, « toute personne placée dans un établissement d'aliénés cessera d'y être retenue aussitôt que les médecins de l'établissement auront déclaré [...] que la guérison est obtenue ».

Ce système de privation de liberté reposait sur des ressorts essentiellement administratifs dans lesquels le rôle du juge judiciaire était fort réduit. Certes, le texte comprenait des dispositions réprimant l'internement arbitraire et reconnaissait le droit de se pourvoir devant le tribunal de grande instance à toute personne placée ou retenue, ainsi qu'à son tuteur, curateur ou tout parent et ami, dans le but d'obtenir une décision judiciaire de sortie, mais il ne prévoyait pas de contrôle judiciaire systématique.

Cette loi, saluée comme une grande réussite à son adoption, connaissait, au cours des temps, des critiques. Elle était intégrée au Code de la santé publique par un décret du 10 septembre 1956 (D. n° 56-907, 10 sept. 1956, portant révision du Code de la santé publique annexé au décret n° 53-1001 du 5 octobre 1953) et des retouches ponctuelles y étaient apportées à partir des années 1970. Mais surtout, la naissance d'une nouvelle conception de l'intervention et de la pratique psychiatriques, incarnée par la création de la sectorisation psychiatrique, impliquait une réforme de fond qui fut effectivement opérée par une loi de 1990 (L. n° 90-527, 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation).

2° La loi du 27 juin 1990 (3)

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisations, dite « loi Évin », remplace la loi du 30 juin 1838. Bien qu'elle en maintienne l'essentiel de la loi de 1838, elle y adjoint deux principes fondamentaux : celui du consentement du malade et la nécessité du caractère exceptionnel de l'hospitalisation contrainte.

La première est dite : hospitalisation libre, la seconde pérennise le placement ordonné par le préfet.

Par ailleurs, la loi de 1990 évolue en reconnaissant un état intermédiaire entre l'enfermement (la folie) et la liberté (la non-folie). En effet, considérant la nécessité de préparer les personnes dont l'état s'était amélioré à un retour à la vie sociale, la loi de 1990 légalisait la possibilité de prononcer des « sorties à l'essai » dont les malades pouvaient bénéficier « afin de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion sociale » (C. santé publ., art. L. 3211-11 ancien). Le malade y demeurait formellement placé sous un régime d'hospitalisation sans consentement, mais était temporairement autorisé à sortir des locaux.

Bien qu'encadrant avec plus d'efficacité les soins psychiatriques, la loi de 1990 n'a toutefois pas résolu certaines difficultés qui ont été mises en lumière, notamment en 2005.

C'est effectivement dans le rapport remis en 2005 par les Inspections générales des services judiciaires et des affaires sociales qu'est dénoncé un régime procédural peu efficace, flou et n'offrant aucune garantie quant aux droits des patients. Les nombreuses condamnations internationales de la France à ce sujet en témoignent⁵⁶.

Par décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, le Conseil constitutionnel déclare contraires à la Constitution les dispositions de l'article 337 du Code de la santé publique, au motif qu'en prévoyant qu'une hospitalisation sans consentement pouvait être maintenue au-delà de 15 jours sans intervention d'une juridiction de l'ordre judiciaire, elles méconnaissaient les exigences de l'article 66 de la Constitution.

Saisi de deux questions prioritaires de constitutionnalité, le Conseil constitutionnel par une décision du 9 juin 2011, met fin à l'ancienne législation, en déclarant à nouveau contraires à la Constitution les dispositions des articles L. 3213-1 et L. 3213-4 du Code de la santé publique, en ce qu'elles ne prévoyaient pas un contrôle judiciaire suffisant des hospitalisations d'office. C'est dans ce contexte qu'est intervenue la loi du 5 juillet 2011.

La loi du 5 juillet 2011 modifiée par la loi du 27 septembre 2013 est relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de prises en charge.

3° La loi du 5 juillet 2011 (1)

La loi du 5 juillet 2011 (L. n° 2011-803, 5 juill. 2011) relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a pérennisé divers apports de la législation antérieure, tout en introduisant des évolutions substantielles.

Ainsi, elle renforce le principe de liberté des soins psychiatriques en maintenant le principe selon lequel « une personne ne peut sans son consentement ou, le cas échéant, sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques » (C. santé publ., art. L. 3211-1, al. 1^{er}), en y adjoignant même que l'admission en soins psychiatriques libres doit être « privilégiée lorsque l'état de la personne le permet » (C. santé publ., art. L. 3211-2, al. 2).

La loi de 2011 a également maintenu, à titre d'exception à cette règle, les deux cas de soins sous contrainte créés par la loi de 1838 et maintenus en 1990. Ils sont devenus, pour l'un, l'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, et, pour l'autre, l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers.

Enfin, la loi nouvelle a introduit une nouvelle hypothèse d'entrée dans les soins sans consentement en créant l'admission pour péril imminent qui intervient sans trouble à l'ordre public ni tiers demandeur. Ces trois cas d'admission s'ajoutent à celui qu'avait créé une loi du 25 février

⁵⁶ La France était sanctionnée particulièrement en raison du délai excessif dans lequel les tribunaux statuaient en matière de demande de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation d'office CEDH : arrêt du 27 juin 2002, L.R c/France, n°33395/96 pour un délai de 24 jours, CEDH, arrêt du 27 octobre 2005, Mathieu c/France, n°68673/01 pour un délai de quatre mois.

2008 (L. n° 2008-174, 25 févr. 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental) qui permet au juge répressif de prononcer l'admission en soins psychiatriques sans consentement de personnes ayant fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental.

L'évolution notable offerte par la loi de 2011 consiste en un changement substantiel de perspective dans le rapport que le malade entretient avec l'institution soignante. En effet, alors que la loi de 1838 portait sur le placement à l'asile et celle de 1990 sur l'hospitalisation, la loi de 2011 détache la psychiatrie de l'hôpital en prévoyant que, à présent, ce sont les soins qui sont ordonnés, et non l'internement dans un lieu de soins en tant que tel.

4° La loi du 27 septembre 2013 (2)

À la suite de l'entrée en vigueur de la loi de 2011, diverses critiques remontaient du terrain dans un rapport parlementaire d'information (S. Blisko et G. Lefranc, Rapport parlementaire 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 : doc. AN n° 4402, 22 févr. 2012). Parallèlement, un contentieux relatif aux décrets d'application de la loi de 2011 amenait une saisine du Conseil constitutionnel sur QPC qui rendait une décision de censure partielle de la loi (Cons. const., 20 avr. 2012, n° 2012-235 QPC, CRPA : JCP A 2012, 2230, E. Péchillon ; Dr. famille 2012, comm. 128, I. Maria ; Rec., p. 202 ; AJDA 2012, p. 855 ; Médecine et droit 2012, p. 117, comm. C. Jonas). Tenant compte de ces éléments, le législateur, par une loi du 27 septembre 2013, retouchait et toilettait certaines dispositions de la loi de 2011 (L. n° 2013-869, 27 sept. 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. – V. S. Théron, La loi du 27 septembre 2013 : une révision partielle du régime des soins psychiatriques : RD sanit. soc. 2014, p. 133). Parmi ces modifications, certaines sont relatives aux droits des patients, d'autres aux modalités d'interventions juge et d'autres au déroulement de l'instance.⁵⁷

Les procédures encadrant les soins psychiatriques sans consentement sont prévues par les dispositions des articles L. 3211-1 et suivants du Code de la santé publique.

Elles se divisent en deux grandes catégories :

- les soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent ;
- les soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État.

Ces deux catégories de procédures ne doivent pas être confondues. Elles sont applicables face à des situations différentes (Partie 1). Néanmoins, une fois admises, ces mesures répondent à un régime de procédure analogue (Partie 2).

⁵⁷ Il faut noter également l'entrée en vigueur du décret n° 2016-94 du 1^{er} février 2016 (J.O. du 3) portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (8)

Partie 1 : L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent et sur décision du représentant de l'État

Titre 1 : l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

Références : articles L. 3212-1 et suivants du Code de la santé publique.

L'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers et celle en cas de péril imminent sont deux modes d'admission prononcée par le directeur de l'établissement de santé.

Certaines conditions de fond de l'admission en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement de santé sont identiques, que le directeur soit en présence d'une demande d'un tiers ou d'un péril imminent ; d'autres sont spécifiques à chaque situation.

1. Les conditions de fond aux admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

On distingue les conditions de fond communes aux admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent de celles qui sont spécifiques à chaque situation.

1.1 Les conditions de fond communes aux admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent

En application de l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique, une telle prise en charge nécessite la réunion de deux conditions :

- la présence de troubles mentaux rendant impossible le consentement de la personne ;
- un état mental imposant des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale régulière (programme de soins) ou constante (hospitalisation complète).

1.1.1 L'impossibilité de consentir aux soins

Avant de prononcer l'admission, il convient systématiquement de rechercher le consentement de la personne afin de s'assurer qu'une admission en mode libre n'est pas possible.

À cette fin, les tribunaux se réfèrent généralement aux recommandations émises en avril 2005 par la Haute Autorité de Santé (32). Ainsi, selon la Haute Autorité, cinq critères objectifs doivent être analysés pour appréhender la capacité de la personne à consentir ou non. Il s'agira dès lors pour le professionnel de santé de tester chez la personne (31) :

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

Il appartient au professionnel de santé de consigner dans le certificat médical l'appréciation de chacun de ces points afin de pouvoir en justifier.

1.1.2 L'existence de trouble mental

Il est nécessaire pour le professionnel de santé d'explicitier les troubles mentaux ainsi que les troubles du comportement qui en résultent. La Haute Autorité de Santé propose pour apprécier la sévérité des troubles mentaux et la nécessité de soins immédiats de rechercher :

- un risque suicidaire ;
- un risque d'atteinte potentielle à autrui ;
- une prise d'alcool ou de toxiques associée ;
- un délire ou des hallucinations ;
- des troubles de l'humeur et le degré d'incurie⁵⁸.

1.1.3 Le besoin de soins psychiatriques

Depuis la loi du 5 juillet 2011, l'admission en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement peut être prononcée lorsque la personne a besoin de soins que ceux-ci soient dispensés lors d'une hospitalisation complète ou non. En outre, la jurisprudence antérieure à la réforme, mais qui est toujours en vigueur aujourd'hui, était venue préciser la notion de surveillance constante. Celle-ci ne signifie pas que la personne doit être surveillée de manière permanente « vingt-quatre heures sur vingt-quatre » (33), mais qu'une « équipe soignante, engagée dans un projet thérapeutique, devait, à tout moment, pouvoir intervenir en cas de besoin »⁵⁹. Ainsi le psychiatre peut demander une hospitalisation complète lorsqu'il constate que la prise en charge de la personne, décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état (Art. L. 3211-11CSP). À l'inverse, cette forme de prise en charge peut être modifiée en cours de soins (par un psychiatre en charge du patient) afin « de tenir compte de l'évolution de la personne »⁶⁰.

1.2 Les conditions de fond spécifiques aux admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent.

1.2.1 Les conditions de fond spécifiques aux admissions en soins psychiatriques à la demande d'un tiers

► Admission à la demande d'un tiers de droit commun (ou classique)

Il existe ici une condition liée au fait que l'admission est demandée par un tiers.

Le tiers peut être :

- **un membre de la famille du patient.** La loi ne précise pas l'étendue à conférer au terme « famille », celui-ci peut s'entendre largement pour inclure toute forme de relation de parenté ascendante, descendante, collatérale ou par alliance. En toute hypothèse, la demande doit préciser la nature ou le degré de cette relation de parenté⁶¹ ;
- **une personne justifiant de relations antérieures à la demande de soins avec le patient et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci.** La loi exclut expressément de cette

⁵⁸ *ib. p. 11.*

⁵⁹ *Civ. 1^{er}, 13 octobre 1999, Bull. civ. I, n°274.*

⁶⁰ À condition toutefois que le médecin établisse un certificat médical circonstancié (art. L. 3211-11 CSP).

⁶¹ CE, 31 juillet 1996, n°120736 et 121848, JurisData n°1996-051377.

catégorie les personnels soignants exerçant dans l'établissement d'accueil du malade. À l'inverse, elle admet explicitement le curateur ou le tuteur du malade dès lors qu'il satisfait à la condition de pouvoir agir dans l'intérêt du malade, ce par quoi, il faut comprendre qu'un tuteur ou curateur désigné pour assurer uniquement la protection des biens n'y satisferait pas. Si la loi, avant 2011, prévoyait déjà que le tiers devait pouvoir justifier d'une qualité le rendant susceptible d'agir dans l'intérêt du malade, c'est la loi du 5 juillet 2011 qui y a adjoint l'exigence de pouvoir faire état, de surcroît, « de l'existence de relations avec le malade, antérieures à la demande de soins ». En d'autres termes, sont admis au titre de cette deuxième catégorie : i. le tuteur ou le curateur du majeur protégé en charge de la protection de la personne (/et des biens) du patient et qui est en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande de soins avec le patient. ii. Toute personne qui assure la protection du patient en tant que tiers (non pas seulement en tant qu'organe de la mesure de protection) et qui est également en mesure de justifier de l'existence de relations antérieures à la demande de soins avec le patient.

► La condition spécifique à la demande d'un tiers en urgence

En cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade, l'article L3212-3 CSP permet « à titre exceptionnel », l'admission sur demande d'un tiers sur la foi d'un seul certificat médical⁶². Le Code de la santé publique ne précise pas cette notion de « risque d'atteinte grave à l'intégrité du malade » introduite par la loi du 5 juillet 2011. Certains suggèrent sa suppression en observant qu'elle se confond en pratique avec celle de « péril imminent » permettant l'admission en l'absence de demande d'un tiers et proposent la fusion des deux procédures (34).

En tout état de cause, le législateur de 2011 a consacré l'interprétation du péril imminent faite par la Haute Autorité de Santé selon laquelle il s'agit d'un « risque de dégradation grave de l'état de la personne en l'absence d'hospitalisation » (31). Ainsi, la procédure d'urgence s'applique dès lors qu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade.

1.2.2 Les conditions de fond spécifiques aux admissions en soins psychiatriques en cas de péril imminent

Ce mode d'admission permet au directeur de l'établissement de prononcer l'admission de la personne dans la demande d'un tiers. L'objectif est de permettre la prise en charge de personne désocialisées. Elle n'est toutefois possible que si certaines conditions sont satisfaites : l'absence de tiers, l'existence d'un péril imminent.

► L'absence de tiers

Cette procédure n'est applicable que lorsqu'il est impossible de trouver un tiers susceptible de faire la demande d'admission⁶³, soit parce que le malade est isolé, soit parce que ses proches ne souhaitent pas déclencher les soins par désintérêt ou par peur de compromettre leurs relations avec lui.

► Le péril imminent

La loi de 2011 n'a pas défini la notion de « péril imminent » (1). La Haute Autorité de Santé (HAS) avait, dans des recommandations d'avril 2005 (31), énoncé que « le certificat doit faire apparaître les risques de péril imminent, c'est-à-dire l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du

⁶² Ce certificat médical peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.

⁶³ Toutes les démarches entreprises pour rechercher le tiers doivent être tracées dans le dossier patient.

patient »⁶⁴ ; par exemple, un malade présentant un risque important de passage à l'acte suicidaire ou malade souffrant d'un état de profonde désorientation induisant, en cas de délaissement de la personne, une probable déambulation sur la chaussée l'exposant à un risque d'accident. Ainsi, le péril imminent doit être particulièrement caractérisé. Si possible, il est recommandé d'ajouter les facteurs de protection apportés par la prise en charge du patient.

2. Les conditions de forme de l'admission en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement

Les conditions de forme concernent les modalités de l'admission et les certificats médicaux.

2.1 Les modalités d'admission en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement

Au préalable, il doit être précisé que la décision d'admission doit être formulée :

- **par écrit** : l'auteur doit être facilement identifiable (nom, prénoms, qualité) ;
- **signée par le directeur ou son représentant**. À ce titre, toujours vérifier que la délégation de signature est valide ;
- **comporter les droits et les garanties pour le patient** (droit d'être informé, de voir ses observations être recueillies, mentionner les voies et délais de recours) ;
- **doit être motivée** : attester que les conditions d'admission prévues par la loi sont réunies.

La décision doit être notifiée au patient. Si le patient n'est pas en capacité de recevoir la notification et l'information sur ses droits, cette impossibilité doit être tracée. L'information et la notification doivent être réitérées dès que le malade est en capacité de les recevoir. En tout état de cause, le patient doit être invité à désigner une personne de confiance.

Par ailleurs, la Cour d'appel de Paris, recommande que :

- la décision d'admission précise la date à laquelle elle est formalisée, mais également, si elle est différente, celle de la prise d'effet de la mesure ;
- la décision d'admission mentionne la date des certificats médicaux et le nom des médecins concluant à la nécessité des soins et précise systématiquement que l'autorité administrative « s'en approprie les termes » et que les certificats soient joints à la décision. À défaut, il est recommandé que l'autorité administrative reprenne le contenu des certificats médicaux pour justifier le bien-fondé de la mesure (35).

2.1.1 La demande du tiers

La demande du tiers doit prendre la forme d'un écrit manuscrit, indiquant les noms, prénoms, dates de naissance et domiciles de la personne qui demande les soins et de celle pour laquelle ils sont demandés. Le cas échéant, il doit comprendre le degré de parenté ou la nature des relations existant entre elles avant la demande de soins, la date et la signature de l'auteur de la demande (art. R. 3212-1 CSP).

Si le tiers ne sait pas ou ne peut pas écrire, la demande est reçue par le maire, le commissaire de police, ou le directeur de l'établissement lui-même qui en donne acte (art. R. 3211-1 CSP).

Si le tiers est le tuteur ou le curateur : si possible, il est utile de récupérer le jugement de curatelle ou de tutelle.

⁶⁴ ib p.14.

Si la demande du tiers est faxée, l'original doit être adressé à l'établissement accueillant le patient.

Le tiers n'a pour « rôle » que de demander les soins, il ne lui revient pas de se prononcer sur les modalités des soins.

Enfin, il est souhaitable que le tiers, demandeur, se déplace afin de permettre au directeur de l'établissement de vérifier l'identité de la personne qui formule la demande de soins (art. L. 3212-2 et I, et L. 3212-3 al. 2 CSP).

2.1.2 L'information des autorités

Quel que soit le cadre de l'admission prononcée, le directeur de l'établissement doit informer sans délai :

- le préfet (à Paris, le préfet de police) ;
- la commission départementale des soins psychiatriques ;
- et leur communiquer une copie du certificat médical d'admission, du bulletin d'entrée et de chacun des certificats médicaux (CM de 24 heures et des 72 heures) nécessaires à la période d'observation (art. L. 3212-5 CSP).

Dans le cadre de la procédure d'admission à la demande d'un tiers, de droit commun ou d'urgence, ou pour péril imminent, le directeur de l'établissement doit informer (art. L. 3212-5 II CSP) :

- le Procureur de la République près du TGI dans le ressort duquel se trouve la résidence habituelle ou le lieu de séjour de la personne faisant l'objet des soins ;
- le Procureur de la République près du TGI dans le ressort duquel est situé l'établissement :
 - des noms, prénoms, profession et résidence habituelle ou lieu de séjour de la personne malade,

En cas d'hospitalisation à la demande d'un tiers :

- des noms, prénoms, profession et résidence habituelle ou lieu de séjour du tiers demandeur.

Dans le cadre de la procédure d'admission pour péril imminent, le directeur de l'établissement d'accueil doit, dans un délai de 24 heures, sauf difficultés particulières, informer :

- la famille de la personne qui fait l'objet de soins ;
- et le cas échéant, la personne chargée de sa protection juridique ;
- ou à défaut, toute personne justifiant de l'existence de relations avec le patient antérieurs à l'admission en soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celle-ci (art. L. 3212-1, II, 2 CSP).

2.2 Les certificats médicaux initiaux en soins psychiatriques sur décision du directeur de l'établissement

2.2.1 Le certificat initial à l'admission d'un tiers

► L'admission à la demande d'un tiers de droit commun (classique)

La demande du tiers doit être accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de 15 jours.

Le premier ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil, qui peut ne pas être psychiatre. Ce certificat doit constater :

- l'état mental de la personne malade ;

- indiquer les caractéristiques de sa maladie ;
- la nécessité de recevoir des soins.

Ce certificat doit être confirmé par un second.

Le second peut être établi par un médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade.

En tout état de cause, les deux médecins ne peuvent être parents ou alliés jusqu'au 4^e degré inclus, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins, ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

Ces médecins doivent être inscrits à l'Ordre (exclusion donc des internes, FFI, attachés associés et assistants associés).

Les certificats doivent être horodatés, lisibles, précis et motivés. Ainsi, ils doivent décrire l'état du patient, en prenant en compte les symptômes démontrant la perte d'autonomie, montrer que l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers est adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du patient. Au mieux, il convient d'ajouter les facteurs de la protection apportés par la prise en charge du patient.

En cas de problèmes somatiques, il semble préférable d'effectuer les certificats quand l'état somatique est stabilisé et le patient transférable. (Rappel : une fois les certificats établis, le patient ne peut rester que 48 heures dans un SAU et doit être transféré dans un établissement habilité au-delà de cette période) (35).

Attention : le patient doit être informé sur sa prise en charge, sa situation, ses droits, d'une manière claire, loyale et adaptée à ses troubles psychiatriques. Il doit être invité à faire valoir ses observations lesquelles doivent être prises en compte dans toute la mesure du possible.

Il est, dès lors, recommandé de prévoir des supports d'information adaptés et complets susceptibles d'appuyer l'information oralement délivrée au patient et de tracer dans son dossier que l'information a été délivrée. De même, les difficultés éventuellement rencontrées pour délivrer l'information et les observations du patient seront notées.

► **L'admission à la demande d'un tiers en urgence**

À titre exceptionnel, en cas d'urgence (c'est-à-dire lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade), le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission à la demande d'un tiers à la vue d'un seul certificat médical qui peut être établi par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil (art. L. 3212-3 CSP).

Les recommandations formulées précédemment quant au contenu du certificat médical ainsi qu'à l'information du patient sont applicables de la même façon.

2.2.2 Le certificat initial à l'admission en cas de péril imminent

L'admission en cas de péril imminent nécessite un certificat médical attestant :

- du péril imminent (c'est-à-dire immédiat) pour la santé de la personne ;
- constatant l'état mental de la personne malade ;
- indiquant les caractéristiques de la maladie ;
- la nécessité de recevoir des soins.

Le médecin établissant ce certificat ne doit pas exercer dans l'établissement d'accueil et ne doit pas être parent ou allié avec le directeur de l'établissement ni avec le malade.

Les recommandations formulées précédemment quant au contenu du certificat médical ainsi qu'à l'information du patient sont applicables de la même façon.

Titre 2 : Admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

Cette procédure est prévue par les articles L. 3213-1 à -11 CSP. Elle repose sur l'intervention du préfet, au titre de la sûreté des personnes et de la protection de l'ordre public. Elle répond à des objectifs sanitaires et sécuritaires (36).

Section 1 : conditions d'admission en soins sans consentement

Ces conditions d'intervention peuvent s'inscrire dans deux contextes : un contexte dit « normal » et un contexte « d'urgence ».

1. Les cas de saisine du Préfet

L'admission en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'État, qui sera en province le préfet du département ou, à Paris, le préfet de police, peut être prononcée à l'encontre des personnes pour lesquelles il a été certifié :

- l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins ;
- ces troubles doivent compromettre la sûreté des personnes ou porter atteinte de façon grave à l'ordre public.

Le préfet peut également être saisi dans le cadre de l'admission en soin sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, par le directeur de l'établissement. Ce dernier, saisi d'une demande de mainlevée de la mesure présentée par la famille, la personne chargée de la protection juridique ou toute personne justifiant d'une qualité pour agir dans l'intérêt du patient, n'est pas tenu de faire droit à cette demande si un certificat médical (ou un avis médical, en cas d'impossibilité d'examiner le patient) datant de moins de 24 heures et établi par un psychiatre de l'établissement atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient. En ce cas, le directeur de l'établissement informe « préalablement à la levée de la mesure de soins, le représentant de l'État qui peut alors prendre une mesure d'admission en soins psychiatriques » (art. L. 3212-9 et I, L. 3213-6 CSP).

Le préfet arrête également l'admission en soins sans consentement en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes. Il s'agit d'une procédure dite « d'urgence ». Cette procédure permet au maire ou, à Paris, au commissaire de police, de prendre des mesures provisoires consistant pour le maire à édicter un arrêté prononçant l'admission de la personne⁶⁵ se trouvant sur le

⁶⁵ Ainsi, les services municipaux informés du fait qu'une personne présenterait les troubles prévus par l'art. 3213-2 CSP doivent requérir d'urgence les services d'un médecin afin qu'il constate que la personne présente bien de tels troubles. Autant que faire se peut, il faut éviter que ce premier certificat émane d'un psychiatre de l'établissement d'accueil car l'arrêté préfectoral qui viendra, le cas échéant, confirmer la mesure de soins dans les 48 heures, ne peut légalement être fondé sur un certificat médical émanant d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil. Le certificat médical (ou l'avis médical) ainsi établi devra être transmis par le médecin aux services municipaux. Les services municipaux prépareront un arrêté prescrivant la prise en charge de la personne dans un établissement de santé assurant des soins psychiatriques sans consentement (ou à défaut service d'urgences). Cet arrêté doit être motivé en droit et en fait. À cette fin, il doit viser les textes du CSP donnant au maire la compétence pour prononcer ce type de décision, viser l'avis médical sur lequel il se fonde, décrire les circonstances de fait qui justifient la mesure et qui doivent caractériser le danger imminent encouru. Si le projet d'arrêté est signé par le maire ou par l'un de ses délégataires, il doit ensuite être notifié et exécuté. Des copies de l'arrêté et du certificat ou de l'avis médical sont transmises dans les 24 heures aux services de l'ARS ou de la préfecture, précision faite que l'arrêté municipal devient caduc au bout de 48 heures, au lendemain de la signature. Au vu de ces pièces, le préfet pourra prononcer par arrêté, le maintien du patient en soins psychiatriques sans consentement. Cet arrêté préfectoral se substituera à l'arrêté municipal en tant que fondement juridique de la prise en

territoire de sa commune dans un établissement de santé assurant des soins psychiatriques sans consentement (ou à défaut dans un service d'urgences) dans l'attente d'une décision du préfet qui viendra, dans les 48 heures, confirmer ou non la décision du maire. C'est le préfet qui dispose de la compétence de principe pour prononcer des soins non consentis.

Le préfet est compétent pour prononcer l'admission en soins sans consentement, une personne détenue nécessitant en raison de troubles mentaux rendant impossible son consentement et constituant, pour elle-même ou pour autrui, des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier (art. L. 3214-3 CSP).

Le préfet prononce également l'admission, sur saisine des autorités judiciaires, des personnes ayant bénéficié (art. 122-1 du Code pénal) d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale et dont l'état mental nécessite des soins et compromet la sûreté des personnes ou porte atteinte de façon grave à l'ordre public.

En tout état de cause, et même si la demande émane des autorités judiciaires ayant été amenées à connaître des faits délictueux, voire criminels, de personnes dont l'état mental est perturbé, le législateur maintient les conditions exigées par l'article L. 3213-1 CSP : nécessité des soins et atteintes graves à l'ordre public ou le risque d'atteinte à la sûreté des personnes.

2. Les conditions d'admission en soins sans consentement sur décision du représentant de l'Etat

2.1. Contenu du certificat médical

Le certificat médical doit être circonstancié. On renvoie dès lors aux développements précédents pour :

- la définition du contenu du certificat qui constate l'existence du trouble mental et la nécessité des soins ;
- la qualité de médecin (inscrit à l'ordre) ;
- la nécessité pour le certificat d'être horodaté, daté et signé (...).

L'émission d'un certificat insuffisamment détaillé peut compromettre la validité de la procédure⁶⁶ et engager la responsabilité civile de son émetteur quand bien même la mesure serait médicalement justifiée⁶⁷.

Le médecin doit être un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

La condition du trouble à l'ordre public ou à la sûreté des personnes relève de l'appréciation du Préfet. Le juge contrôle que ce critère d'admission est rempli, tant dans sa réalité que dans son actualité⁶⁸.

L'article L. 3213-1 CSP exige que les arrêtés préfectoraux doivent être motivés et doivent énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaires (idem en cas d'admission en soins psychiatriques d'une personne ayant bénéficié d'un classement sans suite ou d'une décision judiciaire d'irresponsabilité pénale (art. L. 3213-7 CSP) et en cas d'hospitalisation complète d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux (art. L. 3214-3 al. 3 CSP).

Pendant plusieurs décennies, le préfet était autorisé par le juge administratif à motiver son arrêté par simple référence à un certificat médical à condition que ce dernier décrive de manière

charge non consentie. À défaut d'arrêté préfectoral édicté dans les 48 heures, cette prise en charge ne pourra se poursuivre sans le consentement du patient.

⁶⁶ TGI Lyon, JLD, 19 oct. 2011, n°2011/00587.

⁶⁷ Civ. 1^{er}, 5 déc. 2012, n°11-24.527, Juris Data n°2012-028468.

⁶⁸ CA Douai, 7 mars 2013, Gaz. Pal. 7 nov. 2013, n°310-311, p.10).

suffisamment précise les raisons médicales justifiant l'hospitalisation. Par un arrêt du 9 novembre 2001⁶⁹, le Conseil d'État a jugé que si l'autorité administrative pouvait satisfaire son obligation de motivation en se référant au certificat médical, c'était à la condition de s'en approprier le contenu et de le joindre à sa décision.

A la suite de cette décision, la DGS a, par une circulaire (37), précisé que l'arrêté préfectoral pouvait être motivé :

- soit par la reproduction, dans le corps même de l'arrêté, des termes du certificat médical sur lequel il s'appuie ;
- soit par simple référence à ce certificat mais à la condition de notifier à la fois l'arrêté et ce certificat à la personne concernée.

Pour ce faire, le certificat médical doit lui-même être suffisamment circonstancié.

Il en ressort donc que non seulement le certificat médical sur lequel se fonde le préfet mais également l'arrêté lui-même doivent faire l'objet d'une motivation quant à la décision prise. Cette « double motivation » permettra nécessairement la possibilité d'un véritable contrôle par le juge.

2.2. La décision d'admission

Aux termes des articles L. 3213-1 à L. 3213-11 du CSP, le préfet n'est pas lié par les avis et certificats médicaux qui lui sont remis. Ainsi, et contrairement au directeur de l'établissement, le préfet dispose d'un large pouvoir d'appréciation. En contrepartie, il lui est imposé de motiver avec précision les arrêtés.

C'est pourquoi, l'article R. 3213-3 CSP exige que les certificats ou avis médicaux doivent être précis et motivés. On note d'ailleurs que ces mêmes précisions ne figurant pas s'agissant des certificats et avis médicaux prévus dans le cadre d'une mesure de soins sur demande d'un tiers.

Il convient donc, pour que le représentant de l'Etat puisse d'une part prendre une décision la plus adaptée aux besoins de la personne et d'autre part, qu'il puisse accomplir sa mission de préservation de l'ordre public, recevoir l'information la plus complète et la plus riche possible.

Dès lors et eu égard au pouvoir d'appréciation qui lui est accordé, il est envisageable qu'un conflit naisse entre le certificat médical rendu par le psychiatre et la décision du préfet. À ce titre, le conseil constitutionnel dans sa décision du 9 juin 2011 affirme qu'en cas de refus du préfet de suivre l'avis rendu par le psychiatre (...), le directeur de l'établissement sur saisine immédiate du préfet demande un examen du patient par un second psychiatre. Si ce second avis, rendu dans un délai maximal de 72 heures, confirme l'absence de nécessité de la mesure d'hospitalisation complète, le représentant de l'État doit alors prononcer la mainlevée de la mesure ou de la mise en place d'une mesure de soins ambulatoires.

L'article L. 3213- 5 impose au directeur de l'établissement dans lequel le patient est pris en charge de saisir le représentant de l'État si le psychiatre participant au programme de soins atteste par un certificat médical que les conditions ayant justifié l'admission en soins psychiatriques ne sont plus remplies et que la levée de cette mesure peut être ordonnée. Le directeur de l'établissement de soins a 24 heures pour saisir le représentant de l'État et ce dernier dispose d'un délai de trois jours francs, à compter de la réception du certificat médical pour se prononcer ou pour ordonner une expertise psychiatrique. Lorsque le représentant de l'État n'ordonne pas la levée de la mesure de soins, le directeur de l'établissement doit saisir le JLD afin qu'il statue à bref délai.

En résumé en cas de désaccord entre le préfet et le psychiatre, deux voies semblent concomitamment être ouvertes au directeur de l'établissement :

- saisir le JLD pour qu'il statue à bref délai ;

⁶⁹ CE, 9 novembre 2011, JCP 2002, IV, p.1111.

- demander un second examen à psychiatre autre que celui qui a rendu le premier avis.

La circulaire du 21 juillet 2011 (9) est venue préciser l'articulation entre les articles L. 3212-5 et L. 3213-9-1 du CSP. Ainsi, lorsque l'article L. 3213-5 impose au directeur de l'établissement, dans lequel le patient est pris en charge, de saisir le représentant de l'Etat, il lui est demandé de surseoir à la saisine du JLD dans l'attente d'un second avis médical exigé par l'article L. 3213-9-1. Si ce second avis est défavorable au maintien en hospitalisation, la saisine du JLD n'a plus lieu d'être, le représentant de l'Etat doit lever la mesure de l'hospitalisation. Si, en revanche, le second avis est favorable au maintien en hospitalisation complète, la saisine du JLD s'impose.

Enfin, il doit être signalé depuis le décret n° 2016-94 du 1^{er} février 2016 (8), qu'avant toute décision d'admission en UMD (à laquelle ont accès toutes personnes hospitalisées à la demande du préfet (à Paris : du préfet de police), ou ayant été condamnées pénalement, un psychiatre de l'UMD pourra examiner l'intéressé dans l'établissement où il se trouve pour apprécier l'opportunité de l'accueillir. Si ce médecin est en accord, avec ce projet d'admission de l'UMD, le préfet rend un arrêté visant le dossier médical et administratif, déterminant le lieu de l'UMD, eu égard aux intérêts personnels et familiaux afin que l'hospitalisé puisse recevoir des visites aisément. En cas de désaccord du médecin psychiatre de l'UMD, le préfet peut saisir la commission de suivi médical (CSM), composée de quatre membres nommés pour trois ans (mandat non renouvelable) par le directeur général de l'ARS (un médecin désigné par l'ARS, trois psychiatres hospitaliers n'exerçant pas dans l'UMD pressentie). C'est la CSM qui statuera alors sur l'admission ou non de la personne en UMD.

Si le préfet décide de ne pas saisir l'UMD, alors c'est le refus du psychiatre de l'UMD d'accueil qui prévaudra.

La CSM doit visiter au moins une fois par semestre les malades de l'UMD afin d'examiner, tous les six mois au moins, le dossier de chaque patient admis en UMD pour apprécier la nécessité de ce mode de poursuite d'hospitalisation. Lorsque les conditions de poursuite ne sont plus remplies, le CSM saisit le préfet qui prononce par arrêté la sortie de l'unité et la mainlevée ou le retour à l'établissement d'origine.

La CSM peut être saisie à tout moment par l'hospitalisé (son avocat), sa famille ou ses proches, les directeurs d'établissement d'accueil et d'admission, le psychiatre de l'établissement d'accueil ou d'admission, le médecin généraliste ou le psychiatre en ville du patient, le procureur de la République, le préfet. Le décret ne dit pas expressément devant quelle juridiction l'intéressé pourra exercer un recours à l'encontre de la décision d'admission du préfet ou de la décision d'admission prise par le CSM.

Partie 2 : le déroulement et la levée de la mesure de soins psychiatriques

Quel que soit le mode d'admission en soins psychiatriques sans consentement, toute mesure débute par une période d'observation de 72 heures en hospitalisation complète (1°) à l'issue de laquelle la nature de la prise en charge est décidée sous diverses formes possibles qui peuvent ensuite varier au gré de l'évolution de l'état du patient et de sa plus ou moins bonne coopération à la mesure de soins (2°).

1. Le choix de la modalité de prise en charge et le maintien des soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement ou du représentant de l'Etat

1.1 La période d'observation et de soins de 72 heures

Toute admission débute, comme le prévoit l'article L. 3211-2-2 du Code de la santé publique, par une période initiale d'observation se déroulant nécessairement en hospitalisation complète.

Dans les 24 heures suivant l'admission, un médecin réalise un examen somatique complet de la personne et un psychiatre de l'établissement d'accueil établit **un certificat médical** constatant son état mental et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins (art. L. 3211-2-2 al. 2 CSP).

Pour garantir l'impartialité, le psychiatre qui établit le certificat médical doit être différent de celui qui a réalisé un des certificats médicaux initiaux (art. L. 3211-2-2 al. 2 CSP)

L'examen somatique permet d'écartier toute origine somatique aux troubles présentés par le patient. Sa réalisation ne donne pas lieu à la rédaction d'un certificat médical mais doit être mentionnée dans le dossier du patient.

Cet examen est réitéré avant les 72 heures. Ainsi, un psychiatre établit un **certificat** :

- constatant l'état mental du patient ;
- confirmant ou infirmant la nécessité des soins sans consentement ;
- et le cas échéant, se prononçant sur la forme de la prise en charge (hospitalisation complète ou programme de soins).

Les deux certificats (24 et 72 heures) doivent être motivés.

Au vu desdits certificats, le directeur prend une décision :

- il lève la mesure si l'un des deux certificats conclut à l'absence de nécessité de poursuivre les soins sans consentement ;
- il prononce le maintien de la mesure de soins sous la forme d'un programme de soins ou d'une hospitalisation complète (selon les termes du certificat médical des 72 heures établi par le psychiatre).

Comme pour la décision initiale d'admission, le patient doit être informé de sa situation juridique et de ses droits et être mis à même de faire valoir ses observations.

Pendant le délai de la prise de décision, la personne demeure en hospitalisation complète (art. L. 3212-4 al. 3 et L. 3213-1 II CSP). Il convient de relever que dans le choix du mode de prise en charge, le directeur de l'établissement doit se conformer à l'avis du psychiatre, alors que le préfet dispose d'un pouvoir d'appréciation⁷⁰. Cette compétence liée du directeur demeure pour toute décision relative au malade.

Enfin, cette décision de prise en charge est valable pour une durée d'un mois renouvelable autant que nécessaire. Bien entendu, le psychiatre en charge du patient peut, par la suite, proposer sur la base d'un certificat médical circonstancié, une modification de la prise en charge selon l'évolution de l'état du patient.⁷¹ Là encore, le directeur de l'établissement doit se conformer à l'avis du psychiatre⁷², alors que le préfet peut s'en dédire⁷³.

1.2 Le maintien de la mesure de soins psychiatriques

La loi du 5 juillet 2011 (1) a prévu des mécanismes de contrôle au cours de l'hospitalisation en deux temps : le premier est relatif à l'établissement de certificats médicaux, le second à

⁷⁰ Ceci s'explique par l'objectif de protection de la sûreté des personnes et de l'ordre public poursuivi par la décision du représentant de l'État.

⁷¹ Article L. 3211-11 al.1 CSP.

⁷² Article L. 3211-11 al. 2 CSP.

⁷³ Voir *infra*.

l'intervention de plein droit du juge des libertés et de la détention pour les hospitalisations complète.

1.2.1 Les certificats médicaux

Selon les articles L. 3212-7 al. 1 et L. 3213-3 al. 1 CSP : à l'issue de la première période de soins psychiatriques, les soins peuvent être maintenus par le directeur de l'établissement pour des périodes d'un mois, renouvelables. Cependant, dans les trois derniers jours de chacune de ces périodes, un psychiatre de l'établissement d'accueil établit un certificat médical circonstancié indiquant si les soins sont toujours nécessaires. En outre, le certificat doit préciser si la forme de la prise en charge est toujours adaptée et, le cas échéant, en proposer une nouvelle.

Par ailleurs, s'il ne peut être procédé à l'examen du patient, le psychiatre établit un avis médical sur la base du dossier médical.

L'absence de certificat médical dans les délais prescrit engendre la levée de la mesure de soins (art. 3212-7 al. 4 CSP).

Lorsque la durée des soins excède une période continue d'un an à compter de l'admission des soins, le maintien de ces soins est subordonné à une évaluation médicale approfondie de l'état mental de la personne réalisée par le collège⁷⁴ (L. 3211-9 CSP). Cette évaluation est renouvelée tous les ans.

Les copies des certificats médicaux et des avis médicaux sont adressées sans délai par le directeur de l'établissement d'accueil au représentant de l'État dans le département, ou, à Paris, au préfet de police et à la Commission départementale des soins psychiatriques.

En outre, lorsque le psychiatre met fin à la mesure des soins estimant que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies, il doit mentionner dès lors l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins, dans le certificat médical.

Dans les 24 heures qui suivent la fin de la mesure, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'État dans le département, ou, à Paris, le préfet de police, et la Commission départementale des soins psychiatriques ainsi que les procureurs de la République et la personne ayant demandé les soins.

En tout état de cause, le représentant de l'État dans le département, ou, à Paris, le préfet de police peut ordonner la levée immédiate de la mesure de soins lorsque les conditions ne sont plus réunies.

Enfin, dans le cas de soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État : dans un délai de trois jours francs suivant la réception du certificat des 72 heures, le préfet décide de la forme de la prise en charge en tenant compte de la proposition établie par le psychiatre. Mais, au contraire du directeur d'établissement, le préfet n'est pas tenu de suivre l'avis du psychiatre car il doit intégrer dans sa décision des données non strictement médicales, les textes prévoyant qu'il doit également tenir compte « des exigences liées à la sûreté des personnes et à l'ordre public » (art. L. 3213-1, II CSP). Sa décision est valable pour une durée d'un mois, période à l'issue de laquelle elle peut être renouvelée pour une durée de trois mois et ensuite de six mois renouvelable autant que nécessaire.

⁷⁴ Le collège est composé de deux psychiatres, l'un participant à la prise en charge du patient, l'autre n'y participant pas et d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient. Le collège doit examiner le patient et recueillir son avis. En cas d'absence du patient attestée par le collège, l'évaluation et le recueil de son consentement sont réalisés dès que possible. Le collège a cinq jours à compter de la date de convocation pour rendre son avis. Le défaut d'attestation entraîne la mainlevée de la mesure.

1.2.2 L'intervention de plein droit du juge des libertés et de la détention pour les mesures d'hospitalisation complète.

Selon l'article L. 3211-12-1, I CSP, le législateur a instauré une intervention systématique du JLD :

- avant l'expiration du délai de 12 jours à compter de l'admission du patient, dans ce cas, le JLD doit être saisi dans un délai de huit jours à compter de cette admission ;
- avant l'expiration d'un délai de 12 jours à compter de la décision modifiant la forme de prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète, dans ce cas, là encore, le JLD doit être saisi dans un délai de huit jours à compter de cette décision ;
- avant l'expiration d'un délai de six mois lorsque le patient a été maintenu en hospitalisation complète et continue depuis son admission, dans ce cas, le JLD doit être saisi 15 jours au moins avant l'expiration de ce délai de six mois.

Le défaut de décision du JLD dans les délais lève de droit la mesure d'hospitalisation complète⁷⁵.

Dans le cadre de cette intervention de plein droit, le JLD est saisi par le directeur de l'établissement. Cette saisine doit intervenir dans les trois jours avant l'expiration du délai de quinzaine et huit jours avant l'expiration du délai semestriel. Elle doit être accompagnée d'un avis conjoint rendu par deux psychiatres de l'établissement d'accueil désignés par le directeur, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Cet avis se prononce sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète.

Lorsque le patient fait l'objet d'un suivi particulier (lorsque la personne est admise en soins psychiatriques à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale ou ayant séjourné dans une unité pour malades difficiles pendant une durée supérieure à un an), ou a fait l'objet d'un tel suivi, il y a moins de dix ans, l'avis accompagnant la saisine est établi par le collègue⁷⁶.

Si les délais ne sont pas respectés et sauf circonstances exceptionnelles empêchant la tenue des débats contradictoires, le JLD prononce de droit la levée de la mesure.

2. Choix de la mesure.

La première forme possible de prise en charge est l'hospitalisation complète, c'est-à-dire à temps plein dans une unité fermée d'établissement autorisé en psychiatrie. Il s'agit donc d'une privation de liberté, ce qui explique le contrôle obligatoire du JLD.

Cette privation de liberté peut néanmoins, ainsi que le prévoit l'article L. 3211-11-1 du Code de la santé publique, être assortie d'autorisations de sortie sur décision du directeur de l'établissement d'accueil. Il peut s'agir de sorties accompagnées n'excédant pas 12 heures, l'accompagnant étant un membre du personnel de l'établissement, un membre de la famille ou la personne de confiance que le malade aurait désignée antérieurement à son admission en soins. Il peut s'agir également de sorties non accompagnées d'une durée maximale de 48 heures.

Les formes de prise en charge autres que l'hospitalisation complète se déroulent sur la base d'un programme de soins élaboré par le psychiatre qui définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation. Il peut comprendre des soins ambulatoires, des soins à domicile, une hospitalisation à domicile, des séjours dans un établissement psychiatrique hospitalier à temps complet de courte durée ou à temps partiel (C. santé publ., art. L. 3211-2-1, II) ainsi que le suivi d'un traitement médicamenteux (C. santé publ., art. R. 3211-1, II). Le programme de soins peut

⁷⁵ Les délais de 15 jours et six mois sont prolongés de 14 jours maximum lorsque le juge a ordonné une mesure d'expertise. L'expert désigné ne doit pas exercer dans l'établissement prenant en charge le patient et doit rendre son rapport dans un délai de dix jours.

⁷⁶ Voir note de bas de page n°18.

énoncer sa durée prévisible mais ce n'est pas obligatoire. Sa mise en œuvre, lorsqu'il se déroule en milieu extrahospitalier, est confiée au secteur de psychiatrie dont dépend le malade.

Lorsqu'il élabore un programme de soins, le psychiatre doit recueillir l'avis du patient, qui doit ultérieurement être également consulté pour toute modification de celui-ci. On peut regretter que la loi n'ait pas prévu, lorsque le malade est placé sous tutelle ou curatelle, que soit consultée la personne chargée de cette mesure de protection.

En cas de contestation, il incombe au JLD de vérifier que les mesures incluses dans le programme de soins par le psychiatre figurent bien parmi celles prévues par l'article R. 3211-1 du Code de la santé publique mais aussi de vérifier que le programme de soins en constitue bien un. Il s'agit d'éviter que les psychiatres qualifient abusivement de programme de soins des mesures qui n'en sont pas en réalité afin notamment d'échapper au contrôle obligatoire du JLD réservé aux hospitalisations complètes.

3. Modification des soins

L'article L. 3211-2-1, III, du Code de la santé publique prévoit qu'aucune « *mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme [d'un programme de soins]* ». Il faut comprendre qu'aucune mesure de coercition ne peut être exercée sur le malade qui ne peut être contraint par la force de venir à ses rendez-vous, de rester jusqu'à la fin de ses séjours hospitaliers ou de prendre ses médicaments.

Néanmoins, il est possible de procéder à une réadmission en hospitalisation complète du malade lorsque « *la prise en charge de la personne décidée sous une autre forme ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires à son état* ». À cette fin, « *le psychiatre [...] transmet immédiatement au directeur de l'établissement d'accueil un certificat médical circonstancié proposant une hospitalisation complète* » (art. L. 3211-11 CSP).

L'établissement d'un certificat nécessitant un examen du patient, qui sera souvent impossible puisque ces situations confrontent généralement les psychiatres à des patients en rupture de traitement et ne se rendant pas à leurs rendez-vous, le même texte prévoit que « *lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen du patient, [le psychiatre] transmet un avis établi sur la base du dossier médical de la personne* ». Cette réadmission en hospitalisation complète implique évidemment un contrôle obligatoire par le JLD à 12 jours.

L'article L. 3211-2-1, II, du Code de la santé publique fait obligation au psychiatre, mettant en place un programme de soins, d'aviser la personne, au cours d'un entretien préalable, qu'aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à son égard. Lors de cet entretien, le psychiatre doit aussi informer le patient de son devoir de collaborer aux soins et de l'existence de la sanction possible par réadmission en hospitalisation complète. L'article R. 3211-1, III, du Code de la santé publique prévoit plus précisément que le psychiatre doit indiquer « *en particulier [au malade] que le programme de soins peut être modifié à tout moment pour tenir compte de l'évolution de son état de santé et [que le psychiatre] peut proposer son hospitalisation complète notamment en cas d'une inobservance de ce programme susceptible d'entraîner une dégradation de son état de santé* ».

La décision de modifier la prise en charge obéit à un régime comparable à celui de la décision qui l'avait mise en place.

Concernant les soins psychiatriques sur demande d'un tiers ou de péril imminent, le directeur d'établissement prend la décision à la suite de la production d'un certificat par le psychiatre traitant, sa compétence étant à nouveau liée par l'opinion médicale.

S'agissant des soins psychiatriques sur demande du représentant de l'État, le certificat du psychiatre traitant n'énonce qu'une proposition qui ne lie pas le préfet, celui-ci pouvant accepter ou

refuser de donner effet à l'opinion médicale. Néanmoins, lorsque le psychiatre suggère une transformation d'une hospitalisation complète en programme de soins que le préfet refuse, un second avis est produit par un psychiatre et, si celui-ci est conforme au premier, le préfet est tenu de mettre en œuvre la proposition de ces médecins. Dans le cas contraire, le préfet peut maintenir sa décision à titre provisoire mais une saisine obligatoire du JLD a lieu afin que celui-ci tranche entre ces divergences d'appréciation (art. L. 3213-9-1 CSP). Le psychiatre émettant ce second avis ne doit pas être désigné par le préfet mais par le directeur d'établissement⁷⁷.

La décision de réadmission en hospitalisation complète d'un patient en programme de soins doit intervenir formellement avant sa mise en œuvre effective. En effet, dans la mesure où aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre lorsque le patient est en programme de soins, il faut au préalable modifier la prise en charge juridiquement avant de la modifier actuellement en faisant par exemple amener le malade à l'hôpital par les forces de l'ordre. À défaut de respect de cette chronologie, le JLD prononcera la mainlevée⁷⁸. En cas de troubles graves à l'ordre public ou de risque pour la sûreté des tiers, l'article L. 3213-2 du Code de santé publique relatif aux pouvoirs du maire ou du commissaire de police à Paris permet de pourvoir à l'urgence et de prendre les mesures provisoires nécessaires en l'attente d'une décision formelle du préfet.

Afin d'assurer une bonne coordination entre les différentes institutions impliquées, l'article L. 3222-1-2 du Code de la santé publique dispose que les conventions que les établissements de santé autorisés en psychiatrie passent avec les collectivités territoriales, l'ARS et le préfet « prévoient [...] les conditions dans lesquelles sont mises en œuvre les décisions par lesquelles le directeur de l'établissement d'accueil ou le représentant de l'État modifie la forme de la prise en charge de ces personnes en procédant à leur hospitalisation complète ».

4. La mainlevée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement

4.1. Mainlevée prononcée par le directeur de l'établissement

Le directeur de l'établissement doit prononcer la levée de la mesure de soins psychiatriques :

- lorsque le certificat médical de 24 heures ou de 72 heures conclut que l'état de la personne ne justifie plus la mesure de soins ;
- lorsqu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies et ce, dans un certificat médical circonstancié mentionnant l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins ;
- lorsque la commission départementale des soins psychiatriques ou le tiers requérant en fait la demande.

Cependant, lorsqu'un certificat médical ou un avis médical établi par un psychiatre de l'établissement et datant de moins de 24 heures atteste que l'arrêt des soins entraînerait un péril imminent pour la santé du patient, le directeur n'est pas tenu de donner une suite favorable à la demande du tiers (L. 3212-9 CSP).

En outre, si un tel certificat atteste que la personne présente un risque pour la sûreté des personnes ou porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public, le directeur de l'établissement doit, avant de prononcer la levée de la mesure, informer le préfet et n'est pas tenu d'y répondre favorablement à la demande du tiers (L. 3212-9 CSP).

Dans les 24 heures de la levée de la mesure, le directeur doit informer le représentant de l'État dans le département, ou, à Paris, le préfet de police, et la Commission départementale des soins psychiatriques ainsi que les procureurs de la République et la personne ayant demandé les soins.

⁷⁷ CA Metz, ord., 13 nov. 2014, n° 14/528.

⁷⁸ TGI Perpignan, 18 sept. 2012, ord. JLD, n° 12/477.

4.2. Mainlevée prononcée par le représentant de l'État

L'article L. 3212-8 CSP donne le pouvoir au représentant de l'État d'ordonner la levée immédiate et à tout moment de la mesure de soins lorsque les conditions requises pour cette mesure ne sont plus réunies.

Il peut s'agir, d'abord, d'une mainlevée par décision du préfet sur proposition du psychiatre traitant (art. L. 3213-4, al. 3)⁷⁹ de la commission départementale des soins psychiatriques (art. L. 3213-4, al. 3). Cependant, le préfet n'est pas tenu de la suivre.

Il peut s'agir, en outre, d'une levée des soins en raison de la caducité de la mesure. En effet, à défaut de renouvellement de celle-ci par le préfet dans les délais requis (avant la fin des premier, quatrième, dixième mois, etc.), le directeur de l'établissement d'accueil est tenu d'en affranchir immédiatement le malade (art. L. 3213-4, al. 2).

Il peut s'agir, enfin, d'une mainlevée sur décision du JLD.

4.3. Mainlevée prononcée par le JLD

Le JLD peut se saisir d'office ou peut être saisi par :

- la personne faisant l'objet des soins ;
- les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;
- la personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- son conjoint, son concubin, la personne avec laquelle elle est liée par un pacte civil de solidarité ;
- la personne qui a formulé la demande de soins ;
- un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins ;
- le procureur de la République.

Si le JLD ne statue pas dans les délais impartis⁸⁰, la mainlevée de la mesure est acquise.

⁷⁹ Voir *supra*.

⁸⁰ Soit 12 jours, soit six mois.

Analyse de Jurisprudence

Partie 1 : hospitalisation sur demande d'un tiers :

Rappel : nécessité de deux certificats initiaux de moins de 15 jours établis par deux médecins différents.

1- Conditions de fond

Les CM doivent être précis, motivés et circonstanciés.

Le certificat n'est pas circonstancié s'il ne précise pas la particularité de la maladie dont souffre la patiente, hospitalisée sans consentement, qui présentait un état d'agitation avec désordre sur la voie publique. En cela, elle présentait un danger pour elle-même. Aussi est-il nécessaire d'expliquer en quoi cet état d'agitation a exigé une hospitalisation sans consentement.

- Est satisfaisant le certificat médical rédigés de manière succincte, qui indique la nature de la pathologie et conclut à la nécessité d'une hospitalisation sans consentement. **Lien entre la nature de la pathologie et la nécessité d'une hospitalisation ;**
- est satisfaisant le certificat qui précise les particularités de la maladie et les éléments constitutifs d'un péril imminent. **Lien entre la nature de la pathologie (particularité) et la nécessité d'une hospitalisation ;**
- chacun de ces certificats médicaux doivent attester que les troubles présents rendent impossible le consentement de l'intéressé et que l'état du patient impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante. **Nécessité d'explicitier les troubles justifiant la mesure ;**
- en cas de problèmes somatiques, il est préférable d'effectuer les certificats quand l'état somatique est stabilisé. L'examen somatique est un élément essentiel permettant notamment d'écartier toute origine somatique aux troubles présentés par le patient. Sa réalisation ne donne pas lieu à la rédaction d'un certificat mais doit être mentionnée dans le dossier du patient.

2- Conditions de forme

Les CM doivent être rédigés par des médecins inscrits à l'ordre (exclusion des internes, FFI, attachés associés et assistants associés). Ils doivent être lisibles. Il est nécessaire, d'une part, d'indiquer la date du certificat médical, et, d'autre part, que le 1^{er} certificat médical intervienne dans les 24 heures. En revanche, il n'est pas nécessaire d'indiquer l'heure. Le 2^e certificat médical doit intervenir dans les 15 jours.

La nécessité d'avoir deux certificats, et le fait que les deux doivent être circonstanciés, font, ici, l'objet d'un rappel. Ainsi, si le deuxième se contente de confirmer le premier sans formuler d'avis médical, il s'agit d'une irrégularité de la procédure.

Rappel : nécessité de deux certificats médicaux après l'admission du patient dans l'établissement de soins psychiatriques : le 1^{er} dans les 24 heures et le 2nd dans les 72 heures.

Dans les 24 heures suivant l'admission en SPDT, le directeur de l'établissement n'a pas à réitérer sa décision initiale si le nouveau CM conclu à la nécessité de prolonger l'hospitalisation. En revanche, lorsque le directeur se réfère aux CM, il est nécessaire d'incorporer les principaux motifs, dans sa décision de renouvellement, sinon la décision serait irrégulière.

Partie 2 : hospitalisation à la demande d'un représentant de l'État.

1- Conditions de fond

- La décision du préfet peut se référer au CM, dès lors que ce dernier est circonstancié ;
- est recevable l'arrêté préfectoral qui se réfère à un certificat médical décrivant avec précision l'état mental de l'intéressé au moment des faits ;
- le certificat médical qui se contente d'indiquer que l'individu doit être hospitalisé en raison de son comportement agressif, et qu'il représentait un danger pour lui et pour autrui, n'est pas circonstancié ;
- est recevable le CM décrivant avec précision l'état mental du patient et les risques que présente son comportement pour son entourage et pour lui-même ;
- n'est pas recevable l'arrêté préfectoral pour défaut de motivation alors qu'il se réfère à deux certificats médicaux dont le premier n'énonçait pas les circonstances de fait ;
- n'est pas recevable le CM indiquant que les « troubles mentaux de l'intéressé compromettaient l'ordre public et la sécurité des personnes et nécessitaient son placement d'office » sans autre précision ;
- n'est pas recevable lorsque le CM est établi sur un formulaire qui comporte, outre des mentions pré-imprimées, des indications manuscrites, peu précises.

Exemple de CM déclaré recevable :

- 1- le CM qui fait état de troubles mentaux de l'intéressé définis par le psychiatre comme révélateurs d'une pathologie de type schizophrénique. Il décrivait son « refus de la réalité, son agressivité et son refus d'être traitée ». De plus, des dégradations multiples de véhicules en récidive dont il était fait état à son encontre constituaient des atteintes graves à l'ordre public ;
- 2- l'arrêté qui précise que l'intéressé a été interpellé par les services de police (...) pour mise en péril de mineurs et enlèvement parental et qu'elle a été conduite à l'hôpital (...) où le psychiatre de garde a diagnostiqué un délire mégalomane avec propos inadaptés. Cet arrêté vise par ailleurs le CM qui établit la nécessité des soins en raison de troubles mentaux qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

3- Conditions de forme

- Les deux certificats médicaux ne doivent pas nécessairement être joints à l'arrêté préfectoral remis à l'intéressé ;
- cependant, si le préfet se fonde sur les CM pour décider d'une hospitalisation, il doit non seulement les joindre à l'arrêté, mais en plus, l'autorité (le préfet) doit s'en approprier le contenu. Ces CM motivent dès lors la décision du préfet ;
- le certificat médical circonstancié ne doit pas émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil ;
- le certificat médical d'admission doit être fait par un médecin psychiatre non rattaché à l'établissement. Il ne peut s'agir non plus d'un médecin qui a exercé précédemment dans l'établissement où l'intéressé a été hospitalisé et qui par ailleurs avait été soigné à plusieurs reprises par lui. (Ceci entache d'irrégularité la décision du préfet) ;
- le certificat médical prime sur l'examen médical réalisé le jour de l'admission.

Conclusion :

Avant-propos : rappelons qu'en matière d'hospitalisation sans consentement, le juge n'est pas le décideur comme il l'est couramment, mais il est en charge du contrôle d'une décision prise par d'autres, avec le pouvoir de la remettre en cause. Le juge est invité à procéder à un double contrôle :

- un contrôle de proportionnalité ;
- un contrôle de régularité.

Le juge doit prendre parti sur la conciliation entre deux principes susceptibles d'entrer en opposition : la liberté individuelle et la protection de la santé.

Une formation à la maladie mentale et aux techniques d'entretien avec les patients est sans doute indispensable, mais jamais elle ne permettra au juge d'être à l'aise sur un terrain professionnel qui ne peut être le sien. Même en se livrant à un examen strict des certificats médicaux, le juge, qui en fait une lecture juridique, peine à trouver dans le langage propre aux médecins, les éléments que la loi lui commande de caractériser.

L'analyse de la JP nous enseigne que difficile à réaliser, ce contrôle de proportionnalité s'efface au profit du second contrôle : celui de la régularité, plus formel, plus simple plus habituel avec le risque qu'il comporte de laisser le patient sans soins adaptés au traitement de la crise qui avait conduit à prononcer son hospitalisation.

C'est en l'état de ce constat que l'analyse de la jurisprudence est présentée.

Sur les certificats médicaux : ils doivent être motivés, précis et circonstanciés.

✓ Sur l'état de santé du patient : élément de faits

Les CM doivent décrire l'état du patient, en prenant en compte les symptômes démontrant la perte d'autonomie, son incapacité à consentir, montrer que la mesure est bien adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du patient, qu'il faut dès lors décrire. Au mieux, il faut apporter les facteurs de protection apportés par la prise en charge du patient.

Le CM doit être circonstancié en ce sens **où il doit permettre de conclure à la simple lecture de la nécessité d'une hospitalisation**. Le CM doit décrire avec précision l'état mental au moment des faits. Le CM doit dès lors expliciter les circonstances de fait qui fondent l'avis médical du médecin psychiatre qui l'a établi et notamment son appréciation de la dangerosité de l'intéressé pour la sûreté des personnes.

Par les mentions suivantes :

A- Descriptions de l'état de santé du patient :

- 1- *indiquer les circonstances qui ne permettent pas de recueillir le consentement de la personne ;*
- 2- *décrire l'état de santé du patient de manière détaillée : (les signes ou la maladie révélant la nécessité de procéder à son hospitalisation). Description des troubles mentaux : refus de la réalité (...)* ;
- 3- *indiquer les circonstances de fait constatées corroborant la décision médicale ;*
- 4- *explicitement la nécessité de recevoir des soins.*

✓ **Sur le danger ou le péril imminent : élément de droit :**

Pour le prescripteur, il est nécessaire d'indiquer le cadre légal dans lequel il intervient (péril imminent, risque grave, etc.).

Dire en quoi, l'état de santé du patient représente un péril et en quoi ce péril est imminent. Dire en quoi, l'état de santé du patient représente un danger pour lui-même pour les tiers.

Par les mentions suivantes :

B- Régime d'admission en soins psychiatriques sans consentement :

- à la demande d'un tiers ;
- à la demande d'un tiers en urgence ;
- en cas de péril imminent ;
- sur décision d'un représentant de l'État.

Les certificats médicaux autres qu'initiaux

Ces certificats médicaux, ayant les mêmes exigences que les CM initiaux, ont des exigences supplémentaires :

Indiquer avec précision en quoi l'état de santé du patient au moment de la rédaction du CM confirme la mesure ou la levée de la mesure. Indiquer dans cette seconde hypothèse, les motifs qui selon le médecin supprime le péril ou le danger.

Les décisions des autorités : préfet/directeur d'établissement :

Toute décision dès lors qu'elle impacte sur la liberté d'autrui doit être motivée. Cette décision doit indiquer **les éléments de droits ou de faits qui justifient la mesure**. Elle peut répondre à l'exigence de motivation en se référant au certificat médical circonstancié, dans ce cas, elle doit en approprier le contenu et joindre le certificat médical à la décision. L'arrêté est motivé dès lors qu'il énonce avec précision les circonstances qui ont rendu la mesure nécessaire.

Le JLD doit pouvoir vérifier facilement que les considérations de droit et de fait, énoncées dans la décision, permettent d'en connaître les motifs à la seule lecture.

2. Version soumise aux parties prenantes

Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins sans consentement à l'issue de la période d'observation de 72 heures

Août 2017

Messages clés

- Une personne ne peut sans son consentement, ou le cas échéant sans celui de son représentant légal, faire l'objet de soins psychiatriques. Cependant, des soins psychiatriques sans consentement sont autorisés sous réserves du respect d'un certain nombre de conditions prescrites par le Code de la santé publique (art. L. 3211-1 et suivants du Code de la santé publique).
- Une personne qui, au cours de la procédure, accepte d'être hospitalisée ou soignée, ne peut faire l'objet d'une procédure de soins sans consentement (art. L. 3211-2 alinéa 2 du Code de la santé publique).
- À tout moment, le consentement de la personne doit être recherché et respecté chaque fois qu'elle est apte à exprimer sa volonté.
- La personne retenue sans son consentement pour des motifs psychiatriques est aussitôt, ou dès que son état le permet, informée de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours et des garanties ainsi que des décisions prises à son endroit et des raisons qui les motivent (art. L. 3211-3 alinéas 4 et 5 du Code de la santé publique).
- L'établissement d'un certificat nécessite un examen médical obligatoire. Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne, un avis est établi sur la base du dossier médical. Cet avis expose notamment les raisons pour lesquelles l'examen n'a pas été possible.
- Le certificat médical doit permettre à ses destinataires non médecins de comprendre le bien-fondé de la mesure (régularité et proportionnalité) qui doit prendre en compte l'équilibre entre la protection de la santé et les libertés individuelles de la personne. Protection de la santé et liberté d'aller et venir sont deux principes de même valeur constitutionnelle (bloc de constitutionnalité).
- Le diagnostic médical ne doit pas être révélé eu égard au secret professionnel (article L. 226-13 Code pénal et L.1110-4 Code de la santé publique)
- Le médecin rédacteur doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins (exclusion des internes, faisant fonction d'internes (FFI), attachés associés et assistants associés) et en situation régulière d'exercice (absence de suspension ou d'interdiction d'exercice). Hormis pour certains certificats initiaux, le rédacteur est obligatoirement psychiatre.

Abréviations et acronymes

CM	Certificat médical
CSP	Code de la santé publique
HC	Hospitalisation complète
JLD	Juge des libertés et de la détention
PS	Programme de soins
SDDE	Soins sur décision du directeur de l'établissement
SDJ	Soins sur décision de justice
SDRE	Soins sur décision du représentant de l'État
SDT	Soins sur demande d'un tiers
SDTU	Soins sur demande d'un tiers en urgence
SL	Soins libres
SPI	Soins en cas de péril imminent
UMD	Unité pour malades difficiles

Préambule

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 (dont certaines dispositions ont été modifiées par la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013) a réformé la 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.

L'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement se fait :

- soit sur décision du directeur de l'établissement de santé (SDDE) (art. L. 3212-1 du Code de la santé publique) :
 - consécutivement à la demande d'un tiers, en urgence ou non (SDT ou SDTU),
 - ou sans demande de tiers en cas de péril imminent (SPI) ;
- soit sur décision du représentant de l'État (SDRE) (art. L. 3213-1 du Code de la santé publique) ou sur décision de justice (SDJ).

Quel qu'en soit le décisionnaire, une telle admission implique une période d'observation de 72 heures au plus, sous forme d'hospitalisation complète, permettant d'évaluer la capacité de la personne à consentir aux soins ainsi que son état pour définir la forme de la prise en charge la mieux adaptée à ses besoins, et d'engager les soins nécessaires. Un certificat doit être établi dans les 24 heures suivant l'admission, un autre certificat dans les 72 heures, nécessitant l'avis de trois médecins et/ou psychiatres différents sur cette période.

À l'issue de cette période d'observation et en fonction des conclusions de ces deux certificats confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques, il est décidé du maintien ou de la levée des soins et, dans le premier cas, de la forme de la prise en charge :

- soit sous la forme d'une hospitalisation complète ;
- soit sous toute autre forme, pouvant comporter des soins ambulatoires, des soins à domicile, une hospitalisation à domicile, des séjours à temps partiel ou des séjours de courte durée à temps complet. Un programme de soins est alors établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil et ne peut être modifié que dans les mêmes conditions. Le programme de soins définit les types de soins, leur périodicité et les lieux de leur réalisation, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État (art. R. 3211-1 du Code de la santé publique).

En cas d'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement, ce dernier a compétence pour prononcer le maintien des soins sans consentement, retenir la forme de la prise en charge proposée par le psychiatre et, le cas échéant, le programme de soins proposé par le psychiatre.

En cas d'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État, le préfet est compétent pour décider du maintien des soins sans consentement et de la forme de la prise en charge de la personne sur proposition du psychiatre.

La loi prévoit le calendrier selon lequel doivent être établis les certificats ou avis médicaux au cours de la prise en charge.

Dès lors que l'un des certificats conclut que l'état mental de la personne ne justifie plus le maintien des soins, le directeur de l'établissement d'accueil (dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement) doit prononcer la levée de la mesure. En revanche, dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État, le préfet peut décider de lever ou non cette mesure de soins.

Fondement des certificats et avis médicaux

Comme le précise une instruction interministérielle datée du 15 septembre 2014 (instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ n° 2014-262 du 15 septembre 2014 relative à l'application de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge) « [...] les décisions relatives aux mesures de soins psychiatriques sont fondées sur des certificats ou des avis médicaux qui seuls permettent de les motiver, qu'il s'agisse des mesures initiales, de leur maintien, de leurs aménagements ou de leur levée. [...] La loi exige, dans la plupart des cas, que les certificats et avis adressés aux préfets ou aux juges soient circonstanciés ».

Les certificats ont une valeur médico-légale, car c'est l'acte à partir duquel le JLD va forger sa décision. Préalablement, c'est l'acte sur lequel le préfet ou le directeur d'établissement s'appuie pour prendre sa décision.

Si l'avis ou le certificat médical n'est pas suffisamment précis ou motivé :

- le préfet ou le directeur de l'établissement peuvent refuser de se prononcer et de prendre une décision ;
- l'arrêté du préfet peut être annulé par le tribunal administratif ;
- le JLD peut décider de lever la mesure d'hospitalisation pour ce motif, s'agissant de la mise en jeu de libertés individuelles.

Rédacteur des certificats et avis médicaux

Le médecin rédacteur doit être inscrit au tableau de l'Ordre des médecins (exclusion des internes, faisant fonction d'internes (FFI), attachés associés et assistants associés) et en situation régulière d'exercice (absence de suspension ou d'interdiction d'exercice). Hormis pour certains certificats initiaux, le rédacteur est obligatoirement psychiatre.

Dans le cas d'un remplacement d'un médecin par un étudiant en médecine dûment autorisé par le conseil départemental de l'ordre, l'étudiant en médecine remplaçant exerce la médecine et est habilité à établir et signer des certificats médicaux.

Contenu des certificats et avis médicaux

Dispositions communes à tous les certificats et avis médicaux

Le certificat médical doit permettre à ses destinataires non médecins de comprendre le bien-fondé de la mesure (régularité et proportionnalité) qui doit prendre en compte l'équilibre entre la protection de la santé et les libertés individuelles de la personne. Protection de la santé et liberté d'aller et venir sont deux principes de même valeur constitutionnelle (bloc de constitutionnalité).

Pour rédiger le certificat, il est nécessaire que le médecin :

- s'entretienne avec le patient ou au moins tente de le faire (en cas d'impossibilité, en exposer les raisons) ;

- examine et constate par lui-même les éventuels troubles mentaux, le cas échéant, qu'il explicite les raisons pour lesquelles il n'a pas pu les constater lui-même (en cas d'impossibilité, en exposer les raisons et rédiger un avis médical) ;
- recherche le consentement de la personne ;
- recherche les éléments lui permettant de justifier la nécessité de dispenser des soins dans le cadre d'une mesure contrainte ;
- recherche les troubles mentaux ainsi que les troubles du comportement qui en résultent.

I- Sur la forme

Chaque certificat doit permettre d'identifier clairement son auteur afin de pouvoir vérifier ses liens éventuels avec l'établissement d'accueil du patient. Le certificat doit donc comporter l'identification du médecin, c'est-à-dire son nom, son prénom, son numéro RPPS (Répertoire partagé des professionnels de santé) si possible, et sa structure de rattachement.

Le certificat médical doit être lisible et rédigé en langue française.

La loi impose que les certificats médicaux soient dactylographiés pour les admissions d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'État (SDRE), mais il n'y a aucune exigence pour les autres situations. Cependant, pour garantir une parfaite lisibilité, il est recommandé de dactylographier tous les certificats et avis médicaux.

Le certificat médical doit être daté et signé.

II- Sur le fond

Le certificat médical doit être explicite, c'est-à-dire : circonstancié, précis et motivé.

Le médecin ne peut certifier que ce qu'il a constaté lui-même, ce qui impose un examen médical, à la différence des avis qui peuvent être établis à la lecture du dossier.

Pour cela il est recommandé de satisfaire aux items suivants :

1- Décrire la symptomatologie constatée

La loi prévoit que les certificats doivent être circonstanciés. Il n'y a aucune obligation à mentionner le diagnostic dans le certificat ou l'avis, compte tenu du droit au respect de la vie privée des patients, dont le droit au secret des informations relatives à l'état de santé fait partie (droits rappelés à l'article L. 1110-4 du Code de la santé publique).

Par conséquent, le diagnostic médical ne doit pas être révélé, d'autant que le diagnostic en lui-même ne justifie pas les soins sans consentement.

Lors de l'entretien, le médecin rédacteur doit :

- procéder à une description clinique symptomatologique pouvant être illustrée par des faits comportementaux précis et/ou en citant des propos précis de la personne ;
- décrire l'évolution clinique depuis le précédent certificat médical.

2- Justifier si le tableau clinique relève de soins psychiatriques

Il convient d'indiquer si le tableau clinique relève ou non de soins psychiatriques. Il convient également de définir et expliciter le lien entre la nature de la pathologie et la nécessité ou non d'une hospitalisation.

Il est recommandé, pour apprécier la sévérité des troubles mentaux et la nécessité de soins immédiats, de rechercher :

- un risque suicidaire ;
- un risque d'atteinte potentielle à lui-même ou à autrui ;
- une prise d'alcool ou de toxiques associée ;

- un délire ou des hallucinations ;
- des troubles de l'humeur ;
- le degré d'incurie en lien avec un trouble mental.

3- Décrire la capacité ou non de la personne à consentir aux soins.

En pratique, il s'agit de :

- justifier en quoi le discernement est altéré ou non, justifier en quoi la personne est, ou non, en capacité de consentir ;
- préciser, le cas échéant, si la personne éprouve des difficultés à comprendre la langue française et si elle nécessite les services d'un traducteur (dans cette hypothèse, décliner l'identité du traducteur ; en cas d'impossibilité de trouver un traducteur, mentionner la raison et indiquer qu'une recherche active est en cours) ;
- justifier de la possibilité, ou non, de maintenir le consentement dans le temps et sa cohérence.

Cinq critères objectifs peuvent être analysés pour appréhender la capacité de la personne à consentir ou non. Il s'agit dès lors pour le psychiatre de repérer chez la personne :

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

À tout moment le consentement de la personne doit être recherché.

4- Conclure : choix de la mesure de soins

Il s'agit de conclure en indiquant si des soins sont nécessaires et, le cas échéant, préciser les raisons pour lesquelles l'état du patient nécessite des soins sans consentement, ainsi que la forme de la prise en charge adaptée (maintien de la mesure, levée de la mesure, modification de la mesure (programme de soins/hospitalisation complète)) et ses modalités.

Dispositions spécifiques selon les procédures

Les certificats et avis médicaux doivent préciser clairement le cadre légal dans lequel ils ont été établis :

- SPI - en cas de danger ou péril imminent, le médecin doit en sus :
 - expliciter en quoi l'état de santé du patient représente un péril,
 - justifier en quoi ce péril est imminent,
 - justifier en quoi l'état de santé du patient représente un danger pour lui-même ;
- SDTU - en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité de la personne, le médecin doit :
 - expliciter le risque grave et les modalités d'atteinte à l'intégrité de la personne ;
- SDRE – le médecin doit :
 - décrire les caractéristiques des troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public,
 - préciser en quoi l'ordre public est « gravement » atteint ou la sûreté des personnes compromise,
 - indiquer les dates d'admission en SDRE et les dates des programmes de soins en cas de réintégration en hospitalisation complète (à la suite des exigences de l'avis de la Cour de cassation de juillet 2016).

Ces informations peuvent être assorties d'éléments factuels constatés par le médecin permettant au magistrat d'appréhender les motifs de la mesure et d'en apprécier sa proportionnalité eu égard à l'atteinte qu'elle suppose aux libertés fondamentales du patient.

3. Avis des parties prenantes

COMMENTAIRES FORME		
	Éléments (+)	Éléments (-)
ANAP	La fiche-mémo est très claire et précise.	Quelle est la fiabilité des modèles de certificats médicaux disponibles sur le Web ?
CONFÉRENCE NATIONALE DES PCME DE CH	Complet et clair.	Points essentiels à mettre en gras ou à souligner dans le texte (même s'ils sont résumés dans les « messages clés »). Document qui reste long pour un mémo.
AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ	Document clair, précis et complet. C'est une excellente base de travail transposable pour les autres étapes.	
ASSOCIATION NATIONALE DES RESPONSABLES QUALITE EN PSYCHIATRIE	Formes adaptée de sept pages, texte clair.	
COMMENTAIRES « MESSAGES CLÉS »		
SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES (SNP)	Le Message Une personne qui, au cours de la procédure, accepte d'être hospitalisée ou soignée, ne peut faire l'objet d'une procédure de soins sans consentement (art. L. 3211-2 alinéa 2 du Code de la santé publique) . Nous paraît particulièrement important. Nous pensons qu'il devrait être mis en avant car il est loin d'être toujours respecté.	
ANAP	Il s'agit d'une reprise des grands principes issus des deux lois qui ont réformé le sujet. En revanche, le message « Le diagnostic médical ne doit pas être révélé eu égard au secret professionnel (article L. 226-13 du CP et L. 1110-4 du CSP) » est assez lapidaire. La simple lecture des deux articles socle ne traduit pas avec évidence l'affirmation qui en est tirée. 6ème message : « Le certificat médical doit permettre [...] Protection de la santé et liberté d'aller et venir sont deux principes de même valeur constitutionnelle (bloc de constitutionnalité) » => Proposition d'ajout : « ce sont les notions de nécessité de soins immédiate et/ou de violence immédiate qui doivent être prise en compte dans cet équilibre. » Il serait peut-être utile de rappeler que l'examen somatique est obligatoire.	
CONFÉRENCE NATIONALE DES PCME DE CH	6ème alinéa, changer dans la parenthèse : régularité et proportionnalité, changer au profit de : adapté, nécessaire et proportionnel.	
AGENCE RÉGIONALE DE SANTE :	<ul style="list-style-type: none"> • Intégrer un point supplémentaire dans cet encart : le respect des délais pour l'envoi des certificats médicaux et avis. • « Une personne qui, au cours de la procédure, accepte d'être hospitalisée ou soignée, ne peut faire l'objet d'une procédure de soins sans consentement (art. L. 3211-2 alinéa 2 du code de la santé publique) » : l'article L. 3211-2 n'énonce pas cela. Il énonce : « Une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet ». Ce que vous dites est certes un principe des soins sans consentement. Cependant, d'une part, les psychiatres peuvent être confrontés à la problématique de savoir si le consentement est constant (le patient est consentant à un moment donné mais une heure après non), et d'autre part, de savoir si le consentement est recevable (le patient 	

	<p>dit oui aux soins dans son discours mais le reste de son comportement démontre le contraire).</p> <p>D'autre part, ce principe est juridiquement valable pour les SPDT/SPPI : L. 3212-1, « I- Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut faire l'objet de soins psychiatriques sur la décision du directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 que lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :</p> <p>1° ses troubles mentaux rendent impossible son consentement ;</p> <p>2° son état mental impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous la forme mentionnée au 2° du I de l'article L. 3211-2-1 ».</p> <p>Par contre ce principe n'est juridiquement pas valable pour les SPDRE : en effet, les textes applicables aux SPDRE (tous les L 3213) ne mentionnent pas la nécessité que la personne ne consente pas aux soins pour pouvoir l'admettre : la personne doit présenter des troubles mentaux qui nécessitent des soins et qui compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (L. 3213-1) ou « en cas de danger imminent pour la sûreté des personnes, attesté par un avis médical » doivent présenter un « comportement » qui « révèle des troubles mentaux manifestes » (L. 3213-2). Nulle trace de notion d'absence de consentement. Si l'absence de consentement ou « l'anosognosie » sont souvent évoquées par les psychiatres dans leurs certificats, l'absence de consentement n'est pas une condition juridiquement nécessaire pour une admission en SPDRE. Elle fait partie des éléments qui permettent d'apprécier si le comportement de la personne nécessite une SPDRE, mais n'est pas en elle-même une condition indispensable pour une admission en SPDRE.</p>
UNAFAM	<p><i>Dans la mesure où il ne s'agit que des CM après la 72^e heure, la dernière phrase est ambiguë. Proposition : Le rédacteur est obligatoirement un psychiatre, à la différence de certains certificats initiaux.</i></p> <p><i>De même peut-on laisser planer le doute qu'après 72h d'hospitalisation, il puisse ne pas y avoir d'examen médical ? (cf 5^{ème} paragraphe en opposition avec le préambule, certificat à 24h et 2^{ème} certificat dans les 72h).</i></p>
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Remplacer le 2^{ème} alinéa par la citation de l'article L. 3211-2 al. 2 du Code de la santé publique qui privilégie la transformation d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement en une mesure de soins libres : « Lorsque l'état d'une personne faisant l'objet d'une mesure de soins psychiatriques sans son consentement le permet, une transformation générale de la mesure en soins libres doit être privilégiée ». • Au début du 4^e alinéa, les termes « retenue sans son consentement pour des motifs psychiatriques » doivent être remplacés par « faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement », conformément à la terminologie législative. <p>Alinéa 6 : ce qu'il importe de préciser est que la restriction des libertés individuelles doit être « adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état mental de la personne » (article L. 3211-3 du CSP).</p>
ASSOCIATION NATIONALE DES RESPONSABLES QUALITE EN PSYCHIATRIE	<p>Lorsqu'il ne peut être procédé à l'examen de la personne, un avis est établi sur la base du dossier médical → il aurait pu être précisé que la rencontre avec le patient devait être recherchée en priorité.</p>
COMMENTAIRES « ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES »	
SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES (SNP)	Très clair.
CONFÉRENCE NATIONALE DES PCME DE CH	Être plus clair entre la notion d'examen et la notion d'avis.
AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ	UHSA – USIP – CHS.
ASSOCIATION	Beaucoup d'abréviations et d'acronymes sont différents selon les régions, voire selon

<p>NATIONALE DES RESPONSABLES QUALITE EN PSYCHIATRIE</p>	<p>les établissements.</p>
<p>COMMENTAIRES « PRÉAMBULE »</p>	
<p>SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES (SNP)</p>	<p>Très clair.</p>
<p>ANAP</p>	<p>Bel effort de synthèse de deux textes de lois à souligner.</p>
<p>FHP PSY</p>	<p>Quel qu'en soit le décisionnaire, une telle admission implique une période d'observation de 72 heures au plus, sous forme d'hospitalisation complète, permettant d'évaluer la capacité de la personne à consentir aux soins ainsi que son état pour définir la forme de la prise en charge la mieux adaptée à ses besoins, et d'engager les soins nécessaires. Un certificat doit être établi dans les 24 heures suivant l'admission (en plus du premier déjà établi par un médecin extérieur pour un SDT), un autre certificat dans les 72 heures, nécessitant l'avis de 3 médecins et ou psychiatres différents (a minima pour les deux derniers) sur cette période.</p>
<p>CONFÉRENCE NATIONALE DES PCME DE CH</p>	<p>1- Il faut indiquer qu'on parle des patients MAJEURS. Je ne l'ai vu indiqué nulle part. Les règles sont différentes pour les mineurs (pas de SDDE). 2- <u>Ligne 16 : « nécessitant l'avis de 3 médecins ou psychiatres différents sur cette période ».</u> S'il s'agit d'un SDT (hors SDTU et SPI), le rédacteur peut être le même médecin au certificat de 24 et au 72h! Même remarque pour le SDRE hors urgence. 3- <u>Dernière ligne du préambule : « le préfet peut décider de lever ou non cette mesure de soins ».</u> Pas totalement exact. Si le préfet refuse de suivre l'avis médical, un 2ème avis médical est demandé, et s'il est identique au premier, dans ce cas le préfet est tenu de valider la décision médicale (sa décision est « liée », disent les juristes) ; il est obligé de suivre l'avis médical s'il s'agit d'un deuxième avis concordant avec le premier.</p>
<p>AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ</p>	<p>Remarque au sujet des certificats d'admission, de 24 h et de 72h : Les textes indiquent seulement 3 cas pour lesquels les auteurs de ces 3 certificats doivent être différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'admission en péril imminent (L. 3212-1 II-2°) ; • l'admission en SDTU (art. L. 3212-3) ; • la transformation d'une mesure SDT en SDRE (L. 3213-6). <p>« Un certificat doit être établi dans les 24 heures suivant l'admission, un autre certificat dans les 72 heures, nécessitant l'avis de 3 médecins et ou psychiatres différents sur cette période. » :</p> <p>Même remarque que la collègue des Hauts-de-France : les textes indiquent seulement 3 cas pour lesquels les auteurs de ces 3 certificats doivent être différents :</p> <ul style="list-style-type: none"> • l'admission en péril imminent (L. 3212-1 II-2°) ; • l'admission en SDTU (art. L.3212-3) ; • la transformation d'une mesure SDT en SDRE (L. 3213-6). <p>« Dès lors que l'un des certificats conclut que l'état mental de la personne ne justifie plus le maintien des soins, le directeur de l'établissement d'accueil (dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du directeur de l'établissement) doit prononcer la levée de la mesure. En revanche, dans le cadre de l'admission d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat, <u>le préfet peut décider de lever ou non cette mesure de soins</u> » :</p> <p>Peut-être faut-il préciser que sur le sujet, l'article L. 3213-9-1 prévoit un avis d'un second psychiatre en cas de désaccord psychiatre-préfet.</p>

	<p>Préciser aussi que ce principe vaut pour deux types de demandes :</p> <ul style="list-style-type: none"> levée de la mesure (sortie « sèche ») ; mise en place d'une autre prise en charge que l'HC (programme de soins).
UNAFAM	Dernier paragraphe : ne justifie plus le maintien des soins, ajouter sans consentement.
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ	<p>Au 3^e alinéa :</p> <ul style="list-style-type: none"> il faudrait préciser les conditions dans lesquelles peut être prise une mesure de SDTU de la manière suivante : « en urgence (en cas de risque grave à l'intégrité du malade) ». On peut également préciser les conditions dans lesquelles une mesure de SPI peut être prise : « en cas de péril imminent pour la santé de la personne » <p>Au 4^e alinéa : il convient de préciser qu'une mesure provisoire prise par arrêté du maire peut précéder une mesure de SDRE : « (article L. 3213-1 du code de la santé publique) à la suite de mesures provisoires prises par le maire ou non</p>
COMMENTAIRES CHAPITRE « FONDEMENT DES CERTIFICATS ET AVIS MÉDICAUX »	
SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES (SNP)	Très clair.
ANAP	<p>Une référence aux motifs de levée des mesures sur la base du libellé des certificats médicaux aurait permis de mieux préciser l'importance du sujet.</p> <p>Concernant le point II- 2 « justifier si le tableau clinique relève de soins psychiatriques », la notion de « violence immédiate » devrait être mentionnée à l'instar des « soins immédiats ».</p>
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS	<p>Il serait peut-être utile de rappeler les situations où un certificat médical est requis et celles où un avis médical est prévu, en expliquant la différence entre l'établissement d'un certificat et la rédaction d'un avis médical.</p> <p>Il est écrit « <i>Les certificats ont une valeur médico-légale car c'est l'acte à partir duquel le JLD va forger sa décision</i> ». Si, le juge des libertés et de la détention contrôle le bien-fondé et la régularité des mesures de soins psychiatriques sans consentement, les certificats et avis médicaux ne sont pas les seuls éléments communiqués au juge afin qu'il statue (cf article R. 3211-12 du code de la santé publique).</p>
FHP PSY	<p>Peut-être préciser la position du Directeur et du JLD au regard du secret médical, car c'est sur la base de ces certificats médicaux, circonstanciés, précis et motivés, que les décisions sont prises par le Directeur et le JLD.</p> <p>« [...] <i>les décisions relatives aux mesures de soins psychiatriques sont fondées sur des certificats ou des avis médicaux qui seuls permettent de les motiver, qu'il s'agisse des mesures initiales, de leur maintien, de leurs aménagements ou de leur levée. [...] La loi exige, dans la plupart des cas, que les certificats et avis adressés aux préfets ou aux juges soient circonstanciés.</i> ».</p> <p><i>Les certificats ont une valeur médico-légale car c'est l'acte à partir duquel le JLD va forger sa décision. Préalablement c'est l'acte sur lequel le préfet ou le directeur d'établissement s'appuie pour prendre sa décision.</i></p> <p><i>Secret médical ou secret professionnel ou secret partagé ou seulement information « nécessaire, pertinente et non excessive » ?</i></p> <p><i>Le Directeur, le JLD et le Préfet sont destinataires des certificats médicaux dans le cadre de la procédure pour soins psychiatriques sans consentement et ces certificats contiennent des informations relatives à l'état mental du patient. Dérogation légale, car justifiée par la nécessité d'établir une communication maîtrisée d'informations médicales. Référence à la loi ?</i></p>
CONFÉRENCE NATIONALE DES PCME DE CH	Il n'est pas abordé du tout le contrôle fait par la CDSP.

<p>AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ</p>	<p>Contenu des CM et avis : éviter les répétitions et les continuités, les certificats médicaux sont bien souvent rédigés à l'identique (« copier-coller »).</p> <p>« Si l'avis ou le certificat médical n'est pas suffisamment précis ou motivé :</p> <ul style="list-style-type: none"> - le préfet ou le directeur de l'établissement peuvent refuser de se prononcer et de prendre une décision ; - l'arrêté du préfet peut être annulé par le tribunal administratif ; - le JLD peut décider de lever la mesure d'hospitalisation pour ce motif, s'agissant de la mise en jeu de libertés individuelles ». <p>Le tribunal administratif n'est plus compétent depuis le 1^{er} janvier 2013 : L. 3216-1 : l'ensemble du contentieux des SPSC relève du juge judiciaire.</p>
<p>DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTE</p>	<p>Au 4^e alinéa, ajouter la précision suivante :</p> <ul style="list-style-type: none"> • « Le juge d'appel, dans le cadre d'une procédure contentieuse, est susceptible de lever la mesure pour ce motif ». <p>Au 5^e alinéa : bien préciser que l'annulation d'un arrêté du préfet par le tribunal administratif ne peut intervenir que dans le cadre d'un recours pour excès de pouvoir. Pour tous les autres recours, c'est le juge judiciaire qui est compétent (depuis le 1^{er} janvier 2013).</p>
<p>COMMENTAIRES CHAPITRE « RÉDACTEUR DES CERTIFICATS ET AVIS MÉDICAUX »</p>	
<p>SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES (SNP)</p>	<p>Très clair.</p>
<p>ANAP</p>	<p>Très clair.</p>
<p>COMMENTAIRES CHAPITRE « CONTENU DES CERTIFICATS ET AVIS MEDICAUX – DISPOSITIONS COMMUNES A TOUS LES CERTIFICATS ET AVIS MEDICAUX »</p>	
<p>SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES (SNP)</p>	<p>Très clair.</p>
<p>ANAP</p>	<p>L'essentiel est dit.</p>
<p>CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS</p>	<p>Il serait opportun de distinguer l'établissement d'un certificat médical qui exige un examen de la personne, de la rédaction d'un avis médical.</p>
<p>CONFÉRENCE NATIONALE DES PCME DE CH</p>	<p><i>Commentaires : Premier paragraphe : changer dans la parenthèse : régularité et proportionnalité changer au profit de : adapté, nécessaire et proportionnel. "Qui doit prendre en compte l'équilibre entre la protection de la santé => ajouter de la personne ou de l'ordre public.</i></p> <p><i>Dans : 1-Décrire la symptomatologie, ... procéder à une description clinique symptomatologique ...en citant des propos précis de la personne <u>faisant apparaître que celle-ci pourrait se mettre en danger ou porter atteinte à autrui.</u></i></p> <p><i>Dans : 2-justifier si le tableau clinique, premier paragraphe : Il convient également entre la nature de la pathologie, ajouter : et son évolution probable ou prévisible (ou possible au regard du tableau médico-social ?)</i></p>
<p>AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ :</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Décrire ce qu'est un avis (quelle forme ? mentions obligatoires ?). • « La loi impose que les certificats médicaux soient dactylographiés pour les admissions d'une personne en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (SDRE) » : non, d'une part ce sont tous les certificats et avis médicaux pour les SPDRE qui doivent être dactylographiés, pas seulement ceux rédigés pour les admissions. D'autre part, il s'agit d'exigences réglementaires et non législatives. • Article R. 3213-3 (créé par Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011 - art. 4) : « Les certificats et avis médicaux établis en application des dispositions du présent chapitre sont précis et motivés. Ils sont dactylographiés. [...] ».

	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Isolement et contention</u> : <p>Pas d'indication médicale pour justifier des besoins pour le patient d'une chambre d'isolement ou de contention ; il serait peut-être intéressant de rajouter dans le paragraphe « contenu des certificats et avis médicaux » que les médecins devraient préciser cette situation lors de la rédaction d'un certificat avant le passage devant le JLD.</p> <p>L'art. L. 3222-5-1 du CSP précise : « l'isolement et la contention sont des pratiques de derniers recours, qu'il ne peut être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou pour autrui, sur décision d'un psychiatre ». Il est vrai que rien n'est précisé sur</p> <p>A quel moment le psychiatre en fait part ?</p> <p>Doit-il le faire lors de la rédaction d'un certificat médical (initial, 24h,72h...) ?</p> <p>Dans les Yvelines, suite à plusieurs ordonnances du TGI de Versailles, plusieurs mainlevées ont été prononcées, la copie du registre ne suffisant pas au JLD.</p>
CNSA	<p>La phrase « rechercher les troubles mentaux ainsi que les troubles du comportement qui en résultent » qui est le dernier point du listing indiqué dans la 1^{ère} partie de ce chapitre est redondante avec le 2^{ème} point : « examine et constate par lui-même les éventuels troubles mentaux, le cas échéant, qu'il explicite les raisons pour lesquelles il n'a pas pu les constater lui-même (en cas d'impossibilité, en exposer les raisons et rédiger un avis médical) ».</p>
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ	<ul style="list-style-type: none"> • Au premier alinéa, même proposition de rédaction que dans la rubrique « messages clés » : il serait pertinent de reprendre les termes de l'article L. 3211-3 du CSP et de modifier la fin de la phrase « qui doit permettre d'apprécier le caractère adapté, nécessaire et proportionné à l'état mental du patient et à la mise en œuvre des soins des restrictions à l'exercice des libertés individuelles de la personne faisant l'objet de soins sans consentement. » • Au deuxième alinéa du 1- du II, il paraît plus explicite de remplacer la fin de la phrase par « d'autant que la présence uniquement de troubles mentaux ne saurait justifier en eux même une mesure de soins sans consentement ». • Au premier alinéa du 2 du II, les formes de prise en charge pourraient être précisées : (« d'une hospitalisation complète ou d'un passage en programme de soins »).
UNAFAM	<p>Le degré d'incurie ou de prostration en lien avec un trouble mental.</p>
ASSOCIATION NATIONALE DES RESPONSABLES QUALITÉ EN PSYCHIATRIE	<p>Le médecin ne peut certifier que ce qu'il a constaté lui-même, ce qui impose un examen médical, à la différence des avis qui peuvent être établis à la lecture du dossier.</p> <p>Les constats et l'avis devant être dans le même certificat, voir le patient pour les deux raisons devient obligatoire sinon impossible de faire un certificat...</p>
COMMENTAIRES CHAPITRE « CONTENU DES CERTIFICATS ET AVIS MÉDICAUX – DISPOSITIONS SPÉCIFIQUES SELON LES PROCÉDURES »	
SYNDICAT NATIONAL DES PSYCHOLOGUES (SNP)	<p>Très clair.</p>
ANAP	<p>L'essentiel est dit.</p>
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS	<p>Il est indiqué :</p> <ul style="list-style-type: none"> • SDRE – le médecin doit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Préciser en quoi l'ordre public est « gravement » atteint ou la sûreté des personnes compromises, (...) ». <p>Or, dans un arrêt du 28 mai 2015, la première chambre civile de la Cour de cassation (Civ. 1, n°14-15686) a jugé que « les articles L. 3213-1, L. 3213-3 et R. 3213-3 du code de la santé publique n'exigent pas la mention, dans le certificat médical circonstancié qu'ils prévoient, que les troubles nécessitant des soins "compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public », une telle qualification relevant, sous le contrôle du juge, des</p>

	<p>seuls pouvoirs du préfet, sauf à prévoir, lorsqu'un certificat conclut à la nécessité de lever une mesure d'hospitalisation complète, les incidences éventuelles de ces troubles sur la sûreté des personnes ; qu'après avoir relevé que le certificat du médecin précisait que M. X présentait des processus délirants sur un mode persécutif projectif centré sur les soignants et contestait l'efficacité de son traitement, de sorte que la mesure de soins psychiatriques sans consentement à la demande du représentant de l'État demeurerait justifiée et devait être maintenue, le premier président a retenu, à bon droit, que ce certificat répondait aux exigences des textes précités ».</p>
UNAFAM	<p>Les dispositions ne concernent-elles pas plutôt les certificats initiaux ?</p> <p>Il serait judicieux de prévoir dans cette note les dispositions pour les certificats initiaux car les MG, praticiens souvent sollicités, sont peu au fait des procédures.</p>
DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ	<p>Au 4^{ème} alinéa concernant les SDRE, une précision : la Cour de cassation dans un arrêt du 28 mai 2015 a estimé que la mention explicite d'atteinte à l'ordre public n'est pas nécessaire dans un certificat médical pour un arrêté préfectoral d'hospitalisation complète sous contrainte. Il conviendrait plutôt d'écrire que le certificat médical doit exposer les éléments de faits qui permettront au préfet de considérer qu'il existe un trouble à l'ordre public.</p>
COMMENTAIRES « ANNEXE 3 » (RAPPORT D'ÉLABORATION)	
ANAP	<p>Le rapport d'élaboration en appui de la fiche-memo est une très bonne synthèse de la complexité de la mise en œuvre de la réforme.</p> <p>De façon globale, l'approche demeure très juridique et ne propose pas une réponse directe et pragmatique au sujet abordé.</p> <p>La jurisprudence est un élément fondamental dans l'application de la loi. Il aurait été très intéressant de synthétiser sous forme de tableau les conséquences des arrêts cités et analysés (ex : objet du contentieux, décision, conséquences pratiques).</p> <p>Situation particulière en lien avec le certificat médical de 72 heures et l'avis somatique : il arrive que certains patents alcoolisés aient besoin d'isolement. Leur prise en charge s'effectue en général aux urgences. Les manifestations d'un comportement troublé lié à l'addiction ne doit pas les orienter vers des établissements psychiatriques à tort.</p> <p>Pour contrebalancer l'aspect juridique du rapport, pourquoi ne pas avoir actualisé les recommandations « Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux » d'avril 2005 ?</p>
CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MÉDECINS	<p>Préambule</p> <p>Il est indiqué (page 6) « DISPOSITIONS SPECIFIQUES SELON LES PROCEDURES</p> <ul style="list-style-type: none"> • SDRE – le médecin doit : <ul style="list-style-type: none"> ○ Préciser en quoi l'ordre public est « gravement » atteint ou la sûreté des personnes compromises, (...) ». <p>Or, dans un arrêt du 28 mai 2015, la première chambre civile de la Cour de cassation (Civ. 1, n°14-15686) a jugé que « les articles L. 3213-1, L. 3213-3 et R. 3213-3 du code de la santé publique n'exigent pas la mention, dans le certificat médical circonstancié qu'ils prévoient, que les troubles nécessitant des soins "compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public", une telle qualification relevant, sous le contrôle du juge, des seuls pouvoirs du préfet, sauf à prévoir, lorsqu'un certificat conclut à la nécessité de lever une mesure d'hospitalisation complète, les incidences éventuelles de ces troubles sur la sûreté des personnes ; qu'après avoir relevé que le certificat du médecin précisait que M. X... présentait des processus délirants sur un mode persécutif projectif centré sur les soignants et contestait l'efficacité de son traitement, de sorte que la mesure de soins psychiatriques sans consentement à la demande du représentant de l'État demeurerait justifiée et devait être maintenue, le premier président a retenu, à bon droit, que ce certificat répondait aux exigences des textes précités ».</p> <p>A la page 6 du préambule, 8^e paragraphe, il est indiqué que c'est le directeur de l'établissement qui prononce la levée de la mesure de soins lorsqu'un certificat conclut</p>

	<p>que l'état mental de la personne ne justifie plus le maintien des soins. Stricto sensu l'article L. 3212-8 du code de la santé publique ne précise pas que le directeur de l'établissement prononce la levée de la mesure mais indique que « <i>il est mis fin à la mesure de soins dès qu'un psychiatre de l'établissement certifie que les conditions ayant motivé cette mesure ne sont plus réunies et en fait mention sur le registre prévu à l'article L. 3212-11. Ce certificat circonstancié doit mentionner l'évolution ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.</i></p> <p><i>Dans les vingt-quatre heures qui suivent la fin de la mesure de soins, le directeur de l'établissement en informe le représentant de l'Etat dans le département ou, à Paris, le préfet de police, la commission mentionnée à l'article L. 3222-5 et la personne qui a demandé les soins ».</i></p> <p>A la page 9 (cadre légal), le décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement n'est pas cité dans les décrets d'application.</p> <p>De même, pour les circulaires, n'est pas mentionnée l'instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ n° 2014-262 du 15 septembre 2014 relative à l'application de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge (NOR : AFSP1421847J).</p>
<p>AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ</p>	<p><i>En p. 9 doublon L. 3212-7, ajouter L. 3211-11-1 (sorties), L. 3213-4 (maintien), L. 3213-7 (irresponsabilité pénale), L. 3213-9-1 (levée). En p. 11 dans le 2^{ème} paragraphe loi du 5 juillet 2011 et pas 2001.</i></p>
<p>AUTRES COMMENTAIRES</p>	
<p>ANAP</p>	<p>Le sujet du consentement de la personne est un élément récurrent dans tout le dispositif. La preuve de sa recherche est un élément non négligeable des motifs de contentieux. Il doit être recherché « par tout moyen ».</p> <p>Pour respecter le souhait du législateur, peut-être serait-il utile d'ouvrir une réflexion sur les conditions de sa traçabilité.</p> <p>(cf. le rapport d'activité du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Madame Hazlan)</p>
<p>CONFÉRENCE NATIONALE DES PCME DE CH</p>	<p>De manière générale la fiche mémo n'est pas très concrète même si elle rappelle bien le contexte réglementaire et les enjeux. Elle ne donne pas ou peu d'indication sur « ce qu'il ne faut pas écrire » (emploi de certaines formulations, mots ou temps à proscrire).</p> <p>Exemple : ne pas employer de formulation type "permission de sortie" pour un patient en programme de soins (exemple d'une formulation ayant donné lieu à une remarque de la CDSP)</p> <p>L'aide à la rédaction des certificats médicaux paraît particulièrement essentielle dans le cadre de la rédaction des mensuels ou des certificats de saisine à 6 mois ou un an, il paraît important de pouvoir donner des éléments permettant de répondre à ce besoin qui est le plus souvent source de levée. (Quelle formulation pour les mensuels dans un contexte où aucune évolution n'est constatée)</p>
<p>AGENCE RÉGIONALE DE SANTÉ</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Dans la fiche mémo, l'insertion du tableau avec les différents types de certificats devrait être faite. • Dans le rapport d'élaboration : <p>Paragraphe B – les catégories spécifiques de patients : le morcellement administratif de la prise en charge.</p> <p>En ce qui concerne les modalités lors de levée de mesure de patients en UMD, les dispositions ont été modifiées avec la loi du 27/09/2013. Ainsi, les patients admis en UMD relèvent du régime de droit commun, les dispositions qui faisaient référence au passé psychiatrique des patients ont été supprimées.</p> <p>IMPORTANT : les services de psychiatrie doivent se créer des alertes (support</p>

	informatique ou papier) pour le suivi et le respect des délais notamment en ce qui concerne l'envoi des CM et avis (24h, 72h, maintiens etc.). Dans le cas d'une levée par caducité, l'ARS ne peut être tenu pour responsable.
UNAFAM	Cette note ne précise pas si le médecin qui remplit les certificats est extérieur ou non à l'établissement d'accueil. C'est un point important qui entraîne des difficultés dans un certain nombre d'établissement.
ASSOCIATION NATIONALE DES RESPONSABLES QUALITÉ EN PSYCHIATRIE	Dans le rapport d'élaboration, nous déplorons l'emploi du mot « fugue » (pages 47 et 102). On ne fugue pas d'un hôpital qui est un lieu de soins. On peut parler de soustractions aux soins ou de sortie sans autorisation. La fugue est le départ d'un mineur du domicile de ses parents.

4. Validation

Lors de la délibération du 21 mars 2018, le Collège de la HAS a adopté cette fiche mémo et son rapport d'élaboration.

Annexe 1. Recherche documentaire

► Méthode de recherche documentaire

La recherche a porté sur les sujets et les types d'études définis en accord avec le chef de projet et a été limitée aux publications en langue anglaise et française.

Elle a porté sur la période de janvier 2000 à avril 2016.

Les sources suivantes ont été interrogées :

- pour la littérature internationale : les bases de données Medline et PsycINFO ;
- pour la littérature francophone : la base de données Pascal et la Banque de Données en Santé Publique ;
- des sources spécialisées en information juridique : Lamyline, Lexis Nexis, Legifrance ;
- la Cochrane Library ;
- les sites Internet publiant des recommandations, des rapports ;
- les sites Internet des sociétés savantes compétentes dans le domaine étudié ;

Cette recherche a été complétée par la bibliographie des experts et les références citées dans les documents analysés.

► Bases de données bibliographiques

La stratégie de recherche dans les bases de données bibliographiques est construite en utilisant, pour chaque sujet, soit des termes issus de thésaurus (descripteurs), soit des termes libres (du titre ou du résumé). Ils sont combinés avec les termes décrivant les types d'études.

Tableau 1 : Stratégie de recherche initiale dans la base de données Medline :

Type d'étude / sujet	Termes utilisés	Période	Nombre de références
Psychothérapie			
- Littérature Francophone		01/2000 – 04/2016	13
Étape 1	(compulsory placement* OR compulsory treatment* OR compulsory hospit* OR involuntary placement* OR involuntary treatment* OR involuntary hospit* OR community treatment order* OR compulsory community treatment* OR court-ordered community treatment* OR involuntary outpatient commitment* OR involuntary out-patient commitment* OR involuntary outpatient treatment* OR involuntary out-patient treatment*)/ti,ab OR "Commitment of Mentally III"/de		
ET			
Étape 2	French/lang OR France/de OR (france OR French)/ad OR (france OR French)/ti,ab		
- Recommandations		01/2000 – 04/2016	16
Étape 1			
ET			
Étape 3	(guidelines as topic OR practice guidelines as topic OR health planning guidelines OR consensus development conferences as topic OR consensus development conferences, NIH as topic)/de OR (practice guideline OR guideline OR consensus development conference OR consensus development conference, NIH)/type de publication OR (recommendation* OR guideline*)/ti		
- Méta-analyses, revues systématiques		01/2000 – 02/2016	9
Étape 1			
ET			
Étape 4	(metaanalysis OR meta-analysis OR "meta-analysis")/ti OR meta-analysis/pt OR ("systematic review" OR "systematic overview" OR "systematic literature review")/ti,ab OR "cochrane database syst rev"/ta i		

► Sites consultés

Bibliothèque médicale Lemanissier
Bibliothèque interuniversitaire de médecine - BIUM
Catalogue et index des sites médicaux francophones - CISMeF
Société française de médecine générale - SFMG

American Psychiatric Association - APA
Agency for Healthcare Research and Quality - AHRQ
Alberta Heritage Foundation for Medical Research - AHFMR
Alberta Medical Association
Allied Health Evidence
American College of Physicians - ACP
Assemblée nationale
Association des établissements participant au service public de Santé mentale – ADESM
Association de psychiatrie française
BMJ Clinical Evidence
Centre hospitalier départemental de La Candélie
Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie - CRPA
Cochrane Library
Congrès français de psychiatrie
Conseil de l'Europe
Conseil national de l'Ordre des médecins - CNOM
DRJSCS des Pays de la Loire
Fédération française de psychiatrie / Psydoc-France
Guidelines International Network - GIN
Journal français de psychiatrie
Legifrance
Mental Health Commission (Irlande) - MHC
Ministère de la Santé et des Services sociaux (Québec) - MSSS
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
National Guideline Clearinghouse - NGC
National Institute for Health and Clinical Excellence - NICE
New Zealand Guidelines Group - NZGG
Revue "Prescrire"
Revue "L'information psychiatrique"
Revue "Santé Mentale"
Revue "Santé Publique"
Scottish Intercollegiate Guidelines Network - SIGN
Union nationale de familles et amis de personnes malades et/ou handicapées psychiques - UNAFAM
Union régionale des professionnels de Santé / Médecins libéraux de Lorraine
Veterans affairs, Dep. Of Defense Clinical practice guidelines

► Veille

En complément, une veille a été réalisée jusqu'en janvier 2018.

Annexe 2. Liste des documents établis postérieurement à la période d'observation de 72 heures

	Objet	Source
<i>Avis motivé en vue de la préparation de l'audience</i>	<i>Confirmer la nécessité de l'HCC malgré les soins prodigués et fournir une information au JLD afin de le convaincre que la mesure continue d'être nécessaire.</i>	<i>Article L. 3211-12-1 CSP</i>
<i>Avis de non présence à l'audience JLD</i>	<i>Motifs médicaux faisant obstacle, dans l'intérêt du patient à sa présence à l'audience. Cela ne doit pas empêcher l'avocat de rencontrer son client.</i>	<i>Article L. 3211-12-2 CSP</i>
<i>Déclaration au procureur et sauvegarde de justice</i>	<i>Constater que le patient a besoin d'être protégé dans les actes de la vie civile.</i>	<i>Article L. 3211-6 CSP</i>
<i>Certificat circonstancié</i>	<i>Demande de modification de la prise en charge pour tenir compte de l'évolution de l'état du patient.</i>	<i>Article L. 3211-11 CSP</i>
<i>Avis relatif aux autorisations de sortie de courte durée</i>	<i>Confirmer au directeur que l'état du patient permet une sortie et en préciser les conditions (transmission au minimum 48 heures ouvrées avant la date de la sortie au préfet si SDRE).</i>	<i>Article L. 3211-11-1 CSP</i>
<i>Certificat circonstancié mensuel SDT</i>	<i>Confirmation que l'état du patient justifie le maintien de la mesure. À réaliser dans les trois derniers jours de la mesure.</i>	<i>Article L. 3212-7 CSP</i>
<i>Avis mensuel</i>	<i>Lorsque le certificat est impossible à réaliser (justifier pourquoi) Confirmation que la mesure ne peut être modifiée compte tenu des circonstances en s'appuyant sur les éléments cliniques récents et les soins en cours. À réaliser dans les trois derniers jours de la mesure.</i>	<i>Article L. 3212-7 CSP</i>
<i>Évaluation médicale par le collège</i>	<i>Confirmer que les mesures les plus longues (supérieures à un an) sont toujours nécessaires. Recueil de l'avis du patient ou motivation de l'impossibilité de le recueillir.</i>	<i>Article L. 3212-7 CSP</i>
<i>Certificat en vue d'une levée de SDT</i>	<i>Avertir le directeur que la mesure de contrainte n'est plus nécessaire. Certificat circonstancié mentionnant l'évolution favorable ou la disparition des troubles ayant justifié les soins.</i>	<i>Article L. 3212-8 CSP</i>
<i>Certificat (ou avis) de péril imminent lors d'une demande de levée par un tiers</i>	<i>Avertir le directeur que la levée immédiate de la mesure placerait le patient en situation de péril imminent. Certificat (ou avis) datant de moins de 24 heures. Objectif bloquer la demande de levée par le tiers dans l'intérêt du patient ou par la commission départementale des soins psychiatriques (art. L. 3222-5 CSP).</i>	<i>Article L. 3212-9 CSP</i>
<i>Certificat en vue des SDRE suite demande de levée SDT</i>	<i>Constater que la levée de la mesure entraînerait un risque pour la sûreté des personnes ou une atteinte grave à l'ordre public. Objectif protéger l'ordre public et avertir le préfet pour qu'il réagisse.</i>	<i>Article L. 3212-9 CSP</i>
<i>Certificat mensuel SDRE</i>	<i>Confirmation des certificats précédents justifiant la mesure de contrainte. À réaliser dans le courant du mois suivant l'admission et tous les mois (afin que le préfet puisse prendre sa décision dans les trois derniers jours de la mesure : décision pour trois mois puis six). Préciser les caractéristiques de l'évolution des troubles. Expliquer pourquoi la prise en charge est toujours adaptée.</i>	<i>L. 3213-3 CSP</i>

<i>Avis mensuel SDRE</i>	<i>Justifier si certificat impossible.</i>	<i>Article L. 3213-3 CSP</i>
<i>Avis d'un psychiatre participant à la prise en charge pour une levée SDRE</i>	<i>Adresser au préfet un avis afin de lui signaler que les conditions légales de l'hospitalisation sous contrainte ne sont plus réunies</i>	<i>Article L. 3213-4 CSP</i>
<i>Certificat visant à transformer les mesures en SDRE d'un patient en SDT</i>	<i>Adresser au préfet une information lui permettant de mettre en place une SDRE pour un patient déjà pris en charge car le comportement du patient compromet la sûreté des personnes ou trouble gravement l'ordre public.</i>	<i>Article L. 3213-6 CSP</i>
<i>Avis pour transformation d'une mesure en SDRE</i>	<i>Compte tenu des circonstances empêchant de réaliser un certificat, adresser au préfet une information lui permettant de mettre en place une SDRE pour un patient déjà pris en charge car le comportement du patient compromet la sûreté des personnes ou trouble gravement l'ordre public.</i>	<i>Article L. 3213-6 CSP</i>
<i>Certificat de demande de levée ou modification prise en charge SDRE</i>	<i>Demande de levée de l'hospitalisation complète d'un patient en SDRE. Les conditions légales ne sont plus remplies.</i>	<i>Article L. 3213-9-1 CSP</i>
<i>Deuxième avis sollicité par le préfet</i>	<i>Confirmer ou infirmer le certificat demandant la levée de la mesure ou demandant la modification de la mesure. À rendre dans les 72 heures de la décision du préfet.</i>	<i>Article L. 3213-9-1 CSP</i>
<i>Modification de programme de soins</i>	<i>Transmettre au directeur de l'établissement le programme de soins et les programmes modificatifs lorsqu'ils ont pour effet de changer substantiellement la modalité de prise en charge du patient et, le cas échéant, au préfet.</i>	<i>R. 3211-1 CSP</i>
<i>Disparition inquiétante</i>	<i>Un patient quitte l'établissement sans autorisation. Transmettre les informations utiles afin que les forces de l'ordre puissent le retrouver dans de bonnes conditions. Partage de l'information dans l'intérêt du patient. Transmission obligatoire de l'information au préfet pour les patients en SDRE. Transmission également à l'ARS pour les patients en SDDE.</i>	<i>En particulier : art. 26 modifié de la loi n° 95-73 du 21 janvier 1995 d'orientation et de programmation relative à la sécurité ; art. 74-1 du Code pénal. Décret du 28 mai 2010 relatif au fichier des personnes recherchées. Circulaire du ministère de l'intérieur du 30 avril 1954 relative à la recherche des malades mentaux évadés des hôpitaux psychiatriques.</i>
<i>Avis du collège pour les 3213-7 CSP et 706-135 CPP</i>	<i>Information indispensable à transmettre au JLD afin qu'il puisse statuer pour les personnes considérées irresponsables pénalement et ayant commis des faits graves.</i>	<i>Article L. 3211-12 CSP</i>
<i>Certificat en vue de transfert en UMD</i>	<i>Expliquer au préfet pourquoi le patient est difficile et son comportement justifie son transfert vers une UMD.</i>	
<i>Avis sur la nécessité de maintenir en HCC après appel d'une ordonnance du JLD</i>	<i>Adressée à la Cour d'appel au plus tard 48 heures avant l'audience. Permet de statuer sur l'état actuel du patient.</i>	<i>Article L. 3211-12-4 CSP</i>
<i>Avis du collège</i>	<i>HCC n'est plus nécessaire et possibilité de lever la mesure.</i>	<i>Article L. 3213-8 CSP</i>

Références

1. 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. Journal Officiel 2011;6 juillet:11705.
2. 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. Journal Officiel 2013;29 septembre:16230.
3. 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. Journal Officiel 1990;30 juin:7664.
4. Loi n°2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé. Journal Officiel 2016;27 janvier.
5. Décret n°2011-847 du 18 juillet 2011 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel 2011;19 juillet:12375.
6. Décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. Journal Officiel 2011;19 juillet:12371.
7. Décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement. Journal Officiel 2014;17 août:13667.
8. Décret n°2016-94 du 1^{er} février 2016 portant application des dispositions de la loi du 27 septembre 2013 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Journal Officiel 2016;3 février.
9. Ministère de la justice et des libertés. Circulaire du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. Bulletin Officiel 2011;2011-07.
10. Direction générale de l'offre de soins. Circulaire N°DGOS/R4/2011/312 du 29 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. Bulletin Officiel 2011;2011-08.
11. Ministère du travail, de l'emploi et de la santé, Ministère des solidarités et de la cohésion sociale. Circulaire interministérielle n°2011-345 du 11 août 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Bulletin Officiel 2011;2011-9:106-13.
12. Direction générale de la santé. Instruction interministérielle DGS/MC4/DGOS/DLPAJ n°2014-262 du 15 septembre 2014 relative à l'application de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013 visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Bulletin Officiel 2014;2014-10.
13. Esquirol E. Des maladies mentales considérées sous les rapports médical, hygiénique et médico-légal. Paris: J.B. Baillière; 1838.
<http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k765874>
14. Loi n°7443 sur les aliénés du 30 juin 1838. Recueil Duvergier page 490.
15. Loi n°2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique. Journal Officiel 2004;11 août:14277.
16. Loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Journal Officiel 2002;5 mars.
17. Direction des affaires civiles et du sceau. Circulaire CIV/03/11 du 21 juillet 2011 relative à la présentation des principales dispositions de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge et du décret n°2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. Bulletin Officiel du Ministère de la justice et des libertés 2011;2011-7.
18. Assemblée nationale. Projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Etude d'impact. Paris: Assemblée nationale; 2010.
<http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/projets/pl2494-ei.pdf>
19. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal Officiel 2009;22 juillet:12184.
20. Direction générale de la santé. Instruction DGS/MC4 n°2011-66 du 11 février 2011 relative au rôle des agences régionales de la santé dans la gestion des hospitalisations d'office. Bulletin Officiel 2011;2011-3.
21. Dujardin V, Pechillon E. La judiciarisation des soins psychiatriques : le point de vue du juriste. Info Psy 2015;91(6):459-69.

22. Loi n°2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations. Journal Officiel 2000;13 avril:5646.
23. Katz D. Peut-on interdire les relations sexuelles aux patients d'un hôpital psychiatrique ? AJDA 2013;(2):115-9.
24. Vialla F. Privé de vie privée : « Vol retour » au-dessus d'un nid de coucou ? Rev Droit Santé 2013;(52):141-151.
25. Comité consultatif national d'éthique pour les sciences de la vie et de la santé. Avis n°118. Vie affective et sexuelle des personnes handicapées. Question de l'assistance sexuelle. Paris: CCNE; 2012. http://www.ccne-ethique.fr/sites/default/files/publications/avis_ndeg118.pdf
26. Cour européenne des droits de l'homme. Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales et protocole additionnel. Strasbourg: Conseil de l'Europe; 1950. http://www.echr.coe.int/Documents/Collection_Convention_1950_ENG.pdf
27. Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, Coldefy M, Tartour N, Nestrigue C. De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011. Questions Econ Santé 2015;(205).
28. Dujardin V, Péchillon E. Le contrôle systématique des hospitalisations complètes des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement par le juge des libertés et de la détention. Rev Droit Santé 2014;(62):1612-25.
29. Dujardin V. Les soins psychiatriques sans consentement : une délicate alchimie entre droits et libertés. Rev Droit Santé 2013;(Hors-série n°50).
30. Loi n°79-587 du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs et à l'amélioration des relations entre l'administration et le public. Journal Officiel 1979;12 juillet:1711.
31. Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations pour la pratique clinique. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005. https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/hospitalisation_sans_consentement_rap.pdf
32. Benhamou Y. Le contrôle du juge judiciaire sur les hospitalisations psychiatriques sous contrainte : l'exemple de la cour d'appel de Douai. Gazette du Palais 2012;(117):5.
33. Boumaza A. Hospitalisation psychiatrique et droits de l'Homme. Vol.1. Le régime médico-administratif de l'hospitalisation psychiatrique. Paris: CTNERHI; 2002.
34. Dupuy O. Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 : analyse et propositions de modifications, note juridique rédigée pour l'Association des établissements participant au service public de santé mentale. Paris: ADESM; 2012. <https://psychiatrie.crapa.asso.fr/IMG/pdf/2012-09-30-note-olivier-dupuy-adesm-reforme5juillet2011-v3.pdf>
35. Centre hospitalier Sainte-Anne, Association des établissements participant au service public de santé mentale, Société hospitalière d'assurances mutuelles. Psychiatrie : guide des soins sans consentement. Paris: ADESM; 2013. <http://www.unafam.org/IMG/pdf/Guide-Psychiatrique-des-soins-sans-consentement-ADESM-SHAM-CH-STE-ANNE-decembre-2013.pdf>
36. Lefrand Y. Rapport fait au nom de la Commission des affaires sociales sur le projet de loi relatif 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. <http://www.assemblee-nationale.fr/13/pdf/rapports/r3189.pdf>
37. Direction générale de la santé. Circulaire DGS/SD 6 C n°2001-603 du 10 décembre 2001 relative à la motivation des arrêtés préfectoraux d'hospitalisation d'office. Bulletin Officiel 2001;2001-51:223-5.

Participants

Les organismes professionnels et associations de patients et d'usagers suivants ont été sollicités pour proposer des experts conviés à titre individuel dans le groupe de travail et pour relire les documents lors de la phase de consultation des parties prenantes :

Institutionnels et autres agences :

Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP)*

Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux (ANESM)*

Agences régionales de santé (ARS)

Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS)*

Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA)*

Contrôleur général des lieux de privation de liberté*

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)*

Direction générale de la cohésion sociale (DGCS)*

Direction générale de la santé (DGS)*

Direction générale de l'offre de soins (DGOS)*

Ministère de l'Intérieur

Ministère de la Justice

Secrétariat général des ministères chargés des affaires sociales*

Sociétés savantes et organismes professionnels :

Association des établissements participant au service public de santé mentale (ADESM)*

Association nationale des responsables qualité en psychiatrie (ANRQ Psy)*

Collège de la médecine générale (CMG)*

Collège national pour la qualité des soins en psychiatrie (CNQSP)*

Collège national universitaire de psychiatrie (CNUP)*

Comité d'étude des formations infirmières et des pratiques en psychiatrie (CEFI-PSY)*

Conférences des présidents de commission médicale d'établissement (CH, CHU, CHS, ESPIC, hospitalisation privée)*

Conseil national de l'ordre des médecins (CNOM)

Conseil national des barreaux des avocats

Fédération française de psychiatrie (FFP)*

Fédération hospitalière de France (FHF)* / Fédération de l'hospitalisation privée (FHP)* / Fédération des établissements hospitaliers et d'aide à la personne (FEHAP)*

Syndicat national des psychologues (SNP)*

Associations patients et usagers en psychiatrie :

Fédération d'associations françaises de patients ou d'ex-patients « psy » (FNA-psy)*

Union nationale des amis et familles de malades psychiques (UNAFAM)*

* Ces institutionnels, agences, sociétés savantes, organismes professionnels et associations de patients et d'usagers sont membres du comité de suivi du programme psychiatrie et santé mentale de la HAS.

► Groupe de travail

M. Eric Péchillon, professeur de Droit public, Rennes – chargé de projet

M^e Lina Williatte, avocate, professeur de Droit, Lille – chargée de projet

M. Cédric Paindavoine, Saint-Denis – chef de projet HAS

Pr Christophe Arbus, psychiatre, Toulouse

M. Jacques Bérard, directeur d'établissement, Plaisir

Mme Sabine Biau, directrice d'établissement, Beaupuy

M. Zoheir Bouaouiche, sous-préfet, Etampes

Dr Michel David, psychiatre, Saint-Lô

M^e Benoît de Peyramont, avocat, Paris

M. Bertrand Escaig, représentant de patients et d'usagers, Roubaix

Dr Jean-Marie Faroudja, Conseil national de l'ordre des médecins, Paris

Dr Jean Ferrandi, psychiatre, Villejuif

Marie Fontaine, ARS Ile-de-France, Paris

Mme Tania Jewczuk, ministère de la Justice, Paris

Dr Bernard Lachaux, psychiatre, Conférence nationale des présidents de CME de CHS, Villejuif

Dr Audrey Laguerre, psychiatre, Créteil

Dr Christophe Lamisse, psychiatre, Argenteuil

M. Nicolas Lesieur, ARS Ile-de-France, Paris

Dr Cécile Omnes, psychiatre, Plaisir

M. Christophe Rouanet, directeur d'établissement, Monestier-Merlines

Dr Anne-Marie Trarieux, Conseil national de l'ordre des médecins, Paris

► Parties prenantes

Cf. liste des participants

Fiche descriptive

Titre	TITRE de la fiche mémo à compléter
Méthode de travail	Fiche mémo.
Objectif(s)	Aider à la rédaction des certificats ou avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement et donc préciser les contenu et motivation des certificats ou avis médicaux à produire en fonction des situations.
Patients ou usagers concernés	Toute personne majeure faisant l'objet de soins psychiatriques sans consentement.
Professionnel(s) concerné(s)	Tous professionnels intervenant dans les soins psychiatriques sans consentement et plus particulièrement psychiatres, directeurs d'établissement, préfets, juges des libertés et de la détention et avocats.
Demandeur	Direction générale de la santé (DGS).
Promoteur	Haute Autorité de Santé (HAS), service des bonnes pratiques professionnelles.
Financement	Fonds publics.
Pilotage du projet	Coordination : M. Cédric Paindavoine, chef de projet, service des bonnes pratiques professionnelles de la HAS (chef de service : Dr Michel Laurence). Secrétariat : Mme Laetitia Gourbail.
Recherche documentaire	Réalisée par M. Philippe Canet, avec l'aide de Mme Sylvie Lascols (chef du service Documentation – Veille : Mme Frédérique Pagès).
Auteurs du rapport d'élaboration	M. Eric Péchillon, professeur de Droit public, Rennes – chargé de projet. M ^e Lina Williatte, avocate, professeur de Droit, Lille – chargée de projet.
Participants	Organismes professionnels et associations de patients et d'usagers, groupe de travail, parties prenantes consultées : cf. liste des participants.
Conflits d'intérêts	Les membres du groupe de travail ont communiqué leurs déclarations publiques d'intérêts à la HAS, consultables sur www.has-sante.fr . Elles ont été analysées selon la grille d'analyse du guide des déclarations d'intérêts et de gestion des conflits d'intérêts de la HAS. Les intérêts déclarés par les membres du groupe de travail ont été considérés comme étant compatibles avec leur participation à ce travail.
Validation	Adoption par le Collège de la HAS en mars 2018.
Actualisation	L'actualisation de cette fiche mémo sera envisagée en fonction des données publiées dans la littérature scientifique ou des modifications de pratique significatives survenues depuis sa publication. Elle sera également envisagée en fonction des données publiées dans la littérature juridique ou des éventuelles modifications législatives survenues depuis sa publication.
Autres formats	Fiche mémo téléchargeable sur www.has-sante.fr

~



Toutes les publications de la HAS sont téléchargeables sur
www.has-sante.fr