



SERVICE DE DOCUMENTATION, DES ÉTUDES
ET DU RAPPORT DE LA COUR DE CASSATION

Bureau des relations avec les cours d'appel et du fonds de concours

Etude sur les soins psychiatriques sans consentement

Delphine Legohérel

Décembre 2014

Table des matières

(Appuyez sur la touche CTRL et cliquez sur le titre souhaité pour accéder à son contenu)

TABLE DES MATIÈRES	1
INTRODUCTION.....	4
1. Genèse de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge	4
2. Incidences de la loi du 5 juillet 2011 sur l'office du juge des libertés et de la détention	6
PREMIÈRE PARTIE. LÉGISLATION SUR LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT	10
TITRE I. PROCÉDURES JUDICIAIRES DE MAINLEVÉE ET DE CONTRÔLE DES MESURES DE SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT	12
1. Aperçu général du nouveau dispositif	13
1.1. Eléments de contexte	13
1.2. Points-clés de la loi du 5 juillet 2011	14
1.3. Modifications apportées par la loi du 27 septembre 2013.....	16
1.3.1. Modifications relatives aux droits des patients.....	17
1.3.2. Modifications relatives à l'intervention du juge.....	18
1.3.3. Modifications relatives au déroulement de l'instance	20
1.3.4. Simplification du dispositif de règlement des désaccords entre le représentant de l'État dans le département et les psychiatres	22
1.4. Points-clés sur l'intervention du juge judiciaire	22
2. Procédure de contrôle facultative applicable à tous les soins contraints :	25
2.1. Procédure devant le juge des libertés et de la détention.....	25
Un schéma récapitulatif de la procédure se situe en fin de développements.	25
2.1.1. Modalités de saisine du JLD.....	25
2.1.2. Diligences à accomplir par le greffe.....	29
2.1.3. Instruction de la requête	31
2.1.4. Modalités de tenue de l'audience	32
2.1.5. Délai pour statuer	35
2.1.6. Modalités de notification de la décision et voies de recours.....	35
Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle facultative applicable à tous les soins contraints	37
2.2. Procédure devant le premier président de la cour d'appel.....	39
2.2.1. Modalités de saisine du premier président et diligences du greffe.....	39
2.2.2. Modalités de tenue de l'audience	40
2.2.3. Délai pour statuer	40
2.2.4. Modalités de notification de la décision et voies de recours.....	41
2.2.5. Saisine du premier président aux fins d'effet suspensif	41
Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle facultative applicable à tous les soins contraints	44

3. Procédure de contrôle de plein droit applicable aux soins contraints sous hospitalisation complète .. 46

3.1. Procédure devant le juge des libertés et de la détention.....	46
3.1.1. Modalités de saisine du JLD et diligences du greffe	46
3.1.2. Instruction de la requête	48
3.1.3. Modalités de tenue de l'audience	49
3.1.4. Délai pour statuer et contenu de la décision.....	51
3.1.5. Modalités de notification de la décision et voies de recours.....	53
Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle de plein droit applicable aux soins contraints sous hospitalisation complète	55
3.2. Procédure devant le premier président de la cour d'appel.....	57
3.2.1. Modalités de saisine du premier président et diligences du greffe.....	57
3.2.2. Modalités de tenue de l'audience	58
3.2.3. Délai pour statuer.....	59
3.2.4. Modalités de notification de la décision et voies de recours.....	59
3.2.5. Saisine du premier président aux fins d'effet suspensif	60
Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle de plein droit applicable aux soins contraints sous hospitalisation complète	62

TITRE II. LE CONTRÔLE DE LA RÉGULARITÉ DES ACTES ADMINISTRATIFS PAR LE JUGE DES LIBERTÉS ET DE LA DÉTENTION EN MATIÈRE D'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT..... 64

1. Eléments de contexte	64
2. Le champ d'application des nouvelles dispositions	66
3. Les conditions de recevabilité de la contestation.....	67
4. La nécessité d'un grief.....	68
5. Les différents moyens de contestation	69
5.1. L'incompétence	69
5.2. Le vice de forme pour insuffisance de motivation.....	70
5.2.1. En cas d'admission sur décision du préfet.....	70
5.2.2. En cas d'admission sur décision du directeur d'établissement	71
5.3. Le vice de procédure	72
5.3.1. Le respect du contradictoire – La notification des droits	72
5.3.2. Le respect des délais.....	73
5.3.3. L'auteur du certificat médical.....	73
5.3.4. La demande du tiers	73
Schéma récapitulatif des principaux moyens de contestation de la régularité des actes administratifs devant le JLD	75

SECONDE PARTIE. ETUDE DE LA JURISPRUDENCE DES COURS D'APPEL SUR LA PROCÉDURE DE CONTRÔLE DE PLEIN DROIT EN CAS D'HOSPITALISATION COMPLÈTE SANS CONSENTEMENT..... 76

1. Méthodologie de recherche.....	77
2. Synthèse des résultats.....	79
3. Bilan statistique des décisions rendues en premier ressort et taux d'appel	82
4. Bilans analytiques des décisions rendues en appel	84
4.1. Bilan de l'étude sur les modalités de tenue de l'audience d'appel	84
4.1.1 Localisation des audiences	84
4.1.2. Publicité des débats.....	86
4.1.3. Audition du patient et assistance d'un avocat.....	87
4.2. Bilan de l'étude sur les décisions des juges d'appel	91
4.2.1. Qualité de l'appelant, nature et caractère suspensif des décisions	91
4.2.2. Recevabilité des déclarations d'appel	92
4.2.3. Teneur des décisions d'appel	99
4.3. Bilan de l'étude sur le contrôle par le juge judiciaire de la régularité des actes administratifs	101
4.3.1. Contrôle de régularité des actes administratifs par le juge judiciaire : données générales	103
4.3.2. Contrôle de régularité des actes administratifs par le juge judiciaire : données détaillées	105
4.3.3. Appréciation de l'atteinte aux droits de la personne hospitalisée	112

4.4. Bilan de l'étude sur le bien-fondé de la mesure de placement en soins psychiatriques sans consentement	116
4.4.1. Motivation en cas d'hospitalisation complète sans consentement prononcée par le directeur de l'établissement soit à la demande d'un tiers soit en cas de risque imminent pour la santé de la personne	122
4.4.2. Motivation en cas d'hospitalisation complète sans consentement prononcée par le représentant de l'État dans le département lorsque les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public	124
BIBLIOGRAPHIE	129

Introduction

*Par Madame Delphine LEGOHEREL,
Auditeur au Bureau des relations avec les cours d'appel
Service de Documentation, des Etudes et du Rapport, Cour de cassation*

1. Genèse de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

Le traitement des patients psychiatriques hospitalisés sans leur consentement a été marqué par un surprenant immobilisme législatif.

La loi du 18 juin 1838 sur les aliénés, adoptée sous le règne de Louis Philippe, n'a effectivement été abrogée qu'en 1990. Jusqu'à cette date, le droit positif traitait des « aliénés » et se préoccupait surtout de leur enfermement, dans le but de mettre la population à l'abri du danger qu'ils pouvaient représenter.

Les droits des personnes internées étaient donc bien loin des préoccupations du législateur et, plus largement, de la société. Le droit était un intrus à l'hôpital, l'avocat n'y entrait pas, les décisions d'hospitalisation à la demande d'un tiers étaient orales, aucune décision n'était notifiée : la notion de droits des personnes internées était tout simplement inconnue.

La loi dite « Evin » 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 a mis fin à cette législation désuète.

La sémantique s'est ainsi profondément transformée, l'aliéné devenant le « malade psychiatrique », lequel, reconnu comme un citoyen-malade, bénéficie depuis de droits individuels s'entendant des droits fondamentaux de toute personne.

Ces droits, ce sont en particulier le droit à la vie, dont on déduit le droit à la santé. S'y ajoutent le droit à la liberté d'aller et de venir, le droit à la sûreté et l'absence de détention arbitraire, le droit au recours effectif et, enfin, le droit qui les résume un peu tous : celui de la dignité de la personne humaine.

En complément de ces modifications, la loi du 27 juin 1990 a par ailleurs ouvert aux personnes hospitalisées sans leur consentement, soit à la demande de leur famille, soit sur le

fondement d'une décision de l'autorité de police, le droit de saisir le juge judiciaire pour faire reconnaître le caractère abusif de leur internement et ordonner leur libération.

Toutefois, chacun s'est contenté pendant longtemps de laisser exister la *possibilité* d'un tel recours sans véritablement s'interroger sur la *capacité* pour le malade de l'exercer concrètement. La question de *l'effectivité du droit à un recours* devenait donc centrale.

Cette possibilité de recours supposait pratiquement une information d'autant plus délicate à cerner qu'elle se révélait bien souvent abstraite et même complexe, dès lors que la compétence était partagée entre les deux ordres de juridiction (au tribunal administratif la régularité de l'arrêté préfectoral de décision de placement ; au juge judiciaire le fond de la mesure).

L'information des malades doit en effet consister à leur fournir des indications précises (un délai, une adresse...), la possibilité de contacter un avocat, et leur permettre l'accès à des moyens matériels (téléphone, papier, crayon).

En 2005, les inspections générales des services judiciaires et des affaires sociales avaient dénoncé, à propos du contrôle juridictionnel des conditions d'hospitalisation, un régime procédural flou, contribuant à rendre peu effectif le recours à un juge, présenté de surcroît comme peu impliqué dans ses fonctions.

On ne doit pas s'étonner, dans ces conditions, que moins de 1 % des décisions d'hospitalisation sans consentement aient été contestées avant la réforme de 2011 (sur près de 80 000 mesures prises par an).

Deux décisions ont toutefois remis en cause ce dispositif.

La première fut celle rendue par la Cour européenne des droits de l'homme dans son arrêt *Baudoin contre France* du 18 novembre 2010, constatant que l'articulation entre la compétence du juge judiciaire et celle du juge administratif quant aux voies de recours offertes ne permettait pas au requérant d'obtenir une décision d'un tribunal pouvant statuer sur la légalité de sa détention et ordonner sa libération si la détention était illégale, d'où une violation de l'article 5, § 4, de la Convention, faute de droit à un recours effectif.

Le législateur français devait donc mettre fin à l'éclatement du contentieux entre le juge administratif et le juge judiciaire quant à l'appréciation de la légalité de la détention et de son indemnisation, l'ensemble devant être confié au seul juge judiciaire.

La seconde décision suivit huit jours après, le Conseil constitutionnel ayant affirmé, par décision du 26 novembre 2010, que l'hospitalisation sous contrainte est bien une mesure privative de liberté, imposant le respect du droit à un recours juridictionnel effectif confié au juge judiciaire, tenu de statuer sur la demande de sortie immédiate dans les plus brefs délais (le législateur ayant été enjoint d'insérer en droit interne ce droit au recours judiciaire avant le 1^{er} août 2011).

Le Conseil constitutionnel est encore intervenu par une nouvelle décision du 9 juin 2011, insistant de nouveau sur l'inconstitutionnalité de toute disposition du code de la santé publique ne prévoyant pas un contrôle judiciaire suffisant des hospitalisations d'office.

La loi du 5 juillet 2011 est donc apparue comme le fruit de ces évolutions. Désormais, le juge judiciaire doit intervenir pour se prononcer sur la poursuite de l'hospitalisation moins de quinze jours après qu'elle ait été ordonnée, indépendamment de la volonté ou de la possibilité du malade et de ceux qui le soignent.

Cette évolution s'est achevée par l'adoption récente de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013, modifiant certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011¹.

2. Incidences de la loi du 5 juillet 2011 sur l'office du juge des libertés et de la détention

Sous la double influence européenne et constitutionnelle, la loi du 5 juillet 2011 bouleverse les missions du juge judiciaire et particulièrement du juge des libertés et de la détention.

Le contrôle systématique du juge des libertés et de la détention sur les mesures privatives de libertés résultant de l'admission en soins psychiatriques sans consentement constitue une avancée majeure de la loi.

Ce dernier devient le magistrat garant de la liberté individuelle au sens de l'article 66 de la Constitution lequel énonce que la détention ne peut être arbitraire et qu'il revient à l'autorité judiciaire de faire respecter ce principe constitutionnel.

Le législateur a mis en place un dispositif propre à garantir la proportionnalité des mesures restrictives des droits et des libertés constitutionnellement garantis par l'article 34 de la Constitution.

Ainsi, le juge des libertés et de la détention met en œuvre le droit constitutionnel et donne du contenu aux droits fondamentaux en procédant à un contrôle de proportionnalité dans le respect de la dignité de la personne humaine.

Désormais, il appartient au juge judiciaire de s'assurer que les restrictions à l'exercice des libertés individuelles du patient sont *adaptées, nécessaires et proportionnées* à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis.

S'ensuit une réflexion sur le sens à donner au rôle du juge judiciaire dans le contrôle des soins sous contrainte.

De quoi le juge judiciaire est-il saisi ?

¹ Sur les principales modifications apportées par cette loi : *cf. infra*, Partie 1, Titre 1, n° 1.3.

Il contrôle la régularité de la décision d'admission en soins psychiatriques sans consentement, sa nécessité, son bien-fondé, l'adéquation de cette mesure de soins avec la privation de libertés individuelles.

Sur quels éléments porte ce contrôle ? Quelle est la marge d'appréciation des juges sur le bien-fondé de cette mesure ?

Les conditions d'exercice de ce contrôle sont difficiles :

- le juge décide seul, il siège à juge unique et ne peut recourir à la collégialité en cas de difficultés ;
- le juge est saisi sur la base de documents limités : décision d'admission en hospitalisation sous contrainte du directeur de l'établissement, des documents médicaux, souvent des « copier-coller », sans compter la question de l'accès au dossier médical pour des raisons pratiques (à lire dans un temps limité) et juridiques (secret médical).

Le juge judiciaire a-t-il les moyens d'exercer un contre-pouvoir efficace ?

Le juge judiciaire est saisi en sa qualité de garant des libertés fondamentales mais il est mis en possession d'éléments d'information minimum pour prendre une décision :

- le juge est saisi dans des délais contraints, il intervient de manière ponctuelle dans un dossier ;
- le juge dispose de pouvoirs d'investigations limités par le délai de deux semaines s'imposant à lui pour rendre sa décision.

Ainsi, les moyens de contrôle du juge sont restreints et son action est enserrée dans des délais imposés, ce qui pose la question de son réalisme mais aussi de sa responsabilité et de celle de l'institution judiciaire.

Si la marge de manœuvre du juge judiciaire est étroite, il n'en demeure pas moins que cette fonction de contrôle s'inscrit au cœur de l'évolution de la figure du juge qui se voit peu à peu délesté de ses fonctions de décision au profit de celles de contrôle, d'autorisation et d'homologation.

La fonction décisionnelle est remplacée par la recherche d'une juste protection des libertés au travers d'un contre-pouvoir indépendant appelé à concilier la protection des personnes et de l'ordre public avec la prohibition de la détention arbitraire.

Sur les notions classiques de responsabilité et de culpabilité se superpose une vision nouvelle basée sur les notions de dangerosité et de contrôle de proportionnalité, peu familière au juge français.

En effet, le juge des libertés et de la détention (JLD) contribue à l'élaboration d'un nouveau droit qui dépasse les classifications traditionnelles entre le droit public et le droit privé et, pour guider sa décision, ses points de repère sont les décisions des Cours suprêmes – Cour européenne des droits de l'homme, Conseil constitutionnel, Cour de cassation, Conseil d'État, Tribunal des conflits – mais aussi les avis et rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté et de la Commission nationale consultative des droits de l'homme.

D'aucuns pensent ainsi que la loi du 5 juillet 2011 a provoqué une révolution culturelle dont la portée n'est pas encore mesurée, sur les processus de soins, sur l'efficacité des droits, sur l'image de la justice et surtout sur le rôle du juge judiciaire en matière de libertés fondamentales.

En ce sens, les auteurs du rapport sur l'office du juge au XXI^e siècle² expliquent que l'office « libéral » du juge qui vise à garantir les libertés fondamentales s'est affirmé ces dernières années sous l'office du juge des libertés et de la détention.

Nommé « libéral » en référence aux libertés fondamentales, c'est le seul office du juge judiciaire mentionné par la Constitution de 1958 dans son article 66.

L'office libéral vise la protection des libertés de tout homme aux prises avec une institution d'enfermement qu'elle soit pénale, administrative ou psychiatrique. Le pouvoir ainsi contrôlé ne se limite donc pas à l'État, mais s'étend aujourd'hui au pouvoir psychiatrique.

Cet office libéral est en outre dual : à la fois il *limite* le pouvoir, mais aussi *l'autorise*, en conférant à certains actes attentatoires aux libertés fondamentales l'autorité du juge.

Cette nouvelle attribution du juge judiciaire l'éloigne de sa culture judiciaire. Il doit quitter son rôle de superviseur pour exercer une fonction tierce. Son autorité ne vient pas d'un regard plus expert mais d'un regard extérieur.

Ainsi, l'office du juge des libertés et de la détention a changé de nature : il ne consiste plus en un contrôle porté par un collègue sur la qualité du travail professionnel, mais en une évaluation par un tiers indépendant et impartial réalisée au regard des principes généraux. Cette nuance entre la vérification et le contrôle juridictionnel est rendue dans la langue anglaise par les deux verbes : *double-check* et *review*.

Il est demandé au juge des libertés et de la détention d'opérer un *judicial review*, c'est-à-dire un contrôle de l'action des pouvoirs au regard des libertés fondamentales.

La matière de cette nouvelle mission du juge des libertés et de la détention, transcende les distinctions cardinales du droit français : civil/pénal, privé/public, national/international, tant elle puise sa source dans la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne et de la Cour européenne des droits de l'homme.

² A. GARAPON, S. PERDIOLLE, B. BERNABÉ et Ch. KADRI, *La prudence et l'autorité, L'office du juge au XXI^e siècle*, Rapport de l'IHEJ, mai 2013. Pour consulter ce rapport, [cliquez ici](#).

Aux termes de ce rapport, les auteurs insistent sur la nécessité de consolider cet office libéral du juge des libertés et de la détention.

D'une part, ils soulèvent le problème de l'effectivité de cette garantie.

Le juge des libertés et de la détention est sous pression du fait du rôle central qu'il joue sans avoir toujours les moyens d'exercer pleinement son rôle.

Sa marge de manœuvre réelle est réduite, car il est très dépendant des informations qui lui sont remises, le plein office libéral étant également entravé par le volume d'affaires à traiter.

De facto, il est très difficile de refuser une mesure, sauf à examiner son opportunité, ce qui empièterait sur les prérogatives des médecins.

L'office libéral est donc en transition et risque de n'être qu'une fonction de « presse bouton » sans réel pouvoir de décision.

D'autre part, les auteurs soulignent le fait que la fonction de protection des libertés publiques souffre également de ne pas trouver une juste représentation de son importance ni par la doctrine, ni par le corps, ni parmi la société, la création du juge des libertés et de la détention ne s'étant accompagnée d'aucune réflexion professionnelle pourtant nécessaire sur la place de cette nouvelle fonction.

Les fonctions de juge des libertés et de la détention demeurent ainsi largement déconsidérées au sein des juridictions car non techniques.

Les auteurs concluent qu'il apparaît essentiel de valoriser cette fonction et ce nouvel office libéral, essentiels au bon fonctionnement d'un État de droit.

En conclusion, un important paradoxe semble ressortir de ces évolutions : alors que l'office du juge judiciaire s'est profondément transformé dans le sillage de la loi du 5 juillet 2011, au prix d'importantes mutations de ses fonctions, l'écho de cette réforme demeure aujourd'hui bien mince, et, à tout le moins, sous-estimé.

Première partie

Législation sur les soins psychiatriques sans consentement

*Par Monsieur Jean-Michel ETCHEVERRY,
secrétaire général de la première présidence de la cour d'appel de Lyon,
membre du groupe de travail constitué par la Cour de cassation sur l'étude des soins
psychiatriques sans consentement*

Actualisé au 1^{er} décembre 2014

TEXTES DE RÉFÉRENCE

(Appuyez sur la touche CTRL et cliquez sur le texte souhaité pour le consulter sur votre navigateur)

I. Textes législatifs et réglementaires relatifs à la loi du 5 juillet 2011

Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge³

Décret n° 2011-846 du 18 juillet 2011 relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques⁴

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 psychiatriques⁵

Instructions au greffe pour la mise en œuvre de la réforme relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques du 18 août 2011 (intranet requis)

³ Journal officiel du 6 juillet 2011

⁴ Journal officiel du 19 juillet 2011, rectifié au J.O. du 30 juillet 2011

⁵ BOMJL n° 2011-07 du 29 juillet 2011

II. Textes législatifs et réglementaires relatifs à la loi du 27 septembre 2013

Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011⁶

Décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins sans consentement⁷

Circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions de la 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 et du décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement⁸

Instructions au greffe pour la mise en œuvre de la réforme relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques du 14 septembre 2014 (intranet requis)

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 charge⁹

Pour information :

Lien vers la page dédiée du Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes

⁶ Journal officiel du 29 septembre 2013

⁷ Journal officiel du 17 août 2014

⁸ BOMJ n°2014-08 du 29 août 2014

⁹ BO Santé–Protection sociale–Solidarité n°2014/10 du 15 novembre 2014

TITRE I

Procédures judiciaires de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement

1. Aperçu général du nouveau dispositif	13
1.1. Eléments de contexte	13
1.2. Points-clefs de la loi du 5 juillet 2011	14
1.3. Modifications apportées par la loi du 27 septembre 2013.....	16
1.3.1. Modifications relatives aux droits des patients	17
1.3.2. Modifications relatives à l'intervention du juge	18
1.3.3. Modifications relatives au déroulement de l'instance	20
1.3.4. Simplification du dispositif de règlement des désaccords entre le représentant de l'État dans le département et les psychiatres	22
1.4. Points-clefs sur l'intervention du juge judiciaire	22
2. Procédure de contrôle facultative applicable à tous les soins contraints :	25
2.1. Procédure devant le juge des libertés et de la détention.....	25
Un schéma récapitulatif de la procédure se situe en fin de développements.	25
2.1.1. Modalités de saisine du JLD.....	25
2.1.2. Diligences à accomplir par le greffe	29
2.1.3. Instruction de la requête	31
2.1.4. Modalités de tenue de l'audience	32
2.1.5. Délai pour statuer	35
2.1.6. Modalités de notification de la décision et voies de recours.....	35
Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle facultative applicable à tous les soins contraints	37
2.2. Procédure devant le premier président de la cour d'appel.....	39
2.2.1. Modalités de saisine du premier président et diligences du greffe.....	39
2.2.2. Modalités de tenue de l'audience	40
2.2.3. Délai pour statuer	40
2.2.4. Modalités de notification de la décision et voies de recours.....	41
2.2.5. Saisine du premier président aux fins d'effet suspensif	41
Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle facultative applicable à tous les soins contraints	44
3. Procédure de contrôle de plein droit applicable aux soins contraints sous hospitalisation complète ..	46
3.1. Procédure devant le juge des libertés et de la détention.....	46
3.1.1. Modalités de saisine du JLD et diligences du greffe	46
3.1.2. Instruction de la requête	48
3.1.3. Modalités de tenue de l'audience	49
3.1.4. Délai pour statuer et contenu de la décision.....	51
3.1.5. Modalités de notification de la décision et voies de recours.....	53
Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle de plein droit applicable aux soins contraints sous hospitalisation complète	55
3.2. Procédure devant le premier président de la cour d'appel.....	57
3.2.1. Modalités de saisine du premier président et diligences du greffe.....	57
3.2.2. Modalités de tenue de l'audience	58
3.2.3. Délai pour statuer	59
3.2.4. Modalités de notification de la décision et voies de recours.....	59
3.2.5. Saisine du premier président aux fins d'effet suspensif	60
Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle de plein droit applicable aux soins contraints sous hospitalisation complète	62

1. Aperçu général du nouveau dispositif

Remarque : La présente note tend à présenter la procédure applicable aux différents cas de saisine du juge issus de la loi du 5 juillet 2011, modifiée par la loi du 27 septembre 2013 et de leurs décrets d'application en date respectivement du 18 juillet 2011 et du 15 août 2014. Elle a été complétée notamment des précisions contenues dans les circulaires CIV/03/11 et CIV/11/14 diffusées aux juridictions par la direction des affaires civiles et du sceau les 21 juillet 2011 et 18 août 2014, de la circulaire CRIM-2014-11/E8 de la direction des affaires criminelles et des grâces du 22 mai 2014 ainsi que des instructions adressées aux greffes le 18 août 2011 par la direction des services judiciaires.

1.1. Éléments de contexte

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, dite « loi Evin », a remplacé l'ancienne législation sur les aliénés du 30 juin 1838.

Encadrant les soins psychiatriques, cette loi n'a toutefois pas résolu certaines difficultés, comme a pu le souligner un rapport remis en 2005 par les inspections générales des services judiciaires et des affaires sociales, dénonçant, à propos du contrôle juridictionnel des conditions d'hospitalisation, un régime procédural flou, contribuant à rendre peu effectif le recours à un juge, juge présenté de surcroît comme peu impliqué dans ses fonctions.

Plusieurs condamnations internationales ont en outre sanctionné la France en raison du délai excessif dans lequel des tribunaux statuaient en cette matière¹⁰, mais aussi l'Agent judiciaire du Trésor, pour réparation du préjudice causé par le retard d'un JLD à statuer sur une demande, même non fondée, de mainlevée d'un arrêté préfectoral d'hospitalisation d'office.

La Cour européenne des droits de l'homme a encore condamné la France par un arrêt du 18 novembre 2010 (*Baudouin c. France*, n° 35935/03), au motif que les difficultés d'articulation en droit français entre la compétence du juge administratif (compétent pour contrôler la légalité externe de la décision d'hospitalisation) et celle du juge judiciaire (compétent pour se prononcer sur le bien-fondé de l'hospitalisation et, en cas de disproportion avec l'état de santé de l'individu, ordonner sa mainlevée) n'avait pas permis au requérant de faire valoir ses droits¹¹.

Par décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, le Conseil constitutionnel a ensuite déclaré contraires à la Constitution les dispositions de l'article L. 337 du code de la santé publique (devenu entretemps l'article L. 3212-7 du même code), 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

¹⁰ 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 4 mois ; plus récemment encore CEDH, arrêt du 14 avril 2011, *Patoux c. France*, n° 35079/06, pour un délai de 46 jours.

¹¹ Quelques temps auparavant, un Décret n° 2010-526 du 20 mai 2010 relatif à la procédure de sortie immédiate des personnes hospitalisées sans leur consentement avait été publié (articles R. 3211-2 à R. 3211-18 CSP) (délai de 12 jours, porté à 25 jours en cas d'expertise, pour statuer).

l'article 66¹². S'agissant de la possibilité pour toute personne hospitalisée sans son consentement de saisir le juge afin qu'il y soit mis fin (article L. 3222-1 CSP), le Conseil a en outre émis une réserve d'interprétation pour que le juge soit tenu de statuer dans les plus brefs délais compte-tenu de la nécessité éventuelle de recueillir des éléments d'information complémentaires sur l'état de santé de la personne hospitalisée.

Le Contrôleur général des lieux de privation de liberté a par ailleurs considéré que le juge judiciaire devait davantage jouer son rôle, aux termes d'un avis du 15 février 2011, publié au *Journal officiel* du 20 mars 2011 et relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office.

C'est enfin une décision du 9 juin 2011 du Conseil constitutionnel, saisi de deux questions prioritaires de constitutionnalité, qui a asséné le coup de grâce 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'office¹³. C'est dans ce contexte qu'est intervenue la loi du 5 juillet 2011.

1.2. Points-clefs de la loi du 5 juillet 2011

Présentée initialement dans l'objectif de lever les obstacles à l'accès aux soins, notamment par une simplification du dispositif d'hospitalisation à la demande d'un tiers, la loi du 5 juillet 2011, dont il convient de relever qu'elle n'a pas été déferée au Conseil constitutionnel avant sa promulgation, a pour objet principal d'adapter la législation aux évolutions des soins psychiatriques et thérapeutiques en permettant notamment la prise en charge des patients autrement que par leur hospitalisation à temps plein. Conformément aux exigences constitutionnelles définies par le Conseil en cours de travaux parlementaires (*cf. supra* n° 1.1.), elle renforce aussi la protection des patients par une meilleure garantie de leurs droits et libertés et une meilleure information de ces derniers.

La loi énumère ainsi tant les formes de prise en charge des patients que les personnes susceptibles de solliciter leur mise en œuvre.

Relativement aux modes de prise en charge, la personne faisant l'objet de soins psychiatriques sans son consentement peut désormais être prise en charge sous **deux formes** (article L. 3211-2-1 CSP) :

- sous la forme d'une **hospitalisation complète** dans un établissement psychiatrique ;
- ou sous une autre forme incluant des **soins ambulatoires**, pouvant comporter des soins à domicile, dispensés par un établissement psychiatrique, et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement de ce type. Les soins dispensés font alors l'objet d'un

¹² Avec prise d'effet de cette déclaration d'inconstitutionnalité fixée au 1^{er} août 2011, afin de permettre au législateur d'y remédier.

¹³ Là encore, le Conseil a fixé au 1^{er} août 2011 la prise d'effet de sa décision.

programme définissant le type de soins, le lieu de leur réalisation et leur périodicité, établi, après avis du patient, par un psychiatre de l'établissement d'accueil.

L'admission en soins psychiatriques débute systématiquement par une **période d'observation** et de soins sous la forme d'une hospitalisation complète d'une durée maximale de **72 heures** à l'issue de laquelle, si la nécessité de maintenir ces soins a été confirmée par un psychiatre de l'établissement¹⁴ dans les 24 heures puis dans les 72 heures de l'admission (certificats dits « des 24 heures » et « des 72 heures »¹⁵), le directeur dudit établissement ou le préfet décide, sur proposition du psychiatre, de la forme de la prise en charge (article L. 3211-2-2 CSP).

Dès son admission ou aussitôt que son état de santé le permet et, par la suite à sa demande et après chaque décision prononçant le maintien des soins ou définissant la forme de la prise en charge, le patient doit être informé, notamment, des voies de recours dont il dispose (article L. 3211-3 CSP).

Relativement à la décision d'admission en soins psychiatriques, celle-ci peut être sollicitée par **trois protagonistes** :

– soit, à la **demande d'un tiers** (membre de la famille, personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans son intérêt, tuteur, curateur, à charge pour ces derniers de produire un extrait du jugement de mise sous tutelle ou curatelle) ou en cas d'impossibilité d'obtenir pareille demande s'il est justifié de l'existence **d'un péril imminent** pour la santé de la personne, par le **directeur d'établissement** lorsque les deux conditions suivantes seront réunies :

- ✓ les troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement ;
- ✓ 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 une forme ambulatoire (article L. 3212-1 CSP).

L'admission à la demande d'un tiers nécessite la production de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours dont le premier établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil du patient (article L. 3212-1 CSP)¹⁶. Toutefois, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité physique du malade, un seul certificat émanant d'un médecin de l'établissement en cas d'urgence, (article L. 3212-3 CSP). En outre, en cas d'existence d'un péril imminent pour la santé de la personne, un seul certificat médical circonstancié datant de moins de quinze jours établi par un médecin extérieur à l'établissement est encore exigé (article L. 3212-1 II 2° CSP).

¹⁴ Psychiatre qui ne peut être celui ayant établi le certificat ou l'un des certificats initiaux d'admission.

¹⁵ Le certificat des 72 heures ne peut être rédigé par le psychiatre ayant délivré le certificat des 24 heures en cas d'admission dans le cadre de la procédure d'urgence (article L. 3212-3, alinéa 1) ou de péril imminent (article L. 3212-1 II, dernier alinéa).

¹⁶ Pour des données statistiques relatives à la nécessité d'un certificat médical circonstancié, cf. *infra*, Partie 2, n° 4.4.

– soit, **par le préfet**, lorsque les deux conditions suivantes sont réunies :

- ✓ les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins ;
- ✓ ces troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (article L. 3213-1 CSP).

L'admission sur décision du représentant de l'État dans le département nécessite la production d'un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre de l'établissement, sauf en cas d'existence d'un danger imminent pour la sûreté des personnes, où un simple avis médical attestant de ce danger suffit (article L. 3213-2 CSP). En outre, un certificat médical circonstancié portant sur l'état actuel de la personne est encore exigé en cas de signalement de l'autorité judiciaire (article L. 3213-7 CSP).

– soit, **par l'autorité judiciaire** (article 706-135 du code de procédure pénale).

Remarque : Lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction de jugement prononce, en application de l'article 122-1 du code pénal, un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, elle peut, par décision motivée, rendue aussitôt en la forme d'une ordonnance signée par le président et le greffier (article D. 47-29, alinéa 1, du code de procédure pénale), ordonner l'admission en soins psychiatriques de la personne sous la forme d'une hospitalisation complète (sans période initiale d'observation) s'il est établi par une expertise psychiatrique figurant au dossier de la 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 (article 706-135 du code de procédure pénale).

1.3. Modifications apportées par la loi du 27 septembre 2013

Entrée en vigueur immédiatement pour partie de ses dispositions, le 15 mars ou le 1^{er} septembre 2014 pour d'autres, la loi du 27 septembre 2013 tend :

– d'une part, à tirer les conséquences de la décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 par laquelle le Conseil constitutionnel a déclaré contraires à la Constitution, avec effet au 1^{er} octobre 2013, deux dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 concernant le régime dérogatoire applicable aux personnes ayant séjourné en unité pour malades difficiles (UMD)¹⁷ u déclarées pénalement irresponsables ;

– d'autre part, conformément aux recommandations issues du rapport d'information « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », enregistré le 29 mai 2013 à la présidence de l'Assemblée nationale¹⁸, à apporter plusieurs modifications aux dispositions de la même loi

¹⁷ Par décision QPC du 14 février 2014, le Conseil constitutionnel a par ailleurs considéré qu'à l'exception des dispositions anciennes qu'il avait déclarées contraires à la Constitution au terme de sa précédente décision du 20 avril 2012, le régime juridique de privation de liberté auquel sont soumises les personnes prises en charge dans une UMD n'est pas différent de celui applicable aux autres personnes faisant l'objet de soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète.

¹⁸ Pour consulter ce rapport, [cliquez ici](#).

concernant tant les droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques que les modalités du contrôle exercé par le juge judiciaire en matière d'hospitalisation complète.

Parmi ces modifications, certaines sont relatives aux droits des patients, d'autres aux modalités d'intervention du juge et d'autres au déroulement de l'instance.

1.3.1. Modifications relatives aux droits des patients

La première modification relative aux droits des patients concerne **le rétablissement des autorisations de sortie non accompagnée** (entrée en vigueur immédiate).

Alors qu'est maintenue la faculté, en cas d'hospitalisation complète, de prévoir des sorties accompagnées n'excédant pas 12 heures, la loi du 27 septembre 2013 rétablit la possibilité, supprimée en 2011, de sorties non accompagnées mais pour une durée maximale de 48 heures.

Remarque : Cette modification remédie à l'une des difficultés majeures nées de la mise en œuvre de la réforme du 5 juillet 2011 et de l'absence de cadre légal, par suite de la suppression des sorties dites « d'essai », permettant aux personnes hospitalisées à temps complet sans leur consentement de sortir pour une courte durée sans modification de leur prise en charge. La loi ne permettait jadis que deux options : soit une sortie accompagnée, soit l'élaboration d'un programme de soins, lequel supposait à l'issue de chaque sortie, lors de la réintégration du patient dans l'établissement, de réenclencher la procédure d'admission entraînant la saisine du JLD dans le délai de quinze jours alors applicable.

Au motif thérapeutique et à la nécessité d'effectuer des démarches extérieures déjà visés par l'ancien texte, a été ajouté l'objectif de favoriser la réadaptation ou la réinsertion sociale de la personne (formulation qui figurait déjà dans les dispositions antérieures à la réforme de 2011, relatives aux sorties d'essai). Dans l'un et l'autre cas, l'autorisation sera accordée par le directeur de l'établissement d'accueil, après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement et, lorsque l'hospitalisation a été prise sur décision du préfet, sauf opposition écrite de ce dernier notifiée au plus tard douze heures avant la date prévue. Lorsque la mesure de soins psychiatriques fait suite à la demande d'un tiers, ce dernier sera informé préalablement, par le directeur de l'établissement, de la décision d'autorisation de sortie non accompagnée ainsi que de sa durée (article L. 3211-11-1 CSP).

Ces sorties, ordonnées dans le cadre d'une hospitalisation complète, sont sans incidence – ainsi que le précise la circulaire de la direction des affaires civiles et du sceau du 18 août 2014 – tant sur la forme de la prise en charge que sur la computation des délais de contrôle de la mesure par le juge.

La seconde modification relative aux droits des patients concerne **la suppression des conditions spécifiques de mainlevée des mesures de soins des patients admis en unité pour malades difficiles et modification du régime de mainlevée applicable aux personnes**

déclarées pénalement irresponsables – régime dit « renforcé » (entrée en vigueur immédiate).

Tirant les conséquences de la décision précitée du Conseil constitutionnel, le nouveau texte modifie le régime procédural dit « renforcé », prévu à l'article L. 3211-12 II du code de la santé publique, qui était applicable tant aux patients déclarés pénalement irresponsables qu'aux patients admis en unité pour malades difficiles et qui imposait au juge des libertés et de la détention de ne statuer qu'après avoir recueilli l'avis du collègue mentionné à l'article L. 3211-9 du même code.

Il supprime les anciennes dispositions en ce qu'elles concernaient les personnes ayant simplement été placées en unité pour malades difficiles et limite l'application du régime renforcé aux irresponsables pénaux ayant commis des **faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens**¹⁹.

A noter

Ne sont plus désormais concernées que les personnes faisant l'objet d'une hospitalisation complète ordonnée en application de l'article L. 3211-9 du code de la santé publique (sur décision du représentant de l'État) ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale (décision d'une juridiction pénale) suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale au moment où le juge est appelé à statuer et non plus les personnes admises en pareils soins, en application de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, qui avaient déjà fait l'objet, dans les dix années précédentes, de soins similaires par suite d'une décision d'irresponsabilité pénale, lesquelles seront désormais soumises au régime de droit commun. Autrement dit, ne sont plus concernées que les hospitalisations complètes en cours, peu important que le patient ait, par le passé, déjà fait l'objet d'une hospitalisation complète à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale. Aussi, est supprimé, le « droit à l'oubli » de dix années, devenu inutile, que prévoyait l'ancien texte.

1.3.2. Modifications relatives à l'intervention du juge

La loi du 27 septembre 2013 est venue apporter deux modifications de taille dans l'intervention du juge.

La première concerne la **réduction du délai dans lequel les mesures d'hospitalisation complète doivent être soumises au contrôle du juge des libertés et de la détention** (entrée en vigueur au 1^{er} septembre 2014)

¹⁹ La circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces du 22 mai 2014 précise, à titre d'exemples, que doivent être considérés comme des atteintes aux personnes les vols avec violences ou les extorsions, bien que prévus au titre III du code pénal, dès lors qu'ils impliquent des violences ou menaces contre les personnes.

Le nouveau texte réduit à **douze jours** à compter de la décision d'admission (ou de la décision modifiant la forme de prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète) le délai, fixé à 15 jours par la loi du 5 juillet 2011, avant l'expiration duquel le juge des libertés et de la détention doit avoir statué sur la poursuite de l'hospitalisation complète, sous peine de mainlevée automatique de la mesure (article L. 3211-12-1 CSP)²⁰.

À cet effet, le juge doit être saisi dans un délai de huit jours à compter de l'admission ou de la décision ayant modifié la forme de la prise en charge du patient et procédé à son hospitalisation complète (délai fixé non plus par décret mais directement par la loi)²¹.

Le nouveau texte ne modifie ni le délai de six mois avant l'expiration duquel un nouveau contrôle doit intervenir en cas de maintien du patient en hospitalisation complète depuis la dernière décision du juge²² ni le délai de quatorze jours supplémentaires imparti à ce dernier pour statuer lorsqu'il a ordonné une expertise avant dire droit.

S'agissant du délai de six mois évoqué ci-dessus, seul est modifié le délai de saisine du juge qui est porté de huit à quinze jours au moins avant l'expiration de ce délai (entrée en vigueur au 15 mars 2014).

La saisine du juge doit être accompagnée, non plus d'un avis conjoint, mais de l'avis (le nouveau texte précise qu'il doit être motivé²³) d'un seul psychiatre de l'établissement d'accueil se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète. Comme précédemment, lorsque le patient relève du régime dit « renforcé », cet avis est rendu par le collègue.

Remarque : Pour un exposé des modalités d'entrée en vigueur dans le temps de ces nouvelles dispositions : lire la circulaire DACS du 18 août 2014, p. 10 et s. (Pour consulter cette circulaire, [cliquez ici](#)).

La seconde modification relative à l'intervention du juge concerne la **rationalisation du nombre de certificats médicaux** (entrée en vigueur immédiate).

Tirant les conséquences du raccourcissement du délai dans lequel le juge des libertés et de la détention doit contrôler les mesures d'hospitalisation complète, le certificat, dit « de huitaine », prévu entre le 5^e et le 8^e jour est supprimé.

²⁰ Et ce alors que le rapport d'étape de la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie » avait recommandé de le réduire à cinq jours, le législateur a préféré fixer ce délai à dix jours puis, sur amendement du gouvernement, à douze jours.

²¹ Dispositions applicables aux décisions d'admission en soins psychiatriques sans consentement et aux décisions de réadmission en hospitalisation complète prononcées à compter du 1^{er} septembre 2014.

²² Délai de six mois maintenu également en cas de décision judiciaire ayant prononcé l'hospitalisation en application de l'article 706-135 du code de procédure pénale (ensuite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale).

²³ Cet avis devra désormais contenir la description des manifestations des troubles mentaux dont est atteinte la personne ainsi que les circonstances particulières qui rendent nécessaire la poursuite de l'hospitalisation complète (article R. 3211-24 du code de la santé publique dans sa rédaction issue du décret du 15 août 2014).

L'établissement des certificats médicaux doit ainsi répondre aux conditions suivantes :

<p style="text-align: center;">EN CAS D'ADMISSION SUR DÉCISION DU DIRECTEUR DE L'ÉTABLISSEMENT</p>	<p style="text-align: center;">EN CAS D'ADMISSION SUR DÉCISION DU PRÉFET</p>
<p>Certificat des 24 heures Établi par un psychiatre de l'établissement confirmant la nécessité de maintenir les soins (article L. 3211-2-2, alinéa 2 CSP)</p> <p>Certificat des 72 heures Établi par un psychiatre de l'établissement qui, en cas de nécessité de confirmation de la nécessité de maintenir les soins, propose la forme de la prise en charge (article L. 3211-2-2, alinéa 3 CSP)</p> <p>Certificat ou avis mensuel (à peine de levée de la mesure) Établi de manière circonstanciée dans les 3 jours précédant l'expiration de la 1ère période mensuelle puis de mois en mois par un psychiatre de l'établissement qui, en cas de confirmation de la nécessité de poursuivre les soins, précise si la forme de prise en charge est toujours adaptée et, le cas échéant, propose une nouvelle prise en charge (article L. 3212-7, alinéa 2 CSP)</p> <p>Évaluation annuelle (à peine de levée de la mesure) Établie par le collège mentionné à l'article L. 3211-9 CSP qui, en cas d'impossibilité de procéder à l'examen de la personne en raison de son absence, doit établir une attestation avant l'échéance</p>	<p>Certificat des 24 heures Établi par un psychiatre de l'établissement confirmant la nécessité de maintenir les soins (article L. 3213-1 CSP)</p> <p>Certificat des 72 heures Établi par un psychiatre de l'établissement qui, en cas de nécessité de confirmation de la nécessité de maintenir les soins, propose la forme de la prise en charge (article L. 3213-1 CSP)</p> <p>Certificat ou avis mensuel Établi de manière circonstanciée dans le mois de l'admission puis de mois en mois par un psychiatre de l'établissement (article L. 3213-3-I CSP)</p> <hr/> <p>En cas d'admission sur décision de l'autorité judiciaire</p> <p>Certificat ou avis mensuel Pareille décision ne déclenchant pas de période initiale d'observation et de soins de 72 heures dans la mesure où l'article 706-135 du code de procédure pénale impose le prononcé d'une hospitalisation complète, seul un certificat ou avis établi de manière circonstanciée dans le mois de l'admission puis de mois en mois sera nécessaire (article L. 3213-3-I CSP)</p>

1.3.3. Modifications relatives au déroulement de l'instance

La loi du 27 septembre 2013 a partiellement rénové les modalités de tenue de l'audience tout en imposant, en certaines hypothèses, l'assistance d'un avocat.

Quant aux **modalités de tenue de l'audience** (entrée en vigueur : 1^{er} septembre 2014), alors que les dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 (article L. 3211-12-2 I CSP) prévoyaient que l'audience pouvait se tenir soit au siège du tribunal de grande instance, soit, sur décision du juge, dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil, voire par visioconférence²⁴, la loi du 27 septembre 2013 a opéré un renversement du principe en disposant que l'audience se tiendra désormais, par ordre de priorité :

²⁴ Pour des données statistiques relatives à la localisation des audiences, cf. *infra*, Seconde partie, n° 4.1.1.

– dans une salle d’audience spécialement aménagée sur l’emprise de l’établissement d’accueil²⁵ (le nouveau texte précise que cette salle sera « attribuée » au ministère de la justice, ce qui signifie, selon les travaux parlementaires, qu’elle devra être dédiée aux audiences du juge des libertés et de la détention, si ce n’est en permanence, du moins de façon à assurer tant la clarté, la sécurité et la sincérité des débats que l’accès au public et à traduire ces exigences dans l’agencement et l’accessibilité des lieux) ;

– ou, en cas de nécessité²⁶, sur l’emprise d’un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités qui seront prévues par une convention entre le tribunal de grande instance et l’agence régionale de santé (mutualisation des salles d’audience entre établissements) ;

– et ne pourra se tenir au siège du tribunal de grande instance, sur décision du juge prise d’office ou à la demande de l’une des parties, que lorsque la salle aménagée sur l’emprise de l’établissement d’accueil ne permettra d’assurer ni la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ni l’accès du public.

Comme précédemment, le président du tribunal de grande instance pourra, en cas de nécessité, autoriser qu’une seconde audience se tiendra le même jour au siège dudit tribunal.

Enfin, la nouvelle loi a supprimé toute possibilité de recourir à la visioconférence.

Quant à **l’assistance obligatoire de l’avocat** (entrée en vigueur : 1^{er} septembre 2014), le nouveau texte **rend obligatoire (et non plus facultative²⁷) l’assistance par un avocat de la personne faisant l’objet de soins psychiatriques** qui sera désormais assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l’aide juridictionnelle ou commis d’office²⁸. Il maintient le principe de sa représentation lorsque, au vu d’un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle à son audition.

Remarque : Les missions accomplies au titre de l’aide juridictionnelle, correspondant aux diligences accomplies par les avocats qui prêtent leur concours devant le JLD aux bénéficiaires de cette aide, correspondent à la ligne de rétribution IV.5 « requêtes » de la rubrique « autres matières civiles » du tableau annexé à l’article 90 du décret n° 91-1266 du 19 décembre 1991, affectée d’un coefficient de 4 UV. Cette ligne ne prévoit pas de majoration.

²⁵ Comprendre l’établissement dans lequel la personne était prise en charge au moment de la saisine du juge et non, en cas de transfert, celui dans lequel se trouve le patient au moment où le juge statue (en ce sens, la circulaire DACS du 18 août 2014, p. 6).

²⁶ Lors des travaux parlementaires, le rapporteur a considéré que cette disposition n’avait pas vocation à permettre de regrouper au sein d’un établissement l’ensemble des audiences organisées dans le ressort du tribunal de grande instance et qu’une « *simple nécessité de service ne saurait justifier la mutualisation des salles d’audience* ».

²⁷ Pour des données statistiques relatives à l’assistance d’un avocat, cf. *infra*, Partie 2, n° 4.1.3.

²⁸ La désignation d’office n’implique pas nécessairement que le coût de l’avocat soit pris en charge par l’État. Si la personne n’a pas de ressources suffisantes, l’avocat commis devra faire une demande d’aide juridictionnelle au nom de son client (cf. instr. greffe, p. 15). À l’inverse, les frais d’intervention de l’avocat seront à la charge de la personne si ses ressources excèdent les plafonds d’admission à l’aide juridictionnelle.

1.3.4. Simplification du dispositif de règlement des désaccords entre le représentant de l'État dans le département et les psychiatres (entrée en vigueur immédiate)

La nouvelle loi abroge l'article L. 3213-5 du code de la santé publique relatif à la procédure à suivre en cas de désaccord entre le psychiatre et le préfet sur la levée d'une hospitalisation complète mise en place sur décision de ce dernier, les dispositions concernant cette procédure étant réécrites dans la nouvelle rédaction de l'article L. 3213-9-1 du même code. Ainsi, parmi les modifications adoptées :

– obligation, lorsqu'un psychiatre propose de mettre fin à l'hospitalisation complète, pour le directeur d'établissement d'en référer dans les vingt-quatre heures au préfet qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical, non seulement lorsqu'est préconisée la levée de la mesure mais aussi, désormais, lorsqu'est proposée une simple modification de la forme de la prise en charge ;

– obligation pour le préfet, lorsqu'il a décidé de ne pas suivre l'avis dudit psychiatre et qu'un second psychiatre désigné par le directeur d'établissement confirme l'absence de nécessité de l'hospitalisation complète, soit de prononcer la levée de la mesure de soins, soit de modifier la forme de la prise en charge conformément à la recommandation formulée par le premier psychiatre (le texte ancien indiquait que le préfet pouvait soit lever la mesure soit mettre en place une mesure de soins sous une autre forme que l'hospitalisation complète mais ne précisait pas qu'il était tenu de suivre la recommandation initiale qui lui avait été faite).

Demeurent inchangées les dispositions, désormais prévues au 2^e alinéa du III de l'article L. 3213-9-1 CSP, de la procédure applicable devant le juge des libertés et de la détention, sur saisine du directeur d'établissement, lorsque le second psychiatre a préconisé le maintien de l'hospitalisation complète et que le préfet a maintenu cette mesure.

La nouvelle loi ajoute enfin un dispositif spécifique de règlement des désaccords lorsqu'ils concerneront des irresponsables pénaux soumis au régime renforcé (*cf. supra* n° 1.3.1. et *infra* n° 2.1.1.).

1.4. Points-clefs sur l'intervention du juge judiciaire

➤ Application de la procédure civile

Dans tous les cas de saisine du juge, la procédure est régie, par principe, par le code de procédure civile, sous réserve des dispositions particulières présentées ci-après (article R. 3211-7 CSP).

➤ Des modalités de communication simplifiée

Dans un objectif de célérité, les dispositions réglementaires du code de la santé publique prévoient à plusieurs reprises que les échanges entre le greffe et les établissements de soins

pourront s'effectuer « *par tout moyen* », ce qui autorise les échanges dématérialisés. Toutefois, conformément au décret du 15 mai 2007 relatif à la confidentialité des informations médicales et à la politique ministérielle de défense et de sécurité du ministère de la justice, les données ainsi échangées devront être chiffrées. Dans l'attente de la mise en place d'un dispositif sécurisé de communication électronique, seuls sont autorisés pour la transmission des expertises psychiatriques et des éléments de procédure :

- la télécopie, sous réserve de mesures organisationnelles garantissant la confidentialité ;
- une messagerie dédiée du type `jld.ho.tgi-ville@justice.fr` (et non les adresses nominatives des magistrats ou des greffiers), avec cryptage (ou chiffrement) des pièces jointes (au moyen du logiciel Axcrypt)²⁹.

➤ Unification du contentieux

Depuis le 1^{er} janvier 2013, le juge judiciaire est en outre seul compétent pour connaître de la régularité des décisions administratives prises en matière de soins psychiatriques (contrôle dit, en droit administratif, de la « légalité externe » des décisions), à charge, à titre transitoire, pour la juridiction administrative de statuer sur les recours dont elle avait été saisie antérieurement à cette date (article 18-II de la loi du 5 juillet 2011).

Ainsi, le juge des libertés et de la détention pourra connaître de ce type de contestations dans le cadre des instances introduites devant lui, l'irrégularité affectant une décision administrative ne pouvant toutefois entraîner la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet.

De même, lorsque le tribunal de grande instance statuera sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant pour l'intéressé de ces décisions administratives, il pourra, à cette fin, connaître des irrégularités dont elles seraient entachées (article L. 3216-1 CSP).

➤ Extension du rôle du juge des libertés et de la détention

S'agissant du contrôle judiciaire des mesures de soins, la loi du 5 juillet 2011 comporte une double extension du rôle du juge des libertés et de la détention :

- le JLD devra désormais se prononcer, dans le cadre de l'examen des recours **facultatifs**, sur **toute mesure de soins** dont il sera saisi, quand bien même celle-ci ne s'exécuterait pas sous le régime de l'hospitalisation complète³⁰ (*cf. infra*, n° 2 et s.) ;

²⁹ Cf. Guide de bonnes pratiques diffusé par le secrétariat général du ministère de la justice et des libertés et annexes 3-1 et 3-2 instr. greffe.

³⁰ Par décision du 16 juillet 2012 le Conseil d'État a considéré que le juge administratif n'était pas compétent pour connaître de la légalité d'un dosage médicamenteux et a renvoyé au juge judiciaire, « *pour autant qu'elle relève de la compétence d'un juge* », la connaissance de pareille contestation.

– **en cas d’hospitalisation complète**³¹ (ordonnée aussi bien par le directeur d’établissement que par le préfet ou par l’autorité judiciaire), le JLD interviendra **obligatoirement** au plus tard dans les douze jours de l’hospitalisation, puis avant l’expiration de chaque échéance de six mois³². S’y ajoutera la saisine systématique du juge si, au-delà du douzième jour de l’admission en hospitalisation complète, le représentant de l’État dans le département n’ordonne pas la levée de la mesure alors qu’un psychiatre atteste que les conditions ayant justifié cette hospitalisation ne sont plus remplies (*Cf. infra*, n° 3 et s.).

³¹ Par sa décision QPC du 20 avril 2012 le Conseil constitutionnel a considéré que l’article L. 3211-2-1 CSP, en ce qu’il ne prévoit pas de contrôle systématique pour les soins ambulatoires, n’est pas contraire à la Constitution dès lors qu’aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l’encontre d’une personne prise en charge dans le cadre de soins ambulatoires sans que cette prise en charge ait été préalablement transformée en hospitalisation complète.

³² Par la même décision, le Conseil constitutionnel a aussi considéré que le délai de six mois ne présentait pas de caractère excessif dès lors, par ailleurs, que la loi ne faisait pas obstacle à ce que le JLD puisse être saisi à tout moment aux fins d’ordonner la mainlevée immédiate de la mesure.

2. Procédure de contrôle facultative applicable à tous les soins contraints : **art. L. 3211-12 CSP**

Le décret du 18 juillet 2011 a préservé pour l'essentiel le cadre procédural issu du décret du 20 mai 2010³³ qu'il a seulement modifié afin de tenir compte notamment des nouvelles modalités de tenue de l'audience et de la possibilité ouverte au ministère public d'assortir sa déclaration d'appel d'une demande d'effet suspensif.

Le décret du 15 août 2014 a eu pour objet principal (outre une structuration des dispositions autour d'un nouveau plan présentant les dispositions communes aux procédures de mainlevée et de contrôle des soins – articles R. 3211-7 à R. 3211-23 CSP – avant d'aborder les dispositions spécifiques à chacune d'elles – articles R. 3211-24 à R. 3211-30 CSP) de mettre en cohérence les dispositions réglementaires avec les modifications issues de la loi du 27 septembre 2013 (*cf. supra* n° 1.3.).

À noter que le nouveau décret a supprimé à compter du 1^{er} septembre 2014 la faculté, prévue à l'article R. 3211-26 ancien du code de la santé publique, pour le juge de rejeter, sans tenir d'audience, les demandes répétées lorsqu'elles étaient manifestement infondées.

2.1. Procédure devant le juge des libertés et de la détention

A noter

Un schéma récapitulatif de la procédure se situe en fin de développements.

2.1.1. Modalités de saisine du JLD

La saisine du JLD sur le fondement de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique peut, depuis les réformes de 2011 et 2013, intervenir en **quatre hypothèses** :

➤ En application de l'article L. 3211-12. I du code de la santé publique, le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, **aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques quelle qu'en soit la forme**. Sa saisine peut être formée par :

1° la personne faisant l'objet de soins ;

2° les titulaires de l'autorité parentale ou le tuteur si la personne est mineure ;

³³ Par décision du 26 juillet 2011, le Conseil d'État, saisi d'un recours pour excès de pouvoir à l'encontre du décret du 20 mai 2010, a annulé celui-ci « *en tant qu'il n'a pas prévu l'audition obligatoire d'un avocat, le cas échéant désigné d'office, en cas d'impossibilité de procéder à l'audition de la personne hospitalisée sans son consentement* ». Cette garantie procédurale a été expressément prévue par le nouveau texte (*cf. infra* n° 1.3.3. et 2.1.5.).

- 3° la personne chargée de sa protection si, majeure, elle a été placée en tutelle ou en curatelle ;
- 4° son conjoint, son concubin, le partenaire
- 5° la personne qui a formulé la demande de soins ;
- 6° un parent ou une personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne faisant l'objet des soins (notamment la personne de confiance mentionnée à l'article L. 1111-6 CSP) ;
- 7° le procureur de la République.

➤ Le JLD doit être saisi par le directeur de l'établissement d'accueil **lorsque le préfet qui avait ordonné l'admission du patient maintient une mesure d'hospitalisation complète alors que l'un des psychiatres participant à la prise en charge du patient atteste que les conditions ayant justifié celle-ci ne sont plus remplies mais qu'un second psychiatre préconise son maintien** (article L. 3213-9-1 CSP) (*cf. supra* n° 1.3.4.).

Remarque : Cette procédure ne s'applique qu'aux hospitalisations complètes et le JLD ne peut être saisi sur ce fondement durant les douze premiers jours de l'admission ni dans les douze jours de la décision modifiant la forme de la prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète.

- Le JLD doit alors statuer, à bref délai, selon la procédure prévue en cas de recours facultatif

- Lorsque le préfet décide de ne pas suivre l'avis par lequel un psychiatre constate que l'hospitalisation complète n'est plus nécessaire, il en informe sans délai le directeur de l'établissement qui demande immédiatement la délivrance dans un délai maximum de 72 heures d'un second avis médical (article L. 3213-9-1 II CSP) :

* en cas d'avis conforme au premier : compétence liée du préfet qui doit ordonner la levée de la mesure ;

* en cas de préconisation par le second psychiatre du maintien de l'hospitalisation complète et que le préfet maintient celle-ci, le directeur de l'établissement doit alors saisir le JLD conformément à l'article L. 3213-9-1 III, alinéa 2 CSP. Sous l'empire des dispositions antérieures à la loi du 27 septembre 2013, des instructions ministérielles avaient été données aux établissements de santé afin de ne saisir le juge qu'une fois le second avis médical produit. Si, toutefois, le JLD était saisi alors que le second avis n'avait pas encore été rendu, il était recommandé au greffe, après enregistrement de la requête, de demander au directeur la communication sans délai de cet avis et, sur instructions du magistrat, soit de différer la fixation de la date de l'audience en attente de la communication de l'avis (sous réserve de respecter le délai de 12 jours pour statuer, *cf. infra* 2.1.5.), soit de renvoyer l'audience déjà fixée (sous la même réserve). Dans l'hypothèse où la production du second avis était incompatible avec les délais impartis au juge, il était recommandé à celui-ci de statuer. (*instr. greffe, p. 41 à 44*).

➤ Le JLD doit être aussi saisi en cas de différend entre le représentant de l'État et les psychiatres **lorsque ce différend concerne un irresponsable pénal soumis au régime renforcé de levée des soins** (c'est ici une nouveauté ; *cf. supra* n° 1.3.1).

A noter

Lorsque le différend a pour objet le passage d'une prise en charge sous la forme d'une hospitalisation complète à une prise en charge sous une autre forme avec l'établissement d'un programme de soins (article L. 3213-3 IV CSP)

Le JLD, saisi par le directeur de l'établissement d'accueil, doit statuer à bref délai selon la procédure prévue en cas de recours facultatif lorsque, d'une part, le représentant de l'État décide de ne pas suivre l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 CSP recommandant une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète et que, d'autre part, l'expertise qu'il a ordonnée préconise le maintien de cette hospitalisation et que celui-ci maintient cette mesure.

Lorsque le différend a pour objet la levée de la mesure de soins sans consentement (article L. 3213-8 CSP)³⁴

Le JLD, saisi par le directeur de l'établissement d'accueil doit statuer à bref délai selon la procédure prévue en cas de recours facultatif lorsque, le collège mentionné à l'article L. 3211-9 a estimé que l'hospitalisation complète n'était plus nécessaire et que la mesure de soins sans consentement pouvait être levée et que, d'autre part, les avis des deux psychiatres désignés par le représentant de l'État divergent ou préconisent le maintien de la mesure de soins psychiatriques et que ce dernier la maintient.

Dans l'une et l'autre hypothèse, le JLD ne peut être saisi ni dans les 12 premiers jours de l'admission ni dans les 12 jours de la décision modifiant la forme de la prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète.

(circulaire DACS du 18 août 2014, p. 4)

➤ Enfin, le JLD peut se **saisir d'office à tout moment**. À cette fin, toute personne intéressée peut porter à sa connaissance les informations qu'elle estime utiles sur la situation d'une personne faisant l'objet d'une telle mesure.

La saisine du JLD obéit en outre à des **règles différentes suivant qu'elle intervient par requête ou d'office** :

➤ **En cas de saisine par requête**

Il est distingué selon que la demande émane d'un tiers (l'une des personnes mentionnées à l'article L. 3211-12 CSP ou, dans le cas prévu à l'article L. 3213-5 CSP, le directeur de l'établissement d'accueil) ou de la personne elle-même.

³⁴ La circulaire DACG du 22 mai 2014 prévoit, en page 3, que ces nouvelles dispositions ont vocation à s'appliquer, y compris aux soins sans consentement intervenus avant la réforme.

○ En cas de saisine par un tiers (article R. 3211-10 modifié CSP)

Le JLD est saisi par requête³⁵ transmise par tout moyen permettant de dater sa réception au greffe du TGI. Celle-ci doit être datée et signée et comporter :

- 1/ outre les mentions générales, prévues à peine de nullité par l'article 58 du code de procédure civile, permettant d'identifier le requérant (nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance ou, s'il s'agit d'une personne morale, sa forme, sa dénomination, son siège social et l'organe qui la représente légalement) ;
- 2/ l'indication des nom et prénoms de la personne qui fait l'objet de soins, de son domicile et le cas échéant, de l'adresse de l'établissement où elle séjourne ainsi que, s'il y a lieu, les coordonnées de son tuteur, de son curateur ou de ses représentants légaux s'il est mineur ;
- 3/ ainsi que l'exposé des faits et son objet.

○ En cas de saisine par la personne qui fait l'objet de soins (article R. 3211-28 modifié CSP)

Lorsqu'elle émane de la personne qui fait l'objet de soins, la requête peut être déposée au secrétariat de l'établissement d'accueil et la demande en justice peut encore être formée par une simple déclaration verbale recueillie par le directeur de l'établissement qui établit un procès-verbal³⁶ contenant les mentions énumérées à l'article R. 3211-10, daté et revêtu de sa signature et de celle de l'intéressé (en cas d'impossibilité de ce dernier de signer, mention en est faite). La requête ou le procès-verbal, auquel sont jointes les pièces justificatives que le requérant entend produire, est alors transmis sans délai par le directeur au greffe du tribunal de grande instance par tout moyen lui permettant de dater sa réception.

Dans l'un et l'autre cas de saisine, le directeur communique aussi, par tout moyen, au greffe du tribunal, **dans le délai de cinq jours suivant l'enregistrement** (article R. 3211-27 modifié CSP) **ou**, lorsqu'elle émane de la personne concernée, **le dépôt de la requête** (article R. 3211-28, alinéa 2 modifié CSP), les pièces suivantes (article R. 3211-12 modifié CSP) :

- 1°/ quand l'admission en soins psychiatriques a été effectuée à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, les nom, prénoms et adresse de ce tiers ainsi que copies de la demande d'admission, **de la décision d'admission motivée et, le cas échéant, de la décision la plus récente ayant maintenu la mesure de soins**³⁷ ;

³⁵ Un modèle de requête, accompagné d'une notice explicative, est proposé aux juridictions et aux établissements hospitaliers qui pourront ainsi le remettre à toutes personnes souhaitant saisir le JLD (annexe 1 instr. greffe).

³⁶ Un modèle de procès-verbal a été élaboré en vue d'être proposé aux établissements hospitaliers (annexe 2 instr. greffe).

³⁷ Ces dispositions (en gras), applicables à compter du 1^{er} septembre 2014, sont issues du décret du 15 août 2014 qui a tiré les conséquences de la décision du Conseil d'État en date du 13 novembre 2013 ayant annulé pour partie le décret du 18 juillet 2011 en ce qu'il n'avait pas prévu, au 1^o de l'article R. 3211-11 alors en vigueur, la transmission systématique au greffe du tribunal de la décision d'admission elle-même.

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

3°/ quand l'admission a été ordonnée par une juridiction (à la suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental), 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 au vu desquels la mesure de soins a été décidée ainsi que de tout autre certificat ou avis médical utile en sa possession dont ceux sur lesquels se fonde la décision la plus récente de maintien des soins ;

5°/ le cas échéant :

- l'avis du collège mentionné à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique ;
- 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**, notamment de l'arrêté d'admission provisoire pris, le cas échéant, par le maire (en ce sens, la circulaire DACS du 18 août 2014, p. 8).

➤ **En cas de saisine d'office** (articles L. 3211-12 I et R. 3211-29 modifiés CSP)

Lorsque le JLD se saisit d'office en application du dernier alinéa du I de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique (à savoir à tout moment, au vu d'informations portées à sa connaissance par toute personne intéressée), il met la personne qui fait l'objet de soins, son avocat dès sa désignation et, le cas échéant, son tuteur, son curateur ou ses représentants légaux, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques ou le préfet qui l'a ordonnée ou maintenue, le directeur d'établissement qui a prononcé l'admission en cas de péril imminent ainsi que le ministère public, en mesure de produire des observations. Il les fait aviser de la date, de l'heure et du lieu de l'audience (l'avis d'audience doit aussi contenir les informations prévues aux deux derniers alinéas de l'article R. 3211-13 CSP), à charge pour le directeur de l'établissement de transmettre les pièces 1° à 5° mentionnées ci-dessus dans le délai de cinq jours suivant l'avis de saisine.

2.1.2. Diligences à accomplir par le greffe (articles R. 3211-11 et R. 3211-13 modifiés CSP)

Dès réception de la requête, **le greffe doit** :

- **La dater** ;
- **L'enregistrer** dans WinciTGI ;
- **La communiquer** (par tout moyen à défaut de disposition particulière) :

- à la personne qui fait l'objet de soins (à moins qu'elle n'émane d'elle-même) et, le cas échéant, à son tuteur ou son curateur ou, si elle est mineure, à ses représentants légaux ;
- au ministère public (qui, désormais, est nécessairement partie jointe, à défaut d'avoir saisi lui-même le juge) ;
- au directeur de l'établissement, à moins qu'il ne l'ait lui-même transmise ou établie, à charge pour lui d'en remettre une copie à la personne concernée lorsqu'elle est hospitalisée dans son établissement (et de transmettre au greffe les pièces mentionnées ci-dessus – *cf. supra* n° 2.1.1. – dans un délai de cinq jours à compter de l'enregistrement de la requête) ;
- le cas échéant, au tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques ou au préfet qui a ordonné ou maintenu la mesure de soins.

➤ **Demander un bulletin n° 1 au casier judiciaire** afin de vérifier si le patient a fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale suivie d'une hospitalisation complète (*cf. instr. greffe, p. 9*) pour des faits relevant du régime dit renforcé (*cf. supra* n° 1.3.1 et *infra* n° 2.1.3.).

Au plus tard à la réception des pièces transmises par le directeur de l'établissement conformément à l'article R. 3211-12 du code de la santé publique, le juge fixe **la date, l'heure et le lieu** de l'audience et le greffier **convoque aussitôt**, par tout moyen (télécopie ou lettre simple – *cf. instr. greffe, p. 16*), en leur qualité de parties à la procédure :

- le requérant et son avocat s'il en a un ;
- la personne qui fait l'objet de soins par l'intermédiaire du directeur d'établissement (le décret du 15 août 2014 a reproduit l'expression précédemment employée de « chef d'établissement » ...) lorsqu'elle y est hospitalisée ainsi que **son avocat dès sa désignation** et, s'il y a lieu, son tuteur, son curateur ou ses représentants légaux ;
- selon le cas, le préfet qui a ordonné ou maintenu la mesure de soins ou le directeur d'établissement qui a prononcé l'admission en soins en cas de péril imminent.

Dans tous les cas, sont également avisés le ministère public et, s'ils ne sont pas parties, le directeur de l'établissement et, le cas échéant, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques.

Remarque : Ainsi que le souligne la circulaire DACS du 18 août 2014 (p. 9), le décret du 15 août 2014 a clarifié le statut des parties et des tiers à la procédure. Ainsi seules les parties sont convoquées (à l'exception du ministère public qui est avisé) et peuvent avoir accès aux pièces transmises au juge et non les autres personnes qui sont seulement avisées de l'audience et ne peuvent avoir accès aux pièces (article R. 3211-13 modifié CSP). En outre, les parties sont nécessairement entendues par le juge et peuvent être sommées de comparaître à l'audience, ce qui n'est pas le cas des autres intervenants (articles R. 3211-15 et R. 3211-21 modifiés CSP). Enfin, seules les parties reçoivent notification des décisions rendues alors que les autres personnes en sont seulement avisées (articles R. 3211-16 et R. 3211-22 CSP).

La convocation ou l'avis d'audience aux parties doit indiquer que les pièces 1° à 5° mentionnées ci-dessus (*cf. supra* n° 2.1.1.) peuvent être consultées au greffe et que la personne qui fait l'objet de soins, quand elle est hospitalisée, peut y avoir accès dans l'établissement où elle séjourne, dans le respect, s'agissant des documents faisant partie du dossier médical, des prescriptions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Copie de ces pièces est délivrée par le greffe aux avocats qui en font la demande (éventuellement via e-barreau aux avocats inscrits à la communication électronique, *cf. instr. greffe*, p. 15).

Remarque : La circulaire du 21 juillet 2011 précise (p. 12) que dans le cas où cet accès aura été entravé du fait de l'impossibilité pour la personne de se déplacer ou en raison de son refus de se plier, au sein de l'établissement, aux conditions prévues à l'article L. 1111-7 CSP, il appartient au juge de lui en donner connaissance à l'audience, en application de l'article 16 du code de procédure civile.

La personne qui fait l'objet de soins doit être aussi avisée qu'elle sera assistée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office par le juge le cas échéant, ou qu'elle sera représentée par un avocat si le magistrat décide de ne pas procéder à son audition au vu de l'avis médical prévu au deuxième alinéa de l'article L. 3211-12-2. CSP

2.1.3. Instruction de la requête (articles L. 3211-12 II et R. 3211-14 modifiés CSP)

S'il l'estime nécessaire, le JLD peut, dès réception de la requête et des pièces transmises par le directeur de l'établissement, ordonner, **le cas échéant sans débat**, toute mesure d'instruction.

La phase d'instruction se scinde en un régime procédural dit « renforcé » et un régime « classique » :

➤ **Régime procédural dit « renforcé »** (circulaire du 21 juillet 2011, p. 5)

Par application de l'article L. 3211-12 II du code de la santé publique, le juge ne peut statuer qu'après avoir recueilli l'avis du **collège** mentionné à l'article L. 3211-9 du même code lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 dudit code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement de l'article 122-1 du code pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens (*cf. supra* n° 1.3.1.).

Le juge ne peut en outre décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli **deux expertises** réalisées par des psychiatres inscrits sur une liste établie par le procureur de la République ou, à défaut, sur la liste des experts près la cour d'appel du ressort de l'établissement (article L. 3213-5-1 CSP).

Remarque : La circulaire du 21 juillet 2011 précise (p. 8 et 21) qu'en raison des conséquences sur la procédure du régime renforcé dont relèvent certains patients, le juge devra disposer des éléments lui permettant d'apprécier si le patient relève bien de cette catégorie. Elle ajoute que le greffe devra par conséquent demander systématiquement une copie du bulletin n° 1 du casier judiciaire du patient afin de vérifier si ce dernier a fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité suivie d'une mesure d'hospitalisation.

Lorsque le juge ordonne deux expertises dans les cas évoqués ci-dessus, les deux experts désignés ne peuvent être choisis parmi ceux exerçant dans l'établissement d'accueil et doivent nécessairement procéder à des examens séparés de la personne.

Le collège délivre son avis et le ou les experts désignés remettent leur rapport dans un délai fixé par le juge, qui, s'agissant des experts, ne peut être supérieur à douze jours à compter de leur désignation. Ces derniers déterminent « librement » les modalités de conduite de leurs opérations (par dérogation aux articles 160 et 276 du code de procédure civile, ils ne sont pas tenus de convoquer les parties ou de susciter leurs observations) et remettent leur rapport au secrétariat de la juridiction où les parties peuvent le consulter. Sur leur demande, le greffe leur en délivre une copie.

Passés ces délais, le juge statue immédiatement.

➤ **Hors régime renforcé**, la désignation d'un expert est facultative.

Remarque : La circulaire du 21 juillet 2011 précise (p. 19 à 24) que l'économie de la réforme, ajoutée aux principes généraux de procédure civile (article 147 du code de procédure civile) tend à conférer une fonction subsidiaire aux expertises susceptibles d'être ordonnées par le juge et à les réserver aux cas des patients présumés dangereux pour lesquels il est envisagé de lever la mesure (cf. ci-dessus, régime dit renforcé, nécessité de deux expertises, en sus de l'avis du collège de professionnels). Pour une liste des éléments médicaux, figurant au dossier, dont le juge est susceptible de disposer pour étayer l'instruction de l'affaire, lire circulaire, p. 22.

La rémunération et les indemnités des experts désignés sont assimilés à des frais de justice criminelle, correctionnelle et de police, recouvrables par l'État sauf décision contraire du juge (articles R. 93 I 1° et R. 93-2 du code de procédure pénale) (article 2 du décret du 15 août 2014).

2.1.4. Modalités de tenue de l'audience (articles L. 3211-12-2 et R. 3211-15 modifiés CSP)

À l'audience, dont l'article L. 3211-12-2 CSP précise qu'elle est **publique** ³⁸ (« *Le juge, après débat contradictoire, statue publiquement* ») (sous réserve de la faculté pour le juge de décider que les débats auront lieu ou se poursuivront **en chambre du conseil** – lire encadré ci-après), le juge entend :

³⁸ Pour des données statistiques relatives à la publicité des débats, cf. *infra* , Partie 2, n° 4.1.2.

- le requérant et les personnes convoquées en application de l'article R. 3211-13 CSP (*cf. supra* n° 2.1.2.) ou leur représentant ;
- le ministère public lorsqu'il n'est pas partie principale ;
- ainsi que les personnes avisées (*cf. supra* n° 2.1.2) si elles souhaitent s'exprimer.

Le cas échéant, il commet un avocat d'office à la personne faisant l'objet de soins psychiatriques³⁹.

Par principe, le juge ne peut donc statuer sans avoir mis la personne en mesure d'être entendue⁴⁰. Celle-ci a alors la possibilité de ne pas comparaître, de comparaître en personne avec l'assistance d'un avocat ou d'être représentée par un avocat.

Par exception, le juge peut décider de ne pas entendre la personne au vu d'un avis médical circonstancié. La personne sera alors représentée par un avocat choisi ou à défaut commis d'office (*cf. la circulaire du 21 juillet 2011, p. 10*).

Les personnes convoquées ou avisées peuvent faire parvenir leurs observations par écrit, auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience, le décret du 15 août 2014 ayant ajouté expressément la faculté pour le juge d'ordonner leur comparution.

Lorsqu'il n'est pas partie principale, le ministère public n'est pas tenu d'assister à l'audience. Il fait alors connaître son avis en adressant au juge des conclusions écrites qui sont mises à la disposition des parties (article 431 du code de procédure civile).

Remarque : Dans sa décision précitée du 13 novembre 2013, le Conseil d'État a considéré que la possibilité pour le ministère public de ne pas assister à l'audience et de faire part de son avis par écrit n'affectait pas le caractère contradictoire de la procédure et a rejeté la demande d'annulation du décret du 18 juillet 2011 présentée de ce chef.

Aucune disposition ne précise que l'audience est tenue en présence d'un greffier qui consignera les déclarations (mais les instructions au greffe, p. 18, précisent que quel que soit le lieu de tenue des débats, le juge est accompagné d'un greffier).

³⁹ Pour des données statistiques relatives à l'assistance d'un avocat, *cf. infra*, Partie 2, n° 4.1.3.

⁴⁰ Pour des données statistiques relatives à l'audition des parties, *cf. infra*, Partie 2, n° 4.1.3.

A noter

Publicité de l'audience – Débats en chambre du conseil

Le décret du 15 août 2014 a élargi la possibilité de tenir l'audience en chambre du conseil en prévoyant que le juge pourra en décider ainsi non seulement s'il doit résulter de la publicité des débats une atteinte à l'intimité de la vie privée ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice mais aussi si l'une des parties (et non plus l'ensemble des parties ainsi que l'exige l'article 11-1 de la loi du 5 juillet 1972 auquel le précédent décret faisait référence) le demande. En cas de demande émanant de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques, le juge ne disposera pas de pouvoir d'appréciation et les débats se tiendront de plein droit en chambre du conseil.

Dans tous les cas, ainsi que le rappelle la circulaire DACS du 18 août 2014 (p. 6), la décision devra, quant à elle, être rendue publiquement.

Le décret du 18 août 2014 ayant renversé le principe antérieur (*supra* n° 1.3.3.), l'audience se déroulera par ordre de priorité⁴¹ :

– dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil⁴² (le nouveau texte précise que cette salle sera « attribuée » au ministère de la justice, ce qui signifie, selon les travaux parlementaires, qu'elle devra être dédiée aux audiences du juge des libertés et de la détention, si ce n'est en permanence, du moins de façon à assurer tant la clarté, la sécurité et la sincérité des débats que l'accès au public et à traduire ces exigences dans l'agencement et l'accessibilité des lieux⁴³) ;

– ou, en cas de nécessité⁴⁴, sur l'emprise d'un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités qui seront prévues par une convention entre le tribunal de grande instance et l'agence régionale de santé (mutualisation des salles d'audience ente établissements) ;

– et ne pourra se tenir au siège du tribunal de grande instance, sur décision du juge prise d'office ou à la demande de l'une des parties, que lorsque la salle aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ne permettra d'assurer ni la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ni l'accès du public.

⁴¹ Pour des données statistiques relatives à la localisation des audiences, *cf. infra*, Partie 2, n° 4.1.1.

⁴² Comprendre : l'établissement dans lequel la personne était prise en charge au moment de la saisine du juge et non, en cas de transfert, celui dans lequel se trouve le patient au moment où le juge statue (en ce sens, circulaire DACS du 18 août 2014, p. 6).

⁴³ La direction des services judiciaires a diffusé courant mai 2014 un cahier des charges immobilier

⁴⁴ Lors des travaux parlementaires, le rapporteur a considéré que cette disposition n'avait pas vocation à permettre de regrouper au sein d'un établissement l'ensemble des audiences organisées dans le ressort du tribunal de grande instance et qu'une « simple nécessité de service ne saurait justifier la mutualisation des salles d'audience ».

Comme précédemment, le président du tribunal de grande instance pourra, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience se tiendra le même jour au siège dudit tribunal.

Remarque : Les instructions au greffe (p. 21) précisent que les dispositions de l'article R. 124-2 du code de l'organisation judiciaire relatives aux audiences foraines (nécessité d'une ordonnance du premier président fixant le lieu et le jour de l'audience) ne s'appliquent pas à la « délocalisation » en établissement hospitalier mais peuvent trouver à s'appliquer en cas d'audience en un lieu judiciaire, hors établissement hospitalier.

2.1.5. Délai pour statuer (articles L. 3211-12 I et R. 3211-30 modifiés CSP)

Devant statuer « à bref délai », le JLD doit rendre son ordonnance **dans un délai de 12 jours**, porté à 25 jours si une expertise est ordonnée, à compter de l'enregistrement de la requête au greffe.

Aucune sanction n'a été expressément prévue en cas de non-respect de ce délai. Toutefois, par un arrêt du 27 février 2013 (pourvoi n° 11-20.405, *Bull.* 2013, I, n° 28), la première chambre civile de la Cour de cassation a, au visa de l'article R. 3211-19 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à celle issue du décret du 18 juillet 2011, cassé la décision d'un premier président de cour d'appel qui, pour maintenir la mesure d'hospitalisation sans consentement d'un patient, avait cru pouvoir retenir que le respect du délai de 12 jours n'était pas assorti d'une sanction.

La circulaire du 21 juillet 2011 précise (p. 13) que le JLD rend sa décision à l'issue des débats, soit immédiatement, soit à une audience ultérieure, ou par sa mise à disposition au greffe.

2.1.6. Modalités de notification de la décision et voies de recours (articles R. 3211-16 à R. 3211-18 modifiés du code de la santé publique)

L'ordonnance, dont il n'est pas précisé si elle est signée par le greffier, est notifiée sur place **aux parties présentes à l'audience ainsi qu'au conseil de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques qui en accusent réception**. Le juge leur fait connaître verbalement le délai d'appel et les modalités suivant lesquelles cette voie de recours peut être exercée et les informe que seul l'appel formé par le ministère public peut être déclaré suspensif par le premier président de la cour d'appel ou son délégué.

La **notification** est faite, dans les meilleurs délais, **par tout moyen** permettant d'en établir la réception (et non plus seulement par lettre recommandée avec demande d'avis de réception ainsi qu'il était prévu avant la réforme de 2011) **aux parties qui n'ont pas comparu en personne**.

Lorsque la décision a été mise **en délibéré**, les notifications sont faites selon les mêmes modalités aux parties ayant été présentes à l'audience et au conseil de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

Dans le cas où ils ne sont pas parties, le directeur d'établissement et, le cas échéant, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques sont avisés de la décision par tout moyen.

Si, en cas de décision de mainlevée de la mesure de soins, le procureur de la République estime ne pas devoir s'y opposer, il retourne l'ordonnance au juge qui l'a rendue en mentionnant sur celle-ci qu'il ne s'oppose pas à sa mise à exécution. Il est alors mis fin sans délai à la mesure de maintien à la disposition de la justice, sauf dans le cas où le juge a différé l'effet de la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète (*cf. infra* n° 2.2.5.).

Lorsque le juge ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet au terme d'un délai de 24 heures afin qu'un programme de soins⁴⁵ puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai de 24 heures, la mesure d'hospitalisation complète prend fin (article L. 3211-12 III CSP). La circulaire du 21 juillet 2011 précise (p. 4) que le JLD devra alors, indépendamment des notifications qui incombent au greffe, veiller à ce que le directeur d'établissement et, le cas échéant, le préfet soient informés par tout moyen du report d'effet.

La décision est susceptible d'**appel** devant le premier président de la cour d'appel ou son délégué dans un **délai de dix jours** à compter de sa notification⁴⁶.

Le ministère public peut, dans tous les cas, interjeter appel dans le même délai.

⁴⁵ Sans pour autant pouvoir l'ordonner, en ce sens CA Bastia, 29 août 2014.

⁴⁶ La computation du délai obéit aux règles de droit commun (articles 640 et s. du code de procédure civile). Par conséquent, le délai d'appel commence à courir le lendemain du jour de la notification et expire le 10ème jour à minuit, sauf prorogation au premier jour ouvrable suivant en cas d'expiration un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé (*cf. instr. greffe*, p. 47).

Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle facultative applicable à tous les soins contraints

- JLD -

(Hospitalisation sans consentement totale ou partielle et soins ambulatoires)

Art. L. 3211-12 CSP

1. Auteurs de la saisine	→ Patient
	→ Titulaire de l'autorité parentale ou tuteur du mineur
	→ Personne chargée de la protection du majeur sous tutelle ou curatelle
	→ Conjoint, partenaire, concubin du patient
	→ « Personne qui a formulé la demande de soin »
	→ « Parent ou personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient »
	→ Procureur de la République
	→ Juge (saisine d'office)



2. Formes de la saisine	<i>Si l'auteur est le patient</i> : par requête ou déclaration verbale recueillie par le directeur d'établissement contre récépissé
	<i>Si l'auteur n'est pas le patient</i> : par requête transmise par tout moyen permettant de dater sa réception



3. Instruction de la requête	<i>Régime renforcé</i>	- Recueil de l'avis du collège d'experts - Recueil de deux expertises
	<i>Régime ordinaire</i>	- Désignation facultative d'un expert





4. Modalités de l'audience	Personnes convoquées	<ul style="list-style-type: none">- Requéran et son avocat (le cas échéant)- Patient et son avocat (le cas échéant)- Représentant légal, tuteur ou curateur (le cas échéant)- Préfet ou directeur d'établissement- Ministère Public
	Personnes entendues	<ul style="list-style-type: none">- Personnes convoquées et leurs représentants- Tiers qui a demandé l'admission- Ministère public (s'il n'est pas partie)
	Lieu d'audience	<ul style="list-style-type: none">- Salle spécialement aménagée de l'établissement d'accueil- A défaut : dans un autre établissement situé dans le ressort du TGI- A défaut : au TGI



5. Délais pour statuer	<i>Principe</i> : 12 jours à compter de l'enregistrement de la requête
	<i>Exception</i> : 25 jours en cas d'expertise ordonnée



6. Ordonnance du JLD



7. Notification de la décision	<i>Pour les parties présentes sur place et leurs conseils</i> : par récépissé
	<i>Pour les parties non-présentes et les tiers</i> : par tout moyen permettant d'établir la bonne réception de la décision dans les meilleurs délais

2.2. Procédure devant le premier président de la cour d'appel

A noter

Un schéma récapitulatif de la procédure se situe en fin de développements.

2.2.1. Modalités de saisine du premier président et diligences du greffe (articles L. 3211-12-4 et R. 3211-19 modifiés CSP)

Le premier président ou son délégué est saisi par une **déclaration d'appel motivée**, transmise **par tout moyen** au greffe de la cour d'appel. La déclaration est enregistrée sur Winci CA avec mention de la date et de l'heure de sa réception.

Remarque : Instructions au greffe, p. 50

La déclaration d'appel obéit aux règles de droit commun en matière d'appel dans les procédures sans représentation obligatoire (articles 933 et s. du code de procédure civile) :

- Elle comporte, à peine de nullité, les mentions prévues à l'article 58 du code de procédure civile :
- * pour les personnes physiques : l'indication des nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur ;
- * l'indication des nom, prénoms et domicile de la personne contre laquelle la demande est formée ;
- * l'objet de la demande.
 - Elle est datée et signée.
 - Elle désigne l'ordonnance du JLD dont il est fait appel et mentionne le cas échéant le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la cour d'appel.
 - Elle doit être accompagnée de la copie de l'ordonnance du JLD dont il est fait appel.

Le greffier de la cour d'appel avise sur-le-champ le greffier du tribunal de grande instance qui lui transmet sans délai le dossier (en original, sans constituer de copie, par tout moyen permettant d'assurer la sécurité de la transmission – cf. instr. greffe, p. 51).

Le greffier de la cour d'appel fait connaître par tout moyen la date et l'heure de l'audience aux parties, à leurs avocats et, lorsqu'ils ne sont pas parties, au tiers qui a demandé l'admission en soins et au directeur d'établissement.

L'avis d'audience aux parties doit indiquer que les pièces 1° à 5° mentionnées ci-dessus (cf. *supra* n° 2.1.1.) peuvent être consultées au greffe et que la personne qui fait l'objet de soins, quand elle est hospitalisée, peut y avoir accès dans l'établissement où elle séjourne, dans le respect, s'agissant des documents faisant partie du dossier médical, des prescriptions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Copie de ces pièces est délivrée aux avocats qui en font la demande.

La personne qui fait l'objet de soins doit être aussi avisée qu'elle sera assistée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office par le juge le cas échéant

ou qu'elle sera représentée par un avocat si le magistrat décide de ne pas procéder à son audition au vu de l'avis médical prévu au deuxième alinéa de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique.

Le délai d'appel et l'appel ne sont pas suspensifs sous réserve des dispositions prévues par l'article R. 3211-20 du code de la santé publique (*cf. infra* n° 2.2.5.).

2.2.2. Modalités de tenue de l'audience (articles L. 3211-12-2, L. 3211-12-4 et R. 3211-21 modifiés CSP)

À l'audience, les débats sont tenus dans les conditions définies par l'article L. 3211-12-2 CSP (*cf. supra* n° 2.1.4.), à l'exception de celles relatives au lieu de l'audience, à savoir :

- le premier président ou son délégué, après un débat contradictoire, statue publiquement ;
- l'audience se déroule **exclusivement au siège de la cour d'appel** (sans recours possible à la visioconférence) ;
- la personne faisant l'objet de soins est entendue, assistée de son avocat, sauf si des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition (dans ce dernier cas, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office) ;
- les parties et le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques peuvent demander à être entendues ou faire parvenir leurs observations par écrit, auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience, le premier président ou son délégué ayant néanmoins la faculté d'ordonner la comparution des parties ;
- lorsqu'il n'est pas partie principale, le ministère public n'est pas tenu d'assister à l'audience et fait alors connaître son avis en adressant au premier président ou à son délégué des conclusions écrites qui sont mises à la disposition des parties (article 431 du code de procédure civile).

2.2.3. Délai pour statuer (articles L. 3211-12-4 et R. 3211-22, alinéa 1, modifiés CSP)

Sous réserve de l'hypothèse où il a été conféré effet suspensif à la déclaration d'appel (*cf. infra* n° 2.2.5.), le premier président ou son délégué statue dans les **douze jours** de sa saisine. Ce délai est porté à vingt-cinq jours si une expertise a été ordonnée avant dire droit.

À la différence de l'hypothèse où le premier président a conféré un effet suspensif à l'appel du parquet (*cf. infra* n° 2.2.5. *in fine*), aucune sanction n'a, à l'instar de la procédure applicable en première instance (*cf. supra* n° 2.1.5.), été expressément prévue en cas de non-respect de ce délai. Toutefois, par arrêt du 27 février 2013 (pourvoi n° 11-20.405, *Bull.* 2013, I, n° 28) la première chambre civile de la Cour de cassation a, au visa de l'article R. 3211-19 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à celle issue du décret du 18 juillet 2011, cassé la décision d'un premier président de cour d'appel qui, pour maintenir la mesure d'hospitalisation sans consentement d'un patient, avait cru pouvoir retenir que le respect du délai de 12 jours imparti au JLD pour statuer n'était pas assorti d'une sanction. Il est probable que la Cour de cassation tiendrait un raisonnement similaire s'agissant du délai imparti au premier président lui-même ou à son délégué.

Remarques : Instructions au greffe, p. 52

Le premier président ou son délégué peut ordonner une expertise sans débat :

* l'expert doit alors déposer son rapport dans le délai fixé par l'ordonnance qui doit être compatible avec les délais impartis pour statuer : 14 (cf. *infra* n° 2.2.5.) ou 25 jours ;

* si l'expert n'a pas déposé son rapport dans l'un de ces délais, le premier président ou son délégué est tenu de statuer sans l'expertise

2.2.4. Modalités de notification de la décision et voies de recours (articles R. 3211-22, alinéa 2, et 3 et R. 3211-23 modifiés CSP)

Lorsque la décision est rendue immédiatement, l'ordonnance est notifiée sur place aux **parties présentes** à l'audience ainsi qu'au **conseil** de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques qui en accusent réception.

La **notification** est faite, dans les meilleurs délais, **par tout moyen**⁴⁷ permettant d'en établir la réception **aux parties qui n'ont pas comparu en personne**.

Lorsque la décision a été mise en **délibéré**, les notifications sont faites selon les mêmes modalités aux parties (à la différence des dispositions applicables aux ordonnances du JLD, il n'est pas précisé qu'il s'agit des parties qui étaient présentes à l'audience, cf. *supra* n° 2.1.6.) et au conseil de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

Dans le cas où ils ne sont pas parties, le directeur d'établissement et, le cas échéant, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques sont avisés de la décision par tout moyen.

Le pourvoi en cassation est, dans tous les cas, ouvert au ministère public.

L'ordonnance n'est pas susceptible d'opposition.

2.2.5. Saisine du premier président aux fins d'effet suspensif (articles L. 3211-12-4 et R. 3211-20 modifiés CSP)

Ces dispositions, issues de la loi du 5 juillet 2011, ont manifestement été inspirées du dispositif prévu en matière de contentieux judiciaire de maintien en zone d'attente et de placement en rétention administrative, modifié par la loi n° 2011-672 du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité ayant notamment porté de quatre à six heures à compter de la notification au parquet de l'ordonnance du JLD le délai durant lequel l'étranger est maintenu à la disposition de la justice afin de permettre au procureur de la République de former, le cas échéant, une déclaration d'appel avec demande d'effet suspensif (articles L. 222-5, L. 222-6, L. 552-6 et L. 552-10 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile).

⁴⁷ Par télécopie ou LRAR (cf. instr. greffe, p. 54 et 55).

Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne ou constate la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, le procureur de la République peut demander au **premier président ou à son délégué de déclarer son recours suspensif en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui.**

Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un **délai de six heures** à compter de la notification de l'ordonnance au procureur de la République et transmis au premier président ou à son délégué.

Le ministère public⁴⁸ fait notifier la déclaration d'appel, accompagnée de sa demande motivée, **sans délai et par tout moyen** permettant d'en établir la réception au préfet ou au directeur d'établissement ayant prononcé l'admission, au requérant initial et à la personne qui fait l'objet de soins ainsi qu'à leur avocat. La notification mentionne que des **observations en réponse** à la demande de déclaration d'appel suspensif peuvent être transmises par tout moyen au secrétariat du premier président ou de son délégué dans un **délai de deux heures.**

Le premier président ou son délégué statue **sans délai et sans débat** sur la demande de déclaration d'appel suspensif **après que la personne qui fait l'objet de soins et son avocat ont été mis à même de transmettre leurs observations** suivant les modalités définies ci-dessus.

Il statue par une ordonnance motivée qui n'est pas susceptible de recours.

La **décision est portée à la connaissance de la personne concernée et de son avocat par le greffe** de la cour d'appel et **communiquée au procureur de la République qui veille à son exécution** et en informe le directeur d'établissement et le préfet le cas échéant.

Le patient est maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, s'il est donné un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué au fond.

Le premier président ou son délégué se prononce sur la demande en appel **dans un délai de trois jours à compter de la déclaration d'appel.** Le nouveau décret ne précise pas davantage que le précédent – à la différence du projet de texte qui avait été présenté en 2011 au Conseil d'État – que ce délai est calculé et prorogé conformément aux articles 640, 641 et 642 du code de procédure civile. La circonstance que seule l'application des articles 643 et 644 du même code a été expressément exclue par l'article R. 3211-9 modifié du code de la santé publique autorise cependant, sous réserve de l'appréciation qui en sera faite par les juridictions, à répondre de façon affirmative (en ce sens, circulaire du 21 juillet 2011, p. 19, à propos des dispositions identiques alors applicables).

⁴⁸ Les instructions au greffe précisent (p. 48) qu'il s'agit du greffier du parquet.

Rappel :

Article 641, alinéa 1, du code de procédure civile : lorsqu'un délai est exprimé en jours, celui de l'acte qui le fait courir ne compte pas.

Article 642 du code de procédure civile : tout délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures, le délai qui expirerait normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toutefois, par une ordonnance qui peut être prise sans audience préalable, le premier président ou son délégué peut, avant l'expiration de ce délai, ordonner une expertise. Il se prononce alors dans un **délai de quatorze jours** à compter de la date de cette ordonnance.

Sanction : en l'absence de décision à l'issue de l'un ou de l'autre de ces délais, la **mainlevée** est acquise (article L. 3211-12-4 CSP).

Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle facultative applicable à tous les soins contraints

- Cour d'appel -

(Hospitalisation sans consentement totale ou partielle et soins ambulatoires)

Art. L. 3211-12-4 CSP

<p>APPEL SANS DEMANDE D'EFFET SUSPENSIF</p>	<p>APPEL AVEC DEMANDE D'EFFET SUSPENSIF (SUR DEMANDE DU PROCUREUR)</p>
<p>Délai d'appel : 10 jours à compter de la notification de l'ordonnance du JLD</p>	<p>Délai d'appel : 6 heures à compter de la notification de l'ordonnance du JLD</p>
<p>Condition de saisine : - déclaration d'appel motivée transmise par tout moyen au greffe de la cour d'appel</p>	<p>Condition de saisine : - en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui - notification obligatoire, sans délai et par tout moyen, au préfet ou directeur d'établissement, au requérant initial, au patient, à leurs avocats précisant que les observations en réponse doivent intervenir dans un délai de 2 heures</p>
<p>Modalités de l'audience</p>	<p>Modalités de l'audience :</p>
<p>Personnes convoquées : - parties et leurs avocats - tiers ayant sollicité l'hospitalisation et directeur d'établissement (s'ils n'étaient pas parties)</p>	<p>Lieu d'audience : - audience publique au siège de la cour d'appel</p>
	<p>- compétence du Premier président - sans débat - au siège de la cour d'appel</p>

Délais pour statuer		Délais pour statuer sur la déclaration d'appel suspensif : sans délai
<i>Principe :</i> 12 jours à compter de la saisine	<i>Exception :</i> 25 jours en cas d'expertise ordonnée	



Ordonnance du Premier président	Ordonnance du Premier président (motivée et insusceptible de recours)
--	---



Notification		Notification : - au patient et à son avocat - au Ministère public (à charge pour lui d'en informer le Préfet et le directeur d'établissement)
<i>Pour les parties présentes sur place et leurs conseils :</i> par récépissé	<i>Pour les parties non-présentes et les tiers :</i> par tout moyen permettant d'établir la bonne réception de la décision dans les meilleurs délais	



Délais pour statuer au fond	
<i>Principe :</i> 3 jours à compter de la déclaration d'appel	<i>Exception :</i> 14 jours en cas d'expertise ordonnée



Notification	
<i>Pour les parties présentes sur place et leurs conseils :</i> par récépissé	<i>Pour les parties non-présentes et les tiers :</i> par tout moyen permettant d'établir la bonne réception de la décision dans les meilleurs délais



Pourvoi possible / Opposition impossible	Pourvoi possible / Opposition impossible
---	---

3. Procédure de contrôle de plein droit applicable aux soins contraints sous hospitalisation complète : art. L. 3211-12-1 CSP

A noter

Si le juge, saisi selon la procédure de contrôle systématique, se trouve également saisi d'un recours formé sur le fondement de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique (*cf. supra* n° 2.1.), il peut alors statuer par une même décision suivant la procédure ci-après exposé (article L. 3211-12-3 CSP).

3.1. Procédure devant le juge des libertés et de la détention

A noter

Un schéma récapitulatif de la procédure se situe en fin de développements.

3.1.1. Modalités de saisine du JLD et diligences du greffe (articles L. 3211-12-1 II, R. 3211-12 et R. 3211-24 à R. 3211-26 modifiés CSP)

Le JLD dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil est saisi, selon les cas, par le **directeur** de cet établissement (en cas de mesure décidée par lui à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent) ou le **représentant de l'État dans le département** (lorsqu'il est l'auteur de la décision d'admission ou lorsque cette décision a été prononcée par l'autorité judiciaire) dans les conditions définies par l'article R. 3211-10 du code de la santé publique (*cf. supra* n° 2.1.1.) :

- s'agissant du contrôle à douze jours : **dans un délai de huit jours** à compter de la décision d'admission en hospitalisation complète ou de la décision modifiant la prise en charge en procédant à une hospitalisation complète ;
- s'agissant du contrôle à six mois : **au moins quinze jours** avant l'expiration du délai de six mois suivant le placement en hospitalisation complète.
(S'agissant de la sanction de ces délais : lire *infra* n° 3.1.4.)

Remarque : L'article R. 3211-26 CSP modifié étend aux délais de saisine du juge la dérogation, déjà prévue concernant les délais pour statuer (*cf. infra* n° 3.1.4.), à l'alinéa 1er de l'article 641 du code de procédure civile, selon lequel le jour de l'évènement ne compte pas dans le calcul du délai, et à l'alinéa 2 de l'article 642 du même code selon lequel le délai est prorogé au jour ouvrable suivant lorsqu'il expire un samedi, un dimanche, un jour férié ou un jour chômé.

Sa saisine est accompagnée :

– d'un **avis**⁴⁹ sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète, rendu par un psychiatre de l'établissement d'accueil (lorsque le patient relève de l'un des cas mentionnés au II de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique – régime dit « renforcé » – l'avis est donné par le collège mentionné à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique – *cf. supra* n° 2.1.3.) (article L. 3211-12-1 II et R. 3211-6 CSP, issu d'un second décret en date du 18 juillet 2011 – décret n° 2011-847 relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, JO 19.07.2011 – prévoit que le délai, en principe de cinq jours à compter de la date de la convocation du collège, dans lequel ce dernier doit rendre son avis est réduit afin de garantir le délai de saisine du JLD) ;

– ainsi que des pièces mentionnées à l'article R. 3211-12 du code de la santé publique modifié (*cf. supra* n° 2.1.1.).

En cas de saisine par le préfet, il incombe à celui-ci de s'adresser, préalablement à la saisine du juge, au directeur d'établissement afin que ce dernier lui communique ces pièces. Il n'appartient pas au greffe de se substituer au préfet pour solliciter ces pièces auprès du directeur d'établissement (en ce sens, instr. greffe, p. 29)

Le greffe compose la requête en indiquant la date de sa réception, l'enregistre dans WinciTGI (*cf. instr. greffe, p. 29 et 30*) et la communique **aussitôt** (le mode de communication n'étant pas précisé, celle-ci peut se faire par tout moyen) :

- à la personne hospitalisée⁵⁰ ;
- à son tuteur ou son curateur ou, si elle est mineure, à ses représentants légaux ;
- au ministère public ;
- au directeur de l'établissement, à moins qu'il ne l'ait lui-même établie, à charge pour lui d'en remettre une copie à la personne concernée lorsqu'elle est hospitalisée dans son établissement ;
- ainsi que, le cas échéant, au tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques ou au préfet qui a ordonné ou maintenu la mesure de soins.

Le greffe demande aussi systématiquement le **bulletin n° 1** du casier judiciaire afin de vérifier si le patient a fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale suivie d'une hospitalisation complète (*cf. instr. greffe, p. 9*) pour des faits relevant du régime dit « renforcé » (*cf. supra* n° 1.3.1 et *supra* n° 2.1.3.).

⁴⁹ L'article R. 3211-24 CSP modifié prévoit que cet avis, qui se substitue à compter du 1^{er} septembre 2014 à l'ancien avis conjoint, devra désormais contenir la description des manifestations des troubles mentaux dont est atteinte la personne ainsi que les circonstances particulières qui rendent nécessaires la poursuite de l'hospitalisation complète au regard des conditions posées par les articles L. 3212-1 et L. 3213-1 CSP.

Cet avis indique aussi, le cas échéant, si des motifs médicaux font obstacle à l'audition de la personne.

⁵⁰ La requête est communiquée à la personne hospitalisée par le directeur de l'établissement qui devra la remettre à l'intéressé et la retourner au greffe après signature par la personne hospitalisée du récépissé (instr. greffe, p. 31).

Au vu de la requête, le juge fixe la date, l'heure et le lieu de tenue de l'audience et le greffier **convoque aussitôt**, par tout moyen (télécopie ou lettre simple – cf. instr. greffe, p. 16), en leur qualité de parties à la procédure :

- le requérant et son avocat s'il en a un ;
- la personne qui fait l'objet de soins par l'intermédiaire du directeur de l'établissement d'accueil (le décret du 15 août 2014 a reproduit l'expression précédemment employée de « chef d'établissement » ...) ainsi que **son avocat dès sa désignation** et, s'il y a lieu, son tuteur, son curateur ou ses représentants légaux ;
- selon le cas, le préfet qui a ordonné ou maintenu la mesure de soins ou le directeur d'établissement qui a prononcé l'admission en soins en cas de péril imminent (disposition redondante dès lors que le préfet ou le directeur d'établissement, à l'origine de la saisine du JLD, est aussi requérant).

Dans tous les cas, sont également **avisés** le ministère public et, s'ils ne sont pas parties, le directeur de l'établissement et, le cas échéant, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques.

La convocation ou l'avis d'audience aux parties doit indiquer que les pièces 1° à 5° de l'article R. 3211-12 du code de la santé publique peuvent être consultées au greffe et que la personne qui fait l'objet de soins, quand elle est hospitalisée, peut y avoir accès dans l'établissement où elle séjourne, dans le respect, s'agissant des documents faisant partie du dossier médical, des prescriptions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Copie de ces pièces est délivrée par le greffe aux avocats qui en font la demande.

La personne qui fait l'objet de soins doit être aussi avisée qu'elle sera assistée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office par le juge le cas échéant, ou qu'elle sera représentée par un avocat si le magistrat décide de ne pas procéder à son audition au vu de l'avis médical prévu au deuxième alinéa de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique.

3.1.2. Instruction de la requête (articles L. 3211-12-1 et R. 3211-14 modifiés CSP)

S'il l'estime nécessaire, le juge peut ordonner, le cas échéant sans débat, toute mesure d'instruction.

➤ **Régime procédural dit « renforcé »**

Par application de l'article L. 3211-12-1 III du code de la santé publique, le juge ne peut décider la mainlevée de la mesure qu'après avoir recueilli **deux expertises** établies par des psychiatres inscrits sur une liste établie par le procureur de la République ou, à défaut, sur la liste des experts près la cour d'appel du ressort de l'établissement (article L. 3213-5-1 CSP) lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins ordonnée en application de l'article L. 3213-7 dudit code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale à la suite d'un classement sans suite, d'une décision d'irresponsabilité pénale ou d'un jugement ou arrêt de déclaration d'irresponsabilité pénale prononcés sur le fondement de l'article 122-1 du code

pénal et concernant des faits punis d'au moins cinq ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins dix ans d'emprisonnement en cas d'atteinte aux biens (*supra* n° 3.2).

Remarque : La circulaire du 21 juillet 2011 précise (p. 8 et 21) qu'en raison des conséquences sur la procédure du régime renforcé dont relèvent certains patients, le juge devra disposer des éléments lui permettant d'apprécier si le patient relève bien de cette catégorie. Elle ajoute que le greffe devra par conséquent demander systématiquement une copie du bulletin n° 1 du casier judiciaire du patient afin de vérifier si ce dernier a fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité suivie d'une mesure d'hospitalisation.

Les experts désignés ne peuvent exercer dans l'établissement d'accueil et doivent procéder à des examens séparés de la personne faisant l'objet de soins. Ils remettent leur rapport dans le délai fixé par le juge, qui ne peut être supérieur à douze jours à compter de leur désignation. Passé ce délai, le juge statue immédiatement (article L. 3211-12-1 I, dernier alinéa CSP).

➤ **Hors régime renforcé**, la désignation d'un expert est facultative et ne peut intervenir qu'à titre **exceptionnel**, en considération de l'avis accompagnant la saisine du juge (*cf. supra* n° 3.1.1.).

La rémunération et les indemnités du ou des experts désignés sont assimilés à des frais de justice criminelle, correctionnelle et de police, recouvrables par l'État sauf décision contraire du juge (articles R. 93 I 1° et R. 93-2 du code de procédure pénale) (article 2 du décret du 15 août 2014).

3.1.3. Modalités de tenue de l'audience (articles L. 3211-12-2 et R. 3211-15 modifiés CSP)

Le juge statue dans les mêmes conditions que celles prévues en cas de saisine facultative (*cf. supra* n° 2.1.4.). Il entend publiquement (sous réserve de la faculté de statuer en chambre du conseil) :

- le requérant et les personnes convoquées en application de l'article R. 3211-13 du code de la santé publique (*cf. supra* n° 3.1.1.) ;
- le ministère public qui n'est toutefois pas tenu d'assister à l'audience et peut faire connaître son avis en adressant au juge des conclusions écrites qui sont mises à la disposition des parties (article 431 du code de procédure civile) ;
- ainsi que les personnes avisées si elles souhaitent s'exprimer.

Le cas échéant, il commet un avocat d'office à la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

Par exception, lorsque l'avis accompagnant sa saisine indique que des motifs médicaux font obstacle à son audition (article R. 3211-24, alinéa 2 modifié CSP), il peut décider de ne pas

entendre la personne qui est alors représentée par un avocat choisi ou à défaut commis d'office.

Les personnes convoquées ou avisées peuvent faire parvenir leurs observations par écrit, auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience, le décret du 15 août 2014 ayant ajouté expressément la faculté pour le juge d'ordonner leur comparution.

Aucune disposition ne précise que l'audience est tenue en présence d'un greffier qui consignera les déclarations, mais les instructions au greffe, p. 18, précisent que quel que soit le lieu de tenue des débats, le juge est accompagné d'un greffier.

A noter

Publicité de l'audience – Débats en chambre du conseil

Le décret du 15 août 2014 a élargi la possibilité de tenir l'audience en chambre du conseil en prévoyant que le juge pourra en décider ainsi non seulement s'il doit résulter de la publicité des débats une atteinte à l'intimité de la vie privée ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice mais aussi si l'une des parties (et non plus l'ensemble des parties ainsi que l'exige l'article 11-1 de la loi du 5 juillet 1972 auquel le précédent décret faisait référence) le demande. En cas de demande émanant de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques, le juge ne disposera pas de pouvoir d'appréciation et les débats se tiendront de plein droit en chambre du conseil.

Dans tous les cas, ainsi que le rappelle la circulaire DACS du 18 août 2014 (p. 6), la décision devra, quant à elle, être rendue publiquement.

Le décret du 18 août 2014 ayant renversé le principe antérieur (*cf. supra* n° 1.3.3.), l'audience se déroulera par ordre de priorité :

– dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil⁵¹ (le nouveau texte précise que cette salle sera « attribuée » au ministère de la justice, ce qui signifie, selon les travaux parlementaires, qu'elle devra être dédiée aux audiences du juge des libertés et de la détention, si ce n'est en permanence, du moins de façon à assurer tant la clarté, la sécurité et la sincérité des débats que l'accès au public et à traduire ces exigences dans l'agencement et l'accessibilité des lieux⁵²) ;

⁵¹ Comprendre : l'établissement dans lequel la personne était prise en charge au moment de la saisine du juge et non, en cas de transfert, celui dans lequel se trouve le patient au moment où le juge statue (en ce sens, circ. DACS 18.08.2014, p. 6).

⁵² La direction des services judiciaires a diffusé courant mai 2014 un cahier des charges immobilier.

– ou, en cas de nécessité⁵³, sur l’emprise d’un autre établissement de santé situé dans le ressort du tribunal de grande instance, dans les circonstances et selon les modalités qui seront prévues par une convention entre le tribunal de grande instance et l’agence régionale de santé (mutualisation des salles d’audience ente établissements) ;

– et ne pourra se tenir au siège du tribunal de grande instance, sur décision du juge prise d’office ou à la demande de l’une des parties, que lorsque la salle aménagée sur l’emprise de l’établissement d’accueil ne permettra d’assurer ni la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ni l’accès du public.

Comme précédemment, le président du tribunal de grande instance pourra, en cas de nécessité, autoriser qu’une seconde audience se tiendra le même jour au siège dudit tribunal.

Remarque : Les instructions au greffe (p. 21) précisent que les dispositions de l’article R. 124-2 du code de l’organisation judiciaire relatives aux audiences foraines (nécessité d’une ordonnance du premier président fixant le lieu et le jour de l’audience) ne s’appliquent pas à la « délocalisation » en établissement hospitalier mais peuvent trouver à s’appliquer en cas d’audience en un lieu judiciaire, hors établissement hospitalier.

3.1.4. Délai pour statuer et contenu de la décision (articles L. 3211-12-1 et R. 3211-25 modifiés CSP)

Le JLD statue dans les délais suivants :

* avant l’expiration d’un délai de **douze jours** à compter de la décision d’admission (ou de la décision modifiant la forme de prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète) ;

* avant l’expiration d’un délai de **six mois** lorsque l’intéressé a été maintenu en hospitalisation complète depuis la décision des douze jours, toute décision du JLD prise avant l’expiration de ce délai faisant courir à nouveau ce délai.

Attention : par dérogation aux règles de procédure civile, le jour de la décision d’admission compte dans le calcul du délai de douze jours et celui-ci expire le dernier jour à 24 heures sans prorogation possible lorsqu’il expire normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé (en effet, l’application des dispositions du premier alinéa de l’article 641 et du second alinéa de l’article 642 du code de procédure civile relatives au calcul et à la prorogation des délais a été expressément exclue – pour un rappel de ces dispositions, lire *supra* n° 2.2.5.). À l’inverse, s’agissant du délai de six mois, la règle dite des quantième prévue à l’article 2 de l’article 641 précité s’applique à défaut de dérogation de sorte que le

⁵³ Lors des travaux parlementaires, le rapporteur a considéré que cette disposition n’avait pas vocation à permettre de regrouper au sein d’un établissement l’ensemble des audiences organisées dans le ressort du tribunal de grande instance et qu’une « simple nécessité de service ne saurait justifier la mutualisation des salles d’audience ».

délai expirera le jour du sixième mois portant le même quantième que le jour de l'admission (cf. circulaire du 21 juillet 2011, p. 14, instr. greffe, p. 35 et 36).

Remarque : L'article R. 3211-31 CSP, issu du décret du 15 août 2014, a étendu cette dérogation au délai de saisine du juge (cf. *supra* n° 3.1.1.) afin de lui ménager un délai minimum incompressible pour statuer à compter de sa saisine (en ce sens, circulaire DACS du 18 août 2014, p. 9).

Toutefois, lorsque le JLD a ordonné, avant l'expiration de l'un de ces délais, y compris sans audience préalable, une expertise, ce délai est prolongé d'une durée qui ne peut excéder quatorze jours à compter de la date de cette ordonnance. La computation de ce délai supplémentaire s'effectue comme celle du délai de douze jours, c'est-à-dire en comptant le jour de l'évènement à partir duquel court le délai (cf. circulaire du 21 juillet 2011, p. 23). L'hospitalisation complète du patient est alors maintenue jusqu'à la décision du juge, sauf s'il y est mis fin par ailleurs.

Sanction : lorsque le juge n'a pas statué dans les délais mentionnés ci-dessus, **la mainlevée est acquise à l'issue de chacun de ces délais.**

Si le juge est saisi après l'expiration du délai de huit jours ou de celui de quinze jours évoqués ci-dessus (cf. *infra* n° 3.1.1.) il constate sans débat que la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise, à moins qu'il ne soit justifié de circonstances exceptionnelles à l'origine de sa saisine tardive et que le débat puisse avoir lieu dans le respect des droits de la défense (article L. 3211-12-1 IV, alinéa 2 CSP). La circulaire du 21 juillet 2011 préconise (p. 15) de motiver la décision sur ce point, notamment en cas de décision de constat de mainlevée, afin de permettre au premier président ou son délégué, en cas d'appel, d'exercer le contrôle et le pouvoir d'évocation qu'il tient des articles L. 3211-12-4 et R. 3211-36 CSP) (cf. *infra* n° 6.1.5.).

Le JLD ordonne, s'il y a lieu, la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète, si nécessaire après avoir recueilli deux expertises dans les cas et les conditions déjà évoquées ci-dessus (cf. *supra* n° 3.1.2.). Lorsqu'il ordonne cette mainlevée, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet dans un délai maximal de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi⁵⁴ en application de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai de 24 heures, la mesure d'hospitalisation complète prend fin (article L. 3211-12-1 III CSP).

⁵⁴ Sans pour autant pouvoir l'ordonner, en ce sens CA Bastia, 29 août 2014, RG n° 14/00094.

3.1.5. Modalités de notification de la décision et voies de recours (articles L. 3211-12-4 et R. 3211-16 à R. 3211-18 modifiés CSP)

L'ordonnance du JLD est notifiée dans les conditions définies par l'article R. 3211-16 du code de la santé publique, à savoir (*cf. supra* n° 2.1.6.) :

– contre récépissé aux parties présentes à l'audience au cours de laquelle la décision est rendue, à charge pour le juge de leur faire connaître verbalement le délai et les modalités d'appel et de les informer que seul l'appel formé par le ministère public peut être déclaré suspensif par le premier président de la cour d'appel ou son délégué ;

– dans les meilleurs délais, par tout moyen permettant d'en établir la réception, à l'égard des parties qui n'ont pas comparu en personne.

Si, en cas de décision de mainlevée de la mesure de soins, le procureur de la République estime ne pas avoir à s'y opposer, il retourne l'ordonnance au magistrat qui l'a rendue en mentionnant sur celle-ci qu'il ne s'oppose pas à sa mise à exécution. Il est alors immédiatement mis fin à la mesure de maintien à la disposition de la justice, sauf dans le cas où le juge estime y avoir lieu à l'application du second alinéa du III de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique.

Remarque : Lorsque le juge ordonne la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, il peut, au vu des éléments du dossier et par décision motivée, décider que la mainlevée prend effet au terme d'un délai de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1 CSP. Dès l'établissement de ce programme ou à l'issue du délai de 24 heures, la mesure d'hospitalisation complète prend fin (article L. 3211-12 III). La circulaire du 21 juillet 2011 précise (p. 4) que le JLD devra alors, indépendamment des notifications qui incombent au greffe, veiller à ce que le directeur d'établissement et, le cas échéant, le préfet soient informés par tout moyen du report d'effet.

Lorsque la décision a été mise en délibéré, les notifications sont faites selon les mêmes modalités aux parties ayant été présentes à l'audience ainsi qu'au conseil faisant l'objet de soins psychiatriques.

Dans tous les cas où ils ne sont pas parties, le directeur d'établissement et, le cas échéant, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques sont avisés de la décision par tout moyen.

La décision est susceptible d'appel devant le premier président ou son délégué dans un délai de dix jours à compter de sa notification. Le ministère public peut, dans tous les cas, interjeter appel dans le même délai.

A noter

La computation du délai obéit aux règles de droit commun (articles 640 et s. du code de procédure civile). Par conséquent, le délai d'appel commence à courir le lendemain du jour de la notification et expire le 10ème jour à minuit, sauf prorogation au premier jour ouvrable suivant en cas d'expiration un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé (*cf.* instr. greffe, p. 47).

La « cour d'appel »⁵⁵ saisie d'une ordonnance ayant constaté la mainlevée d'une hospitalisation complète par suite de la saisine tardive du JLD (*cf. supra* n° 2.2.4.) peut évoquer l'affaire lorsque les conditions prévues au 2ème alinéa du IV de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique n'étaient pas réunies.

⁵⁵ La circulaire du 21 juillet 2011 emploie l'expression « juge d'appel » (p. 19).

Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle de plein droit applicable aux soins contraints sous hospitalisation complète

- JLD -

Art. L. 3211-12-1 CSP

1. Auteurs de la saisine	→ Directeur de l'établissement de soins psychiatriques
	→ Représentant de l'Etat dans le département



2. Délais de la saisine	<i>En cas d'admission ou de modification de la prise en charge du patient : 8 jours à compter de la demande d'admission ou de la décision modificative</i>
	<i>En cas de renouvellement de prise en charge : 15 jours au plus tard avant l'expiration du délai de 6 mois partant à compter de l'admission du patient, accompagnée d'un avis sur la nécessité de poursuivre les soins</i>



3. Instruction de la requête	<i>Régime renforcé</i>	- Recueil de deux expertises
	<i>Régime ordinaire</i>	- Désignation facultative d'un expert et à titre exceptionnel



4. Modalités de l'audience	Personnes convoquées	<ul style="list-style-type: none"> - Requéran et son avocat (le cas échéant) - Patient et son avocat (le cas échéant) - Représentant légal, tuteur ou curateur (le cas échéant) - Préfet ou directeur d'établissement - Ministère Public
	Personnes entendues	<ul style="list-style-type: none"> - Personnes convoquées et leurs représentants - Tiers qui a demandé l'admission - Ministère public (s'il n'est pas partie)

	Lieu d'audience	<ul style="list-style-type: none"> - Salle spécialement aménagée de l'établissement d'accueil - A défaut, dans un autre établissement situé dans le ressort du TGI - A défaut, au TGI
--	-----------------	--



5. Délais pour statuer	<i>En cas d'admission ou de modification de la prise en charge du patient : 12 jours à compter de la décision d'admission ou de la décision modifiant la prise en charge du patient</i>
	<i>En cas de renouvellement de prise en charge : avant l'expiration du délai de 6 mois partant à compter de l'admission du patient</i>
	<i>En toute hypothèse : le JLD peut ordonner dans ces délais une mesure d'expertise prolongeant ceux-ci de 14 jours à compter de l'ordonnance</i>



6. Ordonnance du JLD



7. Notification de la décision	<i>Pour les parties présentes sur place et leurs conseils : par récépissé</i>
	<i>Pour les parties non-présentes et les tiers : par tout moyen permettant d'établir la bonne réception de la décision dans les meilleurs délais</i>

3.2. Procédure devant le premier président de la cour d'appel

A noter

La procédure à suivre est identique à celle applicable en cas d'appel d'une ordonnance du JLD statuant en matière de saisine facultative (*cf. supra* n° 2.2.), sauf dispositions particulières (*cf. infra* n° 3.2.1) prévues aux articles L. 3211-12-4, alinéa 2, et R. 3211-26 du code de la santé publique.

Un schéma récapitulatif de la procédure se situe en fin de développements.

3.2.1. Modalités de saisine du premier président et diligences du greffe (articles L. 3211-12-4, R. 3211-19 et R. 3211-26 modifiés CSP)

Le premier président ou son délégué est saisi par une déclaration d'appel motivée⁵⁶, transmise par tout moyen au greffe de la cour d'appel. La déclaration est enregistrée avec mention de la date et de l'heure. Le greffier de la cour d'appel avise sur-le-champ le greffier du tribunal de grande instance qui lui transmet sans délai le dossier (en original, sans constituer de copie, par tout moyen permettant d'assurer la sécurité de la transmission *cf. instr. greffe*, p. 51).

Remarque : Instructions au greffe, p. 50

La déclaration d'appel obéit aux règles de droit commun en matière d'appel dans les procédures sans représentation obligatoire (articles 933 et s. du code de procédure civile).

Elle comporte, à peine de nullité, les mentions prévues à l'article 58 du code de procédure civile :

- * pour les personnes physiques : l'indication des nom, prénoms, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur ;
- * l'indication des nom, prénoms et domicile de la personne contre laquelle la demande est formée ;
- * l'objet de la demande.

Elle est datée et signée.

Elle désigne l'ordonnance du JLD dont il est fait appel et mentionne le cas échéant le nom et l'adresse du représentant de l'appelant devant la cour d'appel.

Elle doit être accompagnée de la copie de l'ordonnance du JLD dont il est fait appel.

Le greffier de la cour d'appel fait connaître par tout moyen la date, l'heure, le lieu et les modalités de tenue de l'audience aux parties, à leurs avocats, au tiers qui a demandé l'admission en soins et au directeur d'établissement.

⁵⁶ Pour des données statistiques relatives à la recevabilités des déclarations d'appel, *cf. infra*, Partie 2, n° 4.2.2.

L'avis d'audience aux parties doit indiquer que les pièces mentionnées à l'article R. 3211-12 du code de la santé publique (*cf. supra* n° 2.1.1.) peuvent être consultées au greffe et que la personne qui fait l'objet de soins, quand elle est hospitalisée, peut y avoir accès dans l'établissement où elle séjourne, dans le respect, s'agissant des documents faisant partie du dossier médical, des prescriptions de l'article L. 1111-7 du code de la santé publique. Copie de ces pièces est délivrée par le greffe aux avocats qui en font la demande.

La personne qui fait l'objet de soins doit être aussi avisée qu'elle sera assistée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office par le juge le cas échéant ou qu'elle sera représentée par un avocat si le magistrat décide de ne pas procéder à son audition au vu de l'avis médical prévu au deuxième alinéa de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique.

Au plus tard 48 heures avant l'audience, le directeur de l'établissement d'accueil communique par tout moyen au greffe de la cour d'appel un avis actualisé, rendu par un psychiatre de l'établissement, se prononçant sur la nécessité de poursuivre l'hospitalisation complète (applicable à compter du 1^{er} septembre 2014).

Le délai d'appel et l'appel ne sont pas suspensifs sous réserve des dispositions prévues par l'article R. 3211-20 du code de la santé publique (*cf. infra* n° 3.2.5.)⁵⁷.

3.2.2. Modalités de tenue de l'audience (articles L. 3211-12-2 et R. 3211-21 modifiés CSP)

À l'audience, les débats sont tenus dans les conditions définies par l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique (*cf. supra* n° 2.1.4. et 2.2.2.), à l'exclusion de celles relatives au lieu de l'audience, à savoir :

- le premier président ou son délégué, après un débat contradictoire, statue publiquement ;
- l'audience se déroule exclusivement au siège de la cour d'appel, sans possibilité de recours à la visioconférence ;
- la personne faisant l'objet de soins est entendue, assistée de son avocat, sauf si des motifs médicaux font obstacle, dans son intérêt, à son audition (dans ce dernier cas, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office) ;
- les parties et le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques peuvent demander à être entendues ou faire parvenir leurs observations par écrit, auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience, le premier président ou son délégué ayant néanmoins la faculté d'ordonner la comparution des parties ;
- lorsqu'il n'est pas partie principale, le ministère public n'est pas tenu d'assister à l'audience et fait alors connaître son avis en adressant au premier président ou à son délégué des conclusions écrites qui sont mises à la disposition des parties (article 431 du code de procédure civile).

⁵⁷ Pour des données statistiques relatives au caractère suspensif des arrêts d'appel, *cf. infra*, Partie 2, n° 4.2.1.

3.2.3. Délai pour statuer (articles L. 3211-12-4 et R. 3211-22, alinéa 1, modifiés CSP)

Sous réserve de l'hypothèse où il a été conféré effet suspensif à la déclaration d'appel (*cf. supra* n° 3.2.5.), le premier président ou son délégué statue dans les **douze jours** de sa saisine. Ce délai est porté à vingt-cinq jours si une expertise a été ordonnée avant dire droit.

À la différence de l'hypothèse où le premier président a conféré un effet suspensif à l'appel du parquet (*cf. supra* n° 3.2.5. *in fine*), à la différence aussi de la procédure applicable en première instance (*cf. supra* n° 3.1.4.), aucune sanction n'a été prévue en cas de non-respect de ce délai. Toutefois, par arrêt du 27 février 2013 (pourvoi n° 11-20.405, *Bull.* 2013, I, n° 28), la première chambre civile de la Cour de cassation a, au visa de l'article R. 3211-19 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à celle issue du décret du 18 juillet 2011, cassé la décision d'un premier président de cour d'appel qui, pour maintenir la mesure d'hospitalisation sans consentement d'un patient, avait cru pouvoir retenir, dans le cadre d'un recours facultatif, que le respect du délai de 12 jours imparti au JLD pour statuer n'était pas assorti d'une sanction. Il est probable que la Cour de cassation tiendrait un raisonnement similaire s'agissant du délai imparti au premier président ou son délégué pour statuer en matière de contrôle systématique.

Pour un récapitulatif des délais pour statuer : cf. schéma infra.

Pour des statistiques sur les motifs de mainlevée : cf. infra, Partie 2, n° 4.4.

3.2.4. Modalités de notification de la décision et voies de recours (articles R. 3211-22, alinéa 2, et 3, et R. 3211-23 modifiés CSP)

Lorsque la décision est rendue immédiatement, l'ordonnance est notifiée sur place aux **parties présentes** à l'audience ainsi qu'au **conseil** de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques qui en accusent réception.

La **notification** est faite, dans les meilleurs délais, **par tout moyen**⁵⁸ permettant d'en établir la réception **aux parties qui n'ont pas comparu en personne**.

Lorsque la décision a été mise en **délibéré**, les notifications sont faites selon les mêmes modalités aux parties (à la différence des dispositions applicables aux ordonnances du JLD, il n'est pas précisé qu'il s'agit des parties qui étaient présentes à l'audience, *cf. supra* n° 3.1.5.) et au conseil de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques.

Dans le cas où ils ne sont pas parties, le directeur d'établissement et, le cas échéant, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques sont avisés de la décision par tout moyen.

Le pourvoi en cassation est, dans tous les cas, ouvert au ministère public.

L'ordonnance n'est pas susceptible d'opposition.

⁵⁸ Par télécopie ou LRAR (*cf. instr. greffe*, p. 54 et 55).

3.2.5. Saisine du premier président aux fins d'effet suspensif (articles L. 3211-12-4 et R. 3211-20 modifiés CSP)

Lorsque le juge des libertés et de la détention ordonne ou constate la mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète, le procureur de la République peut demander au premier président ou à son délégué de déclarer son recours suspensif **en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui**.

Dans ce cas, l'appel, accompagné de la demande faisant état du risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui, est formé dans un **délai de six heures** à compter de la notification de l'ordonnance au procureur de la République et transmis au premier président ou à son délégué.

Le ministère public⁵⁹ fait notifier la déclaration d'appel, accompagnée de sa demande motivée, **immédiatement et par tout moyen** permettant d'en établir la réception au préfet ou au directeur de l'établissement ayant prononcé l'admission, au requérant initial et à la personne qui fait l'objet de soins ainsi qu'à leur avocat. La notification mentionne que des **observations en réponse** à la demande de déclaration d'appel suspensif peuvent être transmises par tout moyen au secrétariat du premier président ou de son délégué dans un **délai de deux heures**.

Le premier président ou son délégué statue sans délai et sans débat sur la demande de déclaration d'appel suspensif après que la personne qui fait l'objet de soins et/ou son avocat a été mis à même de transmettre ses observations suivant les modalités définies ci-dessus.

Il statue par une ordonnance motivée qui n'est pas susceptible de recours.

Sa décision est portée à la connaissance de la personne concernée et de son avocat par le greffe de la cour d'appel et communiquée au procureur de la République qui veille à son exécution et en informe le directeur d'établissement et le préfet le cas échéant.

Le patient est maintenu en hospitalisation complète jusqu'à ce que cette ordonnance soit rendue et, si elle donne un effet suspensif à l'appel, jusqu'à ce qu'il soit statué au fond.

Lorsqu'il a été donné un effet suspensif à l'appel, le premier président ou son délégué se prononce sur la demande en appel **dans un délai de trois jours** à compter de la déclaration d'appel. Le nouveau décret ne précise pas davantage que le précédent, à la différence du projet de décret qui avait été présenté au Conseil d'État, que ce délai est calculé et prorogé conformément aux articles 640, 641 et 642 du code de procédure civile. La circonstance que seule l'application des articles 643 et 644 du même code a été expressément exclue par l'article R. 3211-9 modifié du code de la santé publique autorise cependant, sous réserve de l'appréciation qui en sera faite par les juridictions, à répondre de façon affirmative (en ce sens, circulaire du 21 juillet 2011, p. 19, à propos des dispositions identiques alors applicables).

⁵⁹ Les instructions au greffe précisent (p. 48) qu'il s'agit du greffier du parquet.

Rappel :

Article 641, alinéa 1^{er}, du code de procédure civile : lorsqu'un délai est exprimé en jours, celui de l'acte qui le fait courir ne compte pas.

Article 642 du code de procédure civile : tout délai expire le dernier jour à vingt-quatre heures, le délai qui expirerait normalement un samedi, un dimanche ou un jour férié ou chômé, est prorogé jusqu'au premier jour ouvrable suivant.

Toutefois, par une ordonnance qui peut être prise sans audience préalable, le premier président ou son délégué peut, avant l'expiration de ce délai, ordonner une expertise. Il se prononce alors **dans un délai de quatorze jours** à compter de la date de cette ordonnance.

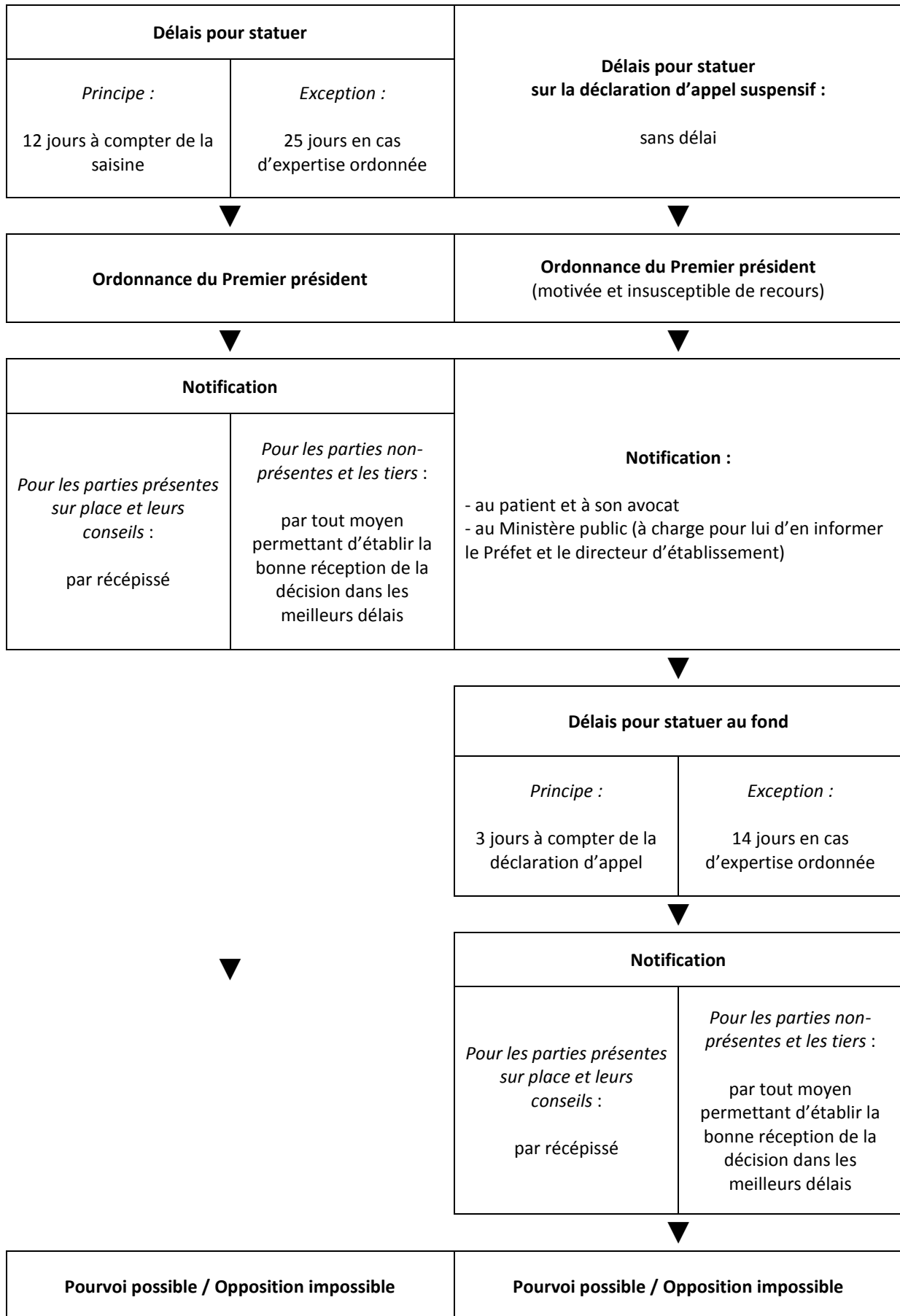
Sanction : en l'absence de décision à l'issue de l'un ou de l'autre de ces délais, la **mainlevée** est acquise (article L. 3211-12-4 CSP).

Schéma récapitulatif de la procédure de contrôle de plein droit applicable aux soins contraints sous hospitalisation complète

- Cour d'appel -

Art. L. 3211-12-4 CSP

APPEL SANS DEMANDE D'EFFET SUSPENSIF	APPEL AVEC DEMANDE D'EFFET SUSPENSIF (SUR DEMANDE DU PROCUREUR)		
Délai d'appel : 10 jours à compter de la notification de l'ordonnance du JLD	Délai d'appel : 6 heures à compter de la notification de l'ordonnance du JLD		
Condition de saisine : - déclaration d'appel motivée transmise par tout moyen au greffe de la cour d'appel - au plus tard 48 heures avant l'audience, communication par le directeur de l'établissement d'un avis du psychiatre sur la poursuite des soins en hospitalisation complète	Condition de saisine : - en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui - notification obligatoire, sans délai et par tout moyen, au préfet ou directeur d'établissement, au requérant initial, au patient, à leurs avocats précisant que les observations en réponse doivent intervenir dans un délai de 2 heures		
Modalités de l'audience	Modalités de l'audience :		
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">Personnes convoquées : - parties et leurs avocats - tiers ayant sollicité l'hospitalisation et directeur d'établissement (s'ils n'étaient pas parties)</td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;">Lieu d'audience : - audience publique au siège de la cour d'appel</td> </tr> </table>	Personnes convoquées : - parties et leurs avocats - tiers ayant sollicité l'hospitalisation et directeur d'établissement (s'ils n'étaient pas parties)	Lieu d'audience : - audience publique au siège de la cour d'appel	<ul style="list-style-type: none"> - compétence du Premier président - sans débat - au siège de la cour d'appel
Personnes convoquées : - parties et leurs avocats - tiers ayant sollicité l'hospitalisation et directeur d'établissement (s'ils n'étaient pas parties)	Lieu d'audience : - audience publique au siège de la cour d'appel		



TITRE II

Le contrôle de la régularité des actes administratifs par le juge des libertés et de la détention en matière d'hospitalisation sans consentement

1. Eléments de contexte	64
2. Le champ d'application des nouvelles dispositions	66
3. Les conditions de recevabilité de la contestation	67
4. La nécessité d'un grief	68
5. Les différents moyens de contestation	69
5.1. L'incompétence	69
5.2. Le vice de forme pour insuffisance de motivation.....	70
5.2.1. En cas d'admission sur décision du préfet.....	70
5.2.2. En cas d'admission sur décision du directeur d'établissement	71
5.3. Le vice de procédure	72
5.3.1. Le respect du contradictoire – La notification des droits	72
5.3.2. Le respect des délais.....	73
5.3.3. L'auteur du certificat médical.....	73
5.3.4. La demande du tiers	73
Schéma récapitulatif des principaux moyens de contestation de la régularité des actes administratifs devant le JLD	75

1. Eléments de contexte

Partagé entre les deux ordres de juridiction, le contentieux de l'hospitalisation contrainte a longtemps été une manifestation du dualisme juridictionnel issu de la loi des 16 et 24 août 1789 (article 13) et du décret du 26 fructidor an III (2 septembre 1795). Au juge administratif, garant de la légalité de l'action de l'Administration, incombait le contentieux relatif à la décision administrative d'hospitalisation et à son éventuelle annulation, alors que la levée de la mesure revenait au juge judiciaire, protecteur de la liberté individuelle en vertu de l'article 66 de la Constitution du 4 octobre 1958.

Conformément à la distinction opérée par le Tribunal des conflits (Tribunal des conflits, 6 avril 1946, sieur *Machinot c. préfet de police de Paris*, publié au *Recueil Lebon*, p. 326), au juge administratif revenait l'examen de la régularité de la décision par le biais du recours pour excès de pouvoir alors qu'incombait au juge judiciaire l'appréciation de son bien-fondé et des conséquences qui pouvaient en résulter.

Par un arrêt du 17 février 1997, le Tribunal des conflits a rappelé ce principe tout en reconnaissant compétence exclusive au juge judiciaire pour connaître de la réparation du préjudice subi en cas d'hospitalisation entachée d'irrégularité⁶⁰ :

- **Au juge administratif** : le contentieux de la régularité formelle de la décision d'hospitalisation.
- **Au juge judiciaire** : le contentieux de la nécessité de la mesure et de la responsabilité.

Ainsi, le juge administratif pouvait annuler une décision d'hospitalisation mais ne pouvait en prononcer la mainlevée. À l'inverse, le juge judiciaire ne pouvait se prononcer sur les conséquences dommageables d'une hospitalisation entachée d'irrégularité qu'après avoir saisi le juge administratif d'une question préjudicielle.

Reprise par le Conseil d'État (CE, 1^{er} avril 2005, Mme Sylviane X., *AJDA* 2005. 750, *D.* 2005. 1246 ; *RTD civ.* 2005. 573, obs. J. Hauser), la distinction était aussi appliquée par la Cour de cassation (1^{re} Civ., 8 avril 2011, pourvoi n° 10-25.354, *Bull.* 2011, I, n° 74) et les juridictions du fond (notamment CA Lyon, 10 août 2012, n° 12/05937 ; CA Lyon, 17 août 2012, n° 12/06073).

Le partage avait même reçu l'aval du Conseil constitutionnel qui, saisi d'une question prioritaire de constitutionnalité, a estimé, par décision du 26 novembre 2010 (*AJDA* 2011. 174, note X. Bioy ; *RTD civ.* 2011. 101, obs. J. Hauser), que la compétence du juge administratif pour contrôler la régularité des décisions administratives d'hospitalisation sans consentement était justifiée par le principe reconnu par les lois de la République réservant à la juridiction administrative la compétence pour annuler ou réformer les décisions prises dans l'exercice de prérogatives de puissance publique.

Par un arrêt du 18 novembre 2010 (*Baudoin c. France*, *AJDA* 2010. 2239, obs. Grand ; *AJ Pénal* 2011. 144, obs. E. Péchillon), la Cour européenne des droits de l'homme avait pourtant condamné la France au motif que les difficultés d'articulation entre les deux ordres de juridictions n'avaient pas permis au requérant de faire valoir ses droits et l'avait privé de son droit à un recours effectif.

C'est dans ce contexte que, lors de l'examen par le Parlement du 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, le Sénat a, à l'initiative de sa commission des lois et sur amendement de son rapporteur, proposé d'unifier le contentieux né de l'application des dispositions du titre I^{er} du livre II de la troisième partie du code de la santé publique.

En seconde lecture, l'Assemblée nationale a approuvé le nouveau dispositif tout en précisant :

- que le juge des libertés et de la détention connaîtrait des contestations relatives à la régularité des décisions administratives dans le cadre des instances introduites en

⁶⁰ Tribunal des conflits, 17 février 1997, Préfet de la région Ile de France, Préfet de Paris ; *Recueil Lebon*, p. 525 ; *RTD civ.* 1998. 72, obs. J. Hauser ; *ibid.* 181, obs. J. Normand ; *Gaz. Pal.* 20 décembre 1997, p. 726.

application des articles L. 3211-12 du code de la santé publique (saisine du juge par un patient aux fins d'obtenir la mainlevée d'une mesure de soins sans consentement) ou L. 3211-12-1 du même code (saisine obligatoire du juge par le préfet ou le directeur de l'établissement d'accueil dans les douze jours d'une mesure d'hospitalisation complète puis tous les six mois) ;

– que l'irrégularité affectant une décision administrative n'entraînerait la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en fait l'objet ;

– que, de même, le tribunal de grande instance pourrait connaître des irrégularités entachant les décisions administratives lorsqu'il statue sur une demande en réparation (sans avoir à saisir le juge administratif d'une question préjudicielle).

Issu de la loi du 5 juillet 2011 et non modifié par celle du 27 septembre 2013, l'article L. 3216-1 du code de la santé publique, dont l'entrée en vigueur avait été reportée au 1^{er} janvier 2013 (à charge pour la juridiction administrative de statuer sur les recours dont elle avait été saisie antérieurement à cette date – article 18-II), dispose :

« La régularité des décisions administratives prises en application des chapitres II à IV du présent titre ne peut être contestée que devant le juge judiciaire.

Le juge des libertés et de la détention connaît des contestations mentionnées au premier alinéa du présent article dans le cadre des instances introduites en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1. Dans ce cas, l'irrégularité affectant une décision administrative mentionnée au premier alinéa du présent article n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet.

Lorsque le tribunal de grande instance statue sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant pour l'intéressé des décisions administratives mentionnées au premier alinéa, il peut, à cette fin, connaître des irrégularités dont ces dernières seraient entachées ».

2. Le champ d'application des nouvelles dispositions

Désormais de la compétence exclusive du juge judiciaire, la régularité des décisions administratives d'hospitalisation sans consentement peut être contestée devant le juge des libertés et de la détention et, en cas d'appel, devant le premier président ou son délégué, tant à l'occasion d'un recours facultatif exercé par un patient (article L. 3211-12 CSP) qu'en cas de contrôle systématique d'une hospitalisation complète sur saisine du directeur de l'établissement d'accueil ou du préfet dans les douze jours de la mesure puis tous les six mois (article L. 3211-12-1 CSP).

Sont concernées⁶¹ tant les décisions d'admission et de maintien prises par les directeurs et les préfets que les décisions provisoires prises par les maires en application de l'article L. 3213-2 du code de la santé publique.

3. Les conditions de recevabilité de la contestation

La faculté reconnue à la personne hospitalisée, par l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, de saisir à tout moment le juge des libertés et de la détention et, par voie de conséquence, de contester devant celui-ci la régularité de la décision administrative paraît exclure l'application de la règle spécifique au contentieux administratif selon laquelle le recours en annulation d'un acte administratif doit être exercé dans le délai de deux mois à compter de l'acte (article R. 421-1 du code de justice administrative). Pareille contestation ne sera donc soumise à aucune autre condition que celles relatives à la saisine même du juge des libertés et de la détention.

Seule l'hypothèse d'une contestation étant évoquée par l'article L. 3216-1 du code de la santé publique, les nouvelles dispositions semblent exclure - hors cas d'incompétence (*cf. infra* n° 5.1.) - un contrôle d'office de la régularité de l'acte par le juge, y compris en cas de saisine systématique du juge des libertés et de la détention dans les douze jours d'une hospitalisation complète puis tous les six mois et nonobstant la faculté reconnue au même juge par les articles L. 3211-12-I et R. 3211-14 du même code de se saisir d'office à tout moment de la situation d'une personne faisant l'objet de soins psychiatriques (en sens contraire : *JCP* éd. G, 2013, 625, M. Primevert, qui considère que la faculté offerte au JLD de se saisir d'office de la situation d'une personne en soins contraints lui permet de relever d'office tout moyen tiré de l'irrégularité de l'acte).

De même se pose la question de savoir si, lorsque la situation de la personne a déjà fait l'objet d'un contrôle (notamment contrôle des douze jours), les contrôles postérieurs (notamment contrôle des six mois) pourront également porter sur les actes antérieurs au précédent contrôle ou si, au contraire, la décision précédemment rendue aura purgé la procédure de tous ses vices antérieurs, le patient étant alors irrecevable à soulever à l'occasion d'un nouveau contrôle l'irrégularité affectant un acte antérieur au dernier contrôle du juge.

À ce sujet, lire M. Vialettes et M. Grosset (réf. *in fine*) qui, procédant par analogie avec le contentieux de la rétention des étrangers, rappellent que la Cour de cassation avait institué, par voie jurisprudentielle, un mécanisme de purge que le législateur a fini par consacrer à l'occasion de la loi du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité (article L. 552-8 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile : « *A peine d'irrecevabilité, prononcée d'office, aucune irrégularité antérieure à l'audience relative à la*

⁶¹ Par décision du 16 juillet 2012, le Conseil d'État a considéré que le juge administratif n'était pas compétent pour connaître de la légalité d'un dosage médicamenteux et a renvoyé au juge judiciaire, « *pour autant qu'elle relève de la compétence d'un juge* », la connaissance de pareille contestation (CE, 16 juillet 2012, n° 360793, Centre hospitalier spécialisé Guillaume Régnier, *JCP* éd. A, 2013, 2168, note E. Péchillon).

première prolongation de la rétention ne peut être soulevée lors de l'audience relative à la seconde prolongation »).

4. La nécessité d'un grief

Ajoutée en deuxième lecture par l'Assemblée nationale et maintenue à la demande du Gouvernement malgré l'opposition du Sénat qui y voyait le signe d'une défiance à l'égard du juge judiciaire, cette condition tend à encadrer l'office du juge des libertés et de la détention qui ne pourra ordonner la mainlevée de la mesure que s'il est résulté de l'irrégularité affectant la décision administrative une atteinte aux droits de la personne⁶² qui en fait l'objet.

Ainsi le juge devra contrôler, *in concreto*, successivement :

1/ si l'acte est affecté d'une irrégularité⁶³,

2/ si cette irrégularité a eu pour effet de porter atteinte aux droits de la personne concernée⁶⁴.

Conforme à la jurisprudence administrative selon laquelle seule l'omission d'une *formalité substantielle* justifie l'annulation d'un acte pour vice de forme ou de procédure, cette exigence n'est pas sans rappeler la règle « *pas de nullité sans grief* » déjà déclinée tant dans le code de procédure civile (article 114, alinéa 2 CPC) que dans le code de procédure pénale (articles 171, 565, 802 CPC).

Il appartiendra au juge judiciaire de développer en cette matière sa propre théorie des vices non substantiels de façon à assurer un nécessaire équilibre entre, d'une part, l'efficacité et la sécurité des actes et, d'autre part, la liberté des personnes.

Il reste que l'intérêt de la personne, à savoir le bénéfice à attendre pour le patient lui-même de son admission en soins, comparé aux conséquences qui pourraient résulter de la mainlevée de la mesure, devrait primer sur l'irrégularité elle-même.

⁶² Disposition analogue à celle retenue quelques semaines auparavant par le législateur dans la nouvelle rédaction de l'article L. 222-8 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile, issue de la loi précitée du 16 juin 2011 relative à l'immigration, à l'intégration et à la nationalité, prescrivant qu'en « *cas de violation des formes prescrites par la loi à peine de nullité ou d'inobservation des formalités substantielles, toute juridiction (...) ne pourra prononcer la mainlevée de la mesure de maintien en zone d'attente que lorsque celle-ci a pour effet de porter atteinte aux droits de l'étranger* ».

⁶³ Pour des données statistiques relatives au contrôle de régularité, cf. *infra*, Partie 2, n° 4.3.1. et 4.3.2.

⁶⁴ Pour des données statistiques relatives aux types de griefs soulevés, cf. *infra*, Partie 2, n° 4.3.3.

5. Les différents moyens de contestation

L'examen de la légalité externe d'un acte administratif concerne divers moyens qu'il est d'usage de regrouper en trois catégories : l'incompétence, le vice de forme et le vice de procédure.

5.1. L'incompétence

Un acte administratif unilatéral peut être annulé pour incompétence lorsque l'autorité qui l'a édicté n'était pas compétente pour le prendre.

S'agissant d'un moyen d'ordre public, le Conseil d'État considère traditionnellement que le juge peut s'en saisir d'office alors même qu'il n'a pas été soulevé par le requérant et qu'il doit entraîner l'annulation de l'acte sans même qu'il soit nécessaire de s'interroger sur les autres moyens de contestation. L'incompétence peut être matérielle ou territoriale.

Relativement à ces exigences de compétence, l'admission en soins psychiatriques peut être prononcée :

– soit, par le **représentant de l'État dans le département** lorsque les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public (article L. 3213-1 I CSP) ;

– soit, par le **directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du code de la santé publique** (établissement désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé pour une zone géographique précisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec cette agence), et ce soit à la demande d'un tiers, soit en cas de risque imminent pour la santé de la personne (article L. 3212-1 CSP).

La contestation pourra d'abord porter sur l'**impossibilité d'identifier le nom et la qualité du signataire** de la décision en méconnaissance de la loi du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations, dont l'article 4 exige que la décision administrative qui affecte un citoyen comporte « *outré la signature de son auteur, la mention, en caractères lisibles, du prénom, du nom et de la qualité* » de celui-ci. Celle-ci ne pourra toutefois prospérer, ainsi que la première chambre civile de la Cour de cassation vient de le juger dans un arrêt du 18 juin 2014 (pourvoi n° 13-16.363), qu'autant que le juge aura cherché vainement à identifier le signataire de l'acte litigieux en le comparant avec d'autres pièces produites devant lui, pareille exigence dont la finalité est l'identification par le citoyen de l'auteur d'un acte qui le concerne pouvant être suppléée par des éléments extrinsèques portés à la connaissance de l'intéressé.

La contestation pourra aussi porter sur l'existence ou non d'une **délégation de signature** à l'auteur de l'acte. Ainsi, à titre d'illustration, par un arrêt du 27 novembre 2012⁶⁵, la cour administrative d'appel de Bordeaux a confirmé un jugement de première instance ayant

⁶⁵ CAA Bordeaux, 27 novembre 2012, n° RG : 11BX03222.

annulé une décision d'hospitalisation à la demande d'un tiers au motif que le signataire de la décision d'admission n'avait pas reçu une délégation régulière de signature, peu important que l'intéressé, attaché d'administration hospitalière, puisse se voir confier, en application de l'article 2 du décret du 19 décembre 2001, des responsabilités en matière d'admission, une telle possibilité ne dispensant pas le directeur d'établissement, seule autorité désignée par l'article L. 3212-3 du code de la santé publique, de procéder à une délégation régulière en vue de la signature de décisions d'admission sur demande d'un tiers.

À noter la possibilité, prévue à l'article L. 3213-2 du code de la santé publique, pour le maire et, à Paris, les commissaires de police d'arrêter toutes mesures provisoires nécessaires à l'égard des personnes dont le comportement révèle des troubles mentaux manifestes, à charge d'en référer dans les 24 heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'admission en soins psychiatriques. Faute de décision du représentant de l'État, ces mesures provisoires⁶⁶ sont caduques au terme d'une durée de 48 heures.

Antérieurement à la réforme, le juge administratif a pu qualifier de voie de fait le maintien contre son gré d'une personne dans un service psychiatrique en l'absence de tout titre légal entre le jour où l'arrêté municipal est devenu caduque et le jour de l'adoption de l'arrêté préfectoral (TA Lyon, 6 octobre 1992, Mme F.).

5.2. Le vice de forme pour insuffisance de motivation

5.2.1. En cas d'admission sur décision du préfet

En application de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique, les arrêtés préfectoraux doivent être motivés et énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu nécessaire l'admission en soins (*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, article L. 3213-7 CSP, et en cas d'hospitalisation complète d'une personne détenue atteinte de troubles mentaux, article L. 3214-3, alinéa 3 CSP). Cette exigence était déjà énoncée, en termes identiques, avant la réforme⁶⁷.

Durant 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 suffisamment précise les raisons médicales justifiant l'hospitalisation. Par un arrêt du 9 novembre 2001 (CE, 9 novembre 2001 ; *JCP* 2002, IV, p. 1111, n° 1963, M. Deslandes), le Conseil d'État a jugé que si l'autorité administrative pouvait satisfaire à 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.

⁶⁶ Par arrêt du 5 février 2014, la première chambre civile de la Cour de cassation a rappelé le caractère provisoire de l'arrêté municipal d'hospitalisation pour en tirer comme conséquence que le délai de douze jours imparti au JLD pour contrôler l'hospitalisation complète du patient commençait à courir à compter de l'arrêté préfectoral et non à partir de l'arrêté du maire (1^{re} Civ., 5 février 2014, pourvoi n° 11-28-564, *Bull.* 2014, I, n° 20, *JCP* éd. A 2014, 2211, note E. Péchillon).

⁶⁷ Pour des données statistiques relatives à la motivation des ordonnances du JLD en cas d'hospitalisation à la demande du Préfet, cf. *infra*, Partie 2, n° 4.4.2.

Par suite de ce revirement, la direction générale de la santé a, par une circulaire DGS/SD6C/2001/603 du 10 décembre 2001, 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 être lui-même suffisamment circonstancié ainsi que l'impose l'article L. 3213-1 du code de la santé publique.

Avant la réforme, le juge administratif a pu juger que :

- un tribunal ne peut, pour apprécier la motivation d'un arrêté préfectoral, demander avant dire droit la production du certificat médical qui n'aurait pas été joint audit arrêté mais doit constater son absence et conclure au défaut de motivation de l'acte (CAA Nancy, 24 novembre 2003) ;
- le secret médical ne peut justifier l'absence de certificat médical (CAA Douai, 18 novembre 2004) ;
- le certificat médical doit être nécessairement établi avant la décision du préfet ;
- il importe peu que le certificat n'ait pas été signé par le médecin qui, au surplus, peut attester en être l'auteur (CAA Lyon, 14 février 2008).

Même si le code de la santé publique ne prévoyait pas (et ne prévoit toujours pas) d'obligation de motivation en pareil cas, la jurisprudence administrative a très tôt étendu cette exigence aux arrêtés préfectoraux de reconduction de la mesure, en vertu de la loi du 11 juillet 1979 relative à la motivation des actes administratifs. Dans le même sens, l'article L. 3211-3 du code de la santé publique prévoit que toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques doit être informée des décisions la concernant ainsi que « *des raisons qui les motivent* ».

5.2.2. En cas d'admission sur décision du directeur d'établissement

Alors qu'antérieurement à la réforme, le juge administratif considérait qu'à défaut d'obligation de formaliser l'hospitalisation à la demande d'un tiers dans une décision, aucune motivation ne pouvait être imposée (CE, 25 mai 1994), la loi du 5 juillet 2011 exige désormais le prononcé d'une décision d'admission (articles L. 3212-1 et L. 3212-3 CSP)⁶⁸ dont le décret du 15 août 2014 est venu préciser qu'elle devait être motivée (article R. 3211-12 CSP)⁶⁹.

⁶⁸ Pour des données statistiques relatives à la motivation des ordonnances du JLD en cas d'hospitalisation à la demande du directeur d'établissement, *cf. infra*, Partie 2, n° 4.4.1.

⁶⁹ Disposition adoptée ensuite de la décision n° 352667 et 352777 du Conseil d'État du 13 novembre 2013 ayant annulé pour partie le décret du 18 juillet 2011 en ce qu'il n'avait pas prévu, au 1° de l'article R. 3211-11 CSP alors en vigueur, la transmission systématique au greffe du tribunal de grande instance de la décision d'admission.

5.3. Le vice de procédure

5.3.1. Le respect du contradictoire – La notification des droits

L'article L. 3211-3, alinéa 5, nouveau du code de la santé publique prévoit une obligation générale d'information de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques qui, avant chaque décision prononçant le maintien de soins (en application des articles L. 3212-4, L. 3212-7 et L. 3213-4 CSP) 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 CSP), doit être informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à son état.

Il en est de même de la personne hospitalisée à la demande d'un tiers (ou en cas de péril imminent), sur décision du représentant de l'État ou par suite d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, qui doit être informée :

- le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées ci-dessus ainsi que des raisons qui les motivent ;
- dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées ci-dessus, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes par l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique (contrôle systématique des hospitalisations complètes par le juge des libertés et de la détention, sous peine de mainlevée de la mesure en cas de non-respect des délais impartis pour statuer).

Si, à l'instar de tout acte administratif individuel, l'arrêté du préfet doit être notifié au patient, le Conseil d'État a pu considérer toutefois que l'absence de notification était sans incidence sur la légalité de l'arrêté et n'avait pas pour effet de le priver de son caractère exécutoire (CE, 3 novembre 1997 ; CE, 28 juillet 2000), seule étant offerte au patient la faculté de demander au juge judiciaire, compétent pour statuer sur les conséquences dommageables des irrégularités commises, la réparation du préjudice résultant de la faute commise par l'administration en ne satisfaisant pas à cette obligation d'information. Il en était de même en cas de décision d'hospitalisation à la demande d'un tiers (CA Lyon, 16 février 2012, n° RG : 12/00907).

Prenant le contrepied de la jurisprudence administrative, la première chambre civile de la Cour de cassation vient, par un arrêt du 18 juin 2014 (pourvoi n° 13-16.887), de rejeter le pourvoi formé à l'encontre de la décision d'un premier président de ne pas maintenir un patient en hospitalisation complète au motif que l'arrêté préfectoral de poursuite de ladite hospitalisation n'avait pas été notifié à l'intéressé qui, en la circonstance, n'avait pas reçu les informations requises quant à ses droits et aux règles de procédure applicables.

5.3.2. Le respect des délais

En cas d'admission sur décision du préfet : faute de décision de maintien à l'issue de chacun des délais impartis par l'article L. 3213-4 du code de la santé publique (dans les trois derniers jours du premier mois puis tous les six mois), la levée de la mesure sera acquise

En cas d'admission sur décision du directeur d'établissement : le défaut de production d'un des certificats médicaux, des avis médicaux ou des attestations mentionnés à l'article L. 3212-7 du code de la santé publique entraînera la levée de la mesure de soins.

5.3.3. L'auteur du certificat médical

En cas d'admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers, l'article L. 3212-1 du code de la santé publique prévoit que la décision du directeur d'établissement doit être accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours dont le premier ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil du malade. Il en est de même du certificat accompagnant la décision du directeur d'établissement lorsqu'il s'avère impossible de procéder dans les conditions rappelées ci-dessus et qu'il existe un péril imminent pour la santé de la personne (seule est réservée la possibilité pour le directeur de l'établissement de se fonder, à titre exceptionnel, sur un certificat émanant d'un médecin exerçant dans l'établissement, en cas d'urgence lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade – article L. 3212-3 CSP).

À l'inverse, en cas d'hospitalisation sur décision du préfet, l'article L. 3213-1 du code de la santé publique précise, en termes inchangés, que le certificat médical au vu duquel le représentant de l'État se prononce ne peut émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, ce qui laisserait subsister la possibilité, admise antérieurement par le juge administratif, qu'il soit établi par un médecin non psychiatre de l'établissement.

5.3.4. La demande du tiers

L'article L. 3212-1-II-1° du code de la santé publique dispose désormais que la demande d'admission en soins psychiatriques présentée au directeur d'établissement doit émaner soit d'un membre de la famille soit d'une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade antérieurement à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci. Par cette formulation, le législateur a repris les critères dégagés, sous la loi ancienne, par le juge administratif qui, à plusieurs reprises, n'avait pas manqué d'annuler des décisions d'admission prises à l'initiative de personnes ne justifiant pas de relations suffisamment anciennes et établies avec le patient.

L'article R. 3212-1 du code de la santé publique dispose que la demande d'admission en soins psychiatriques présentée par un tiers doit comporter certaines mentions manuscrites concernant la formulation de la demande, les nom, prénoms, date et lieu de naissance et domicile de l'auteur de la demande ainsi que de la personne pour laquelle les soins sont

demandés, leur degré de parenté ou la nature des relations existant entre eux, la date et la signature.

Avant la réforme, le juge administratif contrôlait le caractère manuscrit de la demande sans pour autant, dans le silence des textes, exiger de motivation.

Schéma récapitulatif des principaux moyens de contestation de la régularité des actes administratifs devant le JLD

L. 3216-1 CSP / L. 3211-12 et L. 3211-12-1 CSP

MOYENS DE CONTESTATION DES ACTES ADMINISTRATIFS
--



Incompétence	Vice de forme	Vice de procédure
<ul style="list-style-type: none"> - incompétence territoriale - incompétence matérielle - impossibilité d'identifier le nom et la qualité du signataire - absence de délégation de signature 	<ul style="list-style-type: none"> - insuffisance de motivation 	<ul style="list-style-type: none"> - absence de respect du contradictoire - absence de notification - non-respect des délais impartis - absence ou irrégularité des certificats médicaux - défaut de qualité du tiers à l'origine du placement en hospitalisation complète

Seconde partie
Etude de la jurisprudence des cours d'appel sur la procédure
de contrôle de plein droit en cas d'hospitalisation complète
sans consentement

*Par Madame Delphine LEGOHEREL,
Auditeur au Bureau des relations avec les cours d'appel
Service de Documentation, des Etudes et du Rapport, Cour de cassation*

1. Méthodologie de recherche.....	77
2. Synthèse des résultats.....	79
3. Bilan statistique des décisions rendues en premier ressort et taux d'appel	82
4. Bilans analytiques des décisions rendues en appel	84
4.1. Bilan de l'étude sur les modalités de tenue de l'audience d'appel	84
4.1.1 Localisation des audiences	84
4.1.2. Publicité des débats.....	86
4.1.3. Audition du patient et assistance d'un avocat.....	87
4.2. Bilan de l'étude sur les décisions des juges d'appel	91
4.2.1. Qualité de l'appelant, nature et caractère suspensif des décisions	91
4.2.2. Recevabilité des déclarations d'appel	92
4.2.3. Teneur des décisions d'appel	99
4.3. Bilan de l'étude sur le contrôle par le juge judiciaire de la régularité des actes administratifs	101
4.3.1. Contrôle de régularité des actes administratifs par le juge judiciaire : données générales	103
4.3.2. Contrôle de régularité des actes administratifs par le juge judiciaire : données détaillées	105
4.3.3. Appréciation de l'atteinte aux droits de la personne hospitalisée	112
4.4. Bilan de l'étude sur le bien-fondé de la mesure de placement en soins psychiatriques sans consentement	116
4.4.1. Motivation en cas d'hospitalisation complète sans consentement prononcée par le directeur de l'établissement soit à la demande d'un tiers soit en cas de risque imminent pour la santé de la personne	122
4.4.2. Motivation en cas d'hospitalisation complète sans consentement prononcée par le représentant de l'État dans le département lorsque les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public	124

1. Méthodologie de recherche

Cette étude a été réalisée à partir de l'examen des arrêts des cours d'appel extraits de la base de données jurisprudentielle JuriCa.

Cette base de données, accessible à tous les agents du ministère de la Justice, est alimentée depuis 2005 et a vocation à rassembler l'ensemble des décisions civiles (motivées) des cours d'appel.

Elle permet une recherche par périodes, mots-clés et cour d'appel.

L'introduction des locutions « Hospitalisation complète » ou « L.3211-12-1 » pour la France entière, entre le 4/09/2012 et le 4/09/2013, a ainsi permis d'extraire 1.183 arrêts. L'échantillon a ensuite été étendu à la période comprise entre le 04/09/2011 et le 04/09/2012 concernant la Cour d'appel de Douai, ce qui a permis d'extraire 53 arrêts supplémentaires.

Cette étude ne porte que sur la procédure de contrôle de plein droit (art. L. 3211-12-1 CSP) applicable aux soins contraints sous hospitalisation complète (cf. *supra*, Partie 1, Titre 1, n° 3 et s.), et sur une cohorte de 1.236 arrêts.

Il apparaît probable que ces 1.236 arrêts regroupent la quasi-totalité de ceux qui figurent sur la base JuriCa en matière d'appel d'ordonnances rendues par le juge des libertés et de la détention. Toutefois, il ne saurait être déduit de cette considération que ces arrêts représentent la totalité de ceux qui ont été rendus en la matière. L'alimentation de JuriCa, certes en net progrès, peut en effet demeurer variable selon les cours voire selon les chambres des cours. C'est la raison pour laquelle nous nous abstiendrons de tirer toute conclusion sur d'éventuelles disparités géographiques s'agissant, par exemple, de la propension à interjeter appel des ordonnances du juge des libertés et de la détention en matière d'hospitalisation complète.

Une grille d'analyse des arrêts a enfin été mise en place et validée par le groupe de travail constitué à cet égard par les magistrats suivants :

- M. Jean-Michel ETCHEVERRY, secrétaire général au moment de l'étude près la Cour d'appel de Lyon ;
- Mme Edith SUDRE, conseillère exerçant au moment de l'étude dans la Cour d'appel de Paris ;
- Mme Dominique PATTE, conseillère exerçant au moment de l'étude dans la Cour d'appel de Paris ;
- Mme Beatrice SALLABERRY, conseillère exerçant au moment de l'étude dans la Cour d'appel de Bordeaux ;

- Mme Catherine COLENO, conseillère exerçant au moment de l'étude dans la Cour d'appel d'Aix-en-Provence ;
 - Mme Viviane CAULLIREAU-FOREL, conseillère exerçant au moment de l'étude dans la Cour d'appel de Chambéry ;
 - M. Yves BENHAMOU, conseiller exerçant au moment de l'étude dans la Cour d'appel de Douai ;
 - Mme Marion PRIMEVERT, vice-président exerçant au moment de l'étude au Tribunal de grande instance de Paris.
-
- Mme Elise REYNAU et M. Jérémy HOUSSIER ont enfin apporté leur soutien à l'élaboration de cette étude.

Cette grille a donné lieu à l'élaboration de différents graphiques et tableaux synthétiques, lesquels ont fait l'objet d'une analyse détaillée. Pour compléter cette étude, plusieurs illustrations de motivations de décisions de cours d'appel sont en outre présentées.

2. Synthèse des résultats

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 a conféré un rôle central au juge judiciaire dans la procédure de mainlevée et de contrôle des soins psychiatriques sous contrainte.

Le juge judiciaire doit, dans le cadre de ce texte, concilier des exigences apparemment contradictoires, à savoir protéger les libertés individuelles (d'aller et venir) en évitant des hospitalisations psychiatriques arbitraires, et garantir la sécurité des citoyens s'agissant des patients atteints de troubles mentaux et présentant une réelle dangerosité.

Un contrôle de plein droit portant sur la nécessité du maintien de l'hospitalisation complète (art. L. 3211-12-1 du code de la santé publique) et une saisine systématique du juge judiciaire ont ainsi été instaurés.

La loi du 5 juillet 2011 (modifiée par une loi du 27 septembre 2013) a prévu au 1^{er} janvier 2013 le transfert à l'ordre judiciaire du contentieux de la régularité des décisions administratives d'hospitalisation sans consentement.

L'analyse des arrêts de cours d'appel rendus en matière de contrôle de plein droit en cas d'hospitalisation complète sans consentement au cours des années 2012 et 2013 permet ainsi de dresser un bilan des décisions adoptées.

Un taux d'appel réduit

La première donnée fondamentale ressortant de cette analyse est la faiblesse du nombre d'appels interjetés en matière d'hospitalisation sans consentement. Sur un total de 47.784 ordonnances rendues par le JLD en 2012, et 58.522 en 2013, le taux d'appel s'est respectivement établi à 0.9 % en 2012 et 1.3 % en 2013, contre une moyenne de recours contre les ordonnances du JLD dans d'autres contentieux avoisinant les 15 % à l'échelle nationale.

L'analyse des arrêts étudiés révèle en outre que 87 % des appels formés contre les ordonnances du JLD le sont par le patient faisant l'objet de l'hospitalisation sous contrainte. A l'inverse, seuls 6 % des appels sont formés par le ministère public.

Quant à la nature des ordonnances attaquées, une nette polarisation est observable, puisque 80 % des ordonnances contestées sont relatives à un acte *d'admission* en soins psychiatriques, les 20 % restant concernant un acte de *modification* de la prise en charge du patient.

Des modalités ordinaires de tenue de l'audience

Le deuxième enseignement à tirer de cette étude concerne l'absence d'originalité du cadre procédural entourant les audiences d'appel. Fort classiquement, 94 % des audiences ont lieu au siège de la juridiction, majoritairement en audience publique (75 %), la présence d'un avocat étant en outre quasiment systématique (77 %)⁷⁰.

Dans la plupart des dossiers (76 %), le patient est entendu par le juge d'appel. En dépit des spécificités inhérentes au contentieux de l'hospitalisation sans consentement, l'absence d'audition pour des motifs médicaux ne représente que 2 % des cas étudiés, tandis que l'absence d'audition pour cause de fugue ou du fait que le patient ne souhaite pas être entendu représentent, ensemble, 21 % des cas étudiés. L'absence d'audition du patient hors motifs médicaux ne représente enfin que 1 % des arrêts analysés.

Des arrêts globalement confirmatifs

Troisième donnée essentielle à retenir, la large confirmation des ordonnances des JLD illustre la qualité du travail fourni par les juridictions du premier degré. 85 % des arrêts étudiés confirment en effet les décisions de placement en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, seuls 15 % donnant lieu à mainlevée.

Quant à la recevabilité des appels, dans 6 % des cas étudiés, les juges d'appel considèrent l'appel irrecevable pour défaut de formalisation au greffe de la cour, contre 24 % pour délai expiré. Dans le même sens, en cas de retard ou d'absence de lettre d'appel dans les délais impartis, 13 % des arrêts analysés considèrent que l'appel est irrecevable pour absence de motivation.

Un contrôle de régularité en construction

Un autre enseignement majeur à tirer de cette étude est celui des difficultés soulevées par le contrôle de régularité des actes d'hospitalisation, transféré au JLD en 2013. La transposition de la jurisprudence administrative (contrôle de « légalité ») à la matière judiciaire (contrôle de « régularité ») ne s'est pas réalisée sans hésitation.

Ainsi, le juge d'appel se déclare compétent pour apprécier la « légalité externe » de l'acte administratif soumis à son contrôle dans 83 % des cas étudiés. 98 % des griefs invoqués à l'encontre des actes d'hospitalisation portent d'ailleurs sur la légalité externe de l'acte admission, contre 1 % concernant la légalité interne et 1 % les deux.

L'analyse détaillée des arrêts étudiés révèle cependant l'existence d'une répartition inégale des griefs soulevés à l'encontre des actes administratifs. Ainsi, s'agissant du contrôle

⁷⁰ Cette situation devrait prochainement évoluer du fait des modifications issues de la loi de 2013 ; *cf. supra*, Partie 1, Titre 1, n° 1.3.3.

de légalité externe, 59 % des griefs sont relatifs à l'existence d'un vice de procédure, 24 % à un vice de forme et 17 % à l'incompétence de l'auteur de l'acte administratif.

Les juges d'appel font droit à ces demandes et prononcent la mainlevée de la décision d'admission en soins psychiatriques dans 83 % des situations.

Il convient de relever que dans 66 % des cas où l'irrégularité de l'acte administratif est soulevée, les juges d'appel ont considéré qu'en l'absence de preuve de l'existence d'un grief, la mainlevée de la mesure ne pouvait être ordonnée. A l'inverse, 13 % de décisions ont pu estimer de façon générale que la seule irrégularité affectant l'acte administratif fait *nécessairement* grief, de sorte que la mainlevée devait être prononcée. Enfin, 2 % des juges d'appel ont prononcé la mainlevée à raison de l'irrégularité constatée de l'acte, sans motiver pour autant leur décision quant à l'exigence d'un grief. Parmi les 19 % de décisions restantes, admettant toutes la mainlevée à raison d'un grief, 13 % visent l'absence d'information ou de consultation du patient sur le maintien de la mesure, 3 % sanctionnent l'absence de motivation de l'acte administratif en cause, et 2 % visent l'impossibilité pour le patient de s'adresser à l'équipe médicale de son choix.

Des décisions étroitement liées au dossier médical du justiciable

Le cinquième enseignement à retirer de cette étude est très certainement relatif aux liens étroits unissant la décision judiciaire au dossier médical du patient.

Dans 82 % des cas d'hospitalisation complète sans consentement prononcée par le directeur de l'établissement, le juge d'appel apprécie l'existence de troubles mentaux circonstanciés sur la base du seul dossier médical.

Dans le même sens, le juge d'appel apprécie la capacité du patient à consentir aux soins sur la base des seuls certificats médicaux dans 92 % des arrêts étudiés. Dans 2 % des cas, la capacité est appréciée en fonction des certificats médicaux *et* de l'audition du patient à l'audience, et dans 3 % des cas exclusivement en fonction de l'audition du patient à l'audience.

Les critères de la capacité à consentir aux soins retenus eu égard à l'audition du patient à l'audience sont en outre appréciés dans 91 % des arrêts comme la capacité du patient à comprendre et à écouter, et dans 9 % comme sa capacité à exprimer librement sa décision.

Cette influence centrale des certificats médicaux se retrouve enfin dans la motivation des décisions d'appel, puisque les juges apprécient et motivent l'existence d'un comportement compromettant la sûreté des personnes dans 58 % des cas en fonction des certificats médicaux présentés devant eux, contre 12 % en fonction des éléments de biographie du patient, 3 % en fonction d'une nouvelle expertise et 2 % en fonction des documents produits par le représentant de l'État. Seuls 10 % des arrêts analysés révèlent ainsi que le juge d'appel motive l'existence d'un comportement compromettant la sûreté des personnes en fonction de l'audition du patient.

3. Bilan statistique des décisions rendues en premier ressort et taux d'appel

Les **décisions rendues au fond** par les juridictions du premier degré sur les placements en soins psychiatriques sans consentement s'élèvent à 47.784 en 2012 et 58.522 en 2013.

Près de 96 % des saisines du juge des libertés et de la détention ont été faites sur le fondement de l'article L. 3211-12-1 du code la santé publique relatif au contrôle de plein droit de la mesure d'hospitalisation complète introduite par la loi du 5 juillet 2011.

	2012	2013
Ensemble des saisies JLD	54 382	64 713
Demande de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt	2 325	2 404
Demande de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt	402	569
Demande de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète	51 612	61 659
Demande de contrôle de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en cas de désaccord entre psychiatres et préfet	43	81

*Source : SDSE-RGC-Champ : France hors TGI de Fort de France, Béziers, Metz
Données provisoires, extraites au 13 mars 2014*

Les ordonnances constatant la nécessité de la mesure de placement en hospitalisation complète et son maintien constituent la majeure partie des ordonnances rendues en matière de contrôle de plein droit.

Demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète (2012 et 2013)

Résultats des demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète traitées au cours des années...	2012			2013		
	Effectifs	Sur 100 décisions	Sur 100 décisions statuant sur la demande	Effectifs	Sur 100 décisions	Sur 100 décisions statuant sur la demande
Ensemble des décisions	49 661	100,0			60 476	
Décisions ne statuant pas sur la demande	5 247	10,6		5 419	9,0	
- dont désistement	2 025	4,1		1 801	3,0	
- dont caducité	952	1,9		1 134	1,9	
- dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC (y compris décès)	1 023	2,1		1 121	1,9	
Décisions statuant sur la demande	44 414	89,4	100,0	55 057	91,0	100,0
Maintien de la mesure	40 594	81,7	91,4	50 069	82,8	90,9
Mainlevée de la mesure	3 820	7,7	8,6	4 988	8,2	9,1

Source : SDSE-RGC-Champ : France hors TGI de Fort de France, Béziers, Metz
Données provisoires, extraites au 13 mars 2014

Le **taux d'appel** des décisions rendues par les juridictions du premier degré s'est quant à lui établi à 0.9 % en 2012 et à 1.3 % en 2013.

Taux d'appel en 2012 et en 2013

	2012	2013
Nombre d'affaires terminées devant les TGI* (1)	47 784	58 522
Nombre d'affaires introduites en appel** (2)	435	735
Taux d'appel*** (2)/(1) x 100	0,9	1,3

* affaires terminées au fond

** affaires de l'année n introduites au cours de l'année n et n+1

*** taux 2013 provisoire

Source : Statistiques DACS-PEJC mars 2014

4. Bilans analytiques des décisions rendues en appel

4.1. Bilan de l'étude sur les modalités de tenue de l'audience d'appel

L'effectivité du contrôle du juge et des droits du patient est assurée par le déploiement d'un ensemble de contraintes encadrant l'audience d'appel. Relatives à la localisation de l'instance, à la publicité des débats, à l'audition du patient comme à l'assistance de l'avocat, toutes ces modalités y concourent chacune pour leur part.

4.1.1 Localisation des audiences

L'organisation des audiences et particulièrement du lieu où elles se déroulent constitue un facteur essentiel de l'effectivité du contrôle judiciaire.

L'enjeu de l'audience consiste en effet à manifester auprès du patient la présence et l'intérêt de la société à son égard, en tant que citoyen doté de droits.

Les audiences sont aussi l'occasion de mettre à jour des problèmes d'accès au droit et de détention arbitraire.

En outre, le contrôle systématique du juge tend à renforcer le regard de la société sur le sort des malades mentaux.

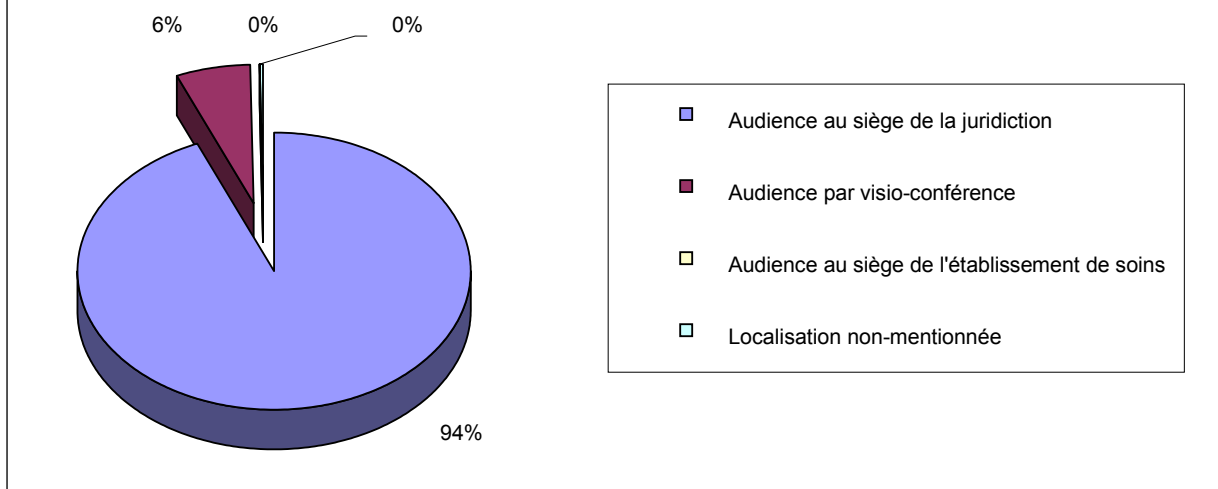
Par son accès au juge, le patient est rassuré sur le caractère non-arbitraire de son internement et sur la possibilité de pouvoir le saisir à tout moment.

La loi prévoit ainsi en son article L. 3211-12-2 du code de la santé publique que les audiences peuvent se dérouler, soit au siège du TGI ou de la Cour d'appel, soit par visioconférence, soit au sein de l'établissement de soins.

Le bilan des arrêts analysés pour la présente étude fait état d'une majorité des audiences en appel se déroulant au siège de la juridiction (94 %), quasiment aucune audience n'ayant été tenue au sein de l'établissement de soins (cf. graphique ci-dessous).

Par ailleurs, le recours à la visioconférence pour les audiences en appel est peu usité, se limitant à 6 % des cas étudiés (cf. graphique ci-dessous).

Localisation de l'audience



Pour certains, l'audience à l'hôpital évite une promiscuité entre les patients et les prévenus.

En effet, le patient ne doit se sentir ni accusé, ni fautif, dans un contexte où il éprouve souvent de manière pathologique un vécu prosécutif.

D'aucuns soutiennent d'ailleurs que la solennité du palais de justice, la proximité avec du public pénal, le fait d'être exposé au regard du public sous escorte médicale constituent des obstacles à la sérénité des débats.

Auditionné dans le cadre de la réforme de la loi du 5 juillet 2011, le contrôleur général des lieux de privation de libertés témoignait ainsi « *avoir rencontré des malades terrifiés, qui demandaient ce qu'ils avaient fait pour être traduits devant le juge* ».

Quant à la visioconférence, ce dernier l'a considérée comme « *inadaptée pour permettre un échange direct entre le patient et le juge, car elle suppose une facilité d'expression devant une caméra qui est loin d'être acquise, notamment pour les personnes souffrant d'affections mentales.* »

Ainsi, conformément aux recommandations issues du rapport d'étape de la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », la loi du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge apporte plusieurs modifications aux dispositions de la loi de 2011, concernant tant les droits et garanties accordés aux personnes en soins psychiatriques que les modalités du contrôle exercé par le juge judiciaire en matière d'hospitalisation complète (*cf. supra*, Partie 1, Titre 1, n° 2.1.).

À compter du 1^{er} septembre 2014, l'article 6 de la loi du 27 septembre 2013 renverse le principe de localisation des audiences, en disposant que l'audience de première instance se

tiendra désormais, par ordre de priorité, dans une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil (le nouveau texte précise que cette salle sera « attribuée » au ministère de la justice, ce qui signifie, selon les travaux parlementaires, qu'elle devra être dédiée aux audiences du juge des libertés et de la détention, si ce n'est en permanence, du moins de façon à assurer tant la clarté, la sécurité et la sincérité des débats que l'accès au public et à traduire ces exigences dans l'agencement et l'accessibilité des lieux).

Cette audience ne pourra se tenir au siège du tribunal de grande instance, sur décision du juge prise d'office ou à la demande de l'une des parties, que lorsque la salle aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ne permettra d'assurer ni la clarté, la sécurité et la sincérité des débats ni l'accès du public.

Comme précédemment, le président du tribunal de grande instance pourra, en cas de nécessité, autoriser qu'une seconde audience se tienne le même jour au siège dudit tribunal.

Le nouveau texte supprime toute possibilité de recourir à la visioconférence.

D'autres questions relatives à l'audience que celles du lieu de sa tenue se sont cependant posées, ayant trait notamment aux risques d'atteinte au respect de la vie privée et au secret médical.

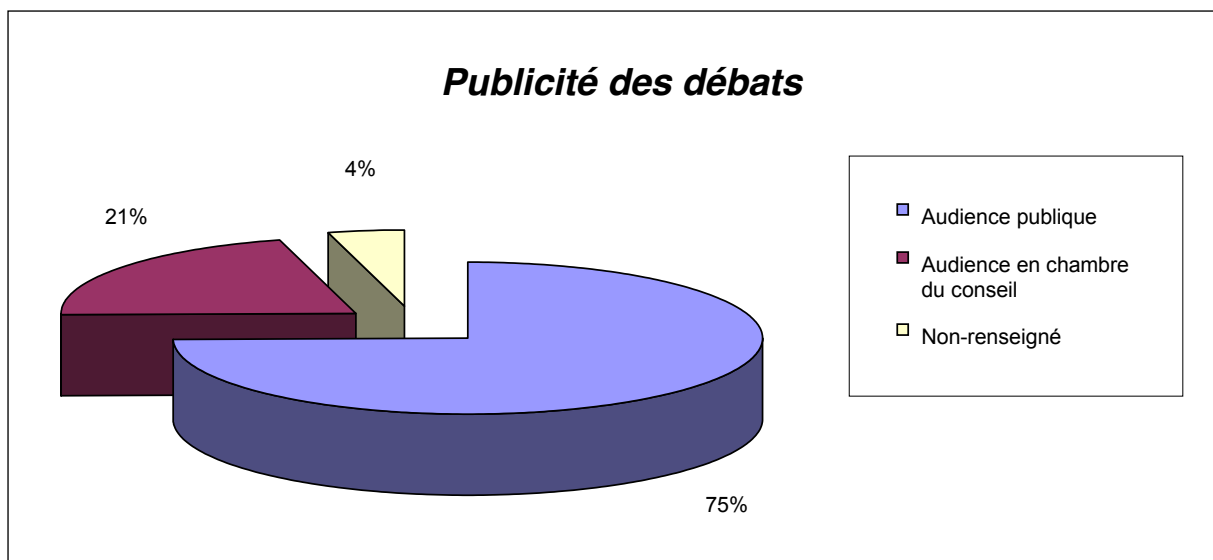
4.1.2. Publicité des débats

La publicité des débats constitue un deuxième moyen de s'assurer de l'effectivité des droits des patients.

En vertu de l'article L. 3211-12-2 du code de la santé publique, le débat contradictoire devant le juge des libertés et de la détention se tient en audience *publique*, sous réserve des dispositions de l'article 11-1 de la loi du 5 juillet 1972. L'article 425 du code de procédure civile peut également être invoqué pour restreindre la publicité des débats.

Dans ce cas, le juge apprécie si le contenu des certificats médicaux, la situation de faiblesse de la personne hospitalisée, les difficultés familiales ou personnelles évoquées par les tiers, portent manifestement atteinte à la vie privée, au secret médical ou à la dignité de la personne.

Il résulte de l'analyse des arrêts étudiés que les débats ont lieu majoritairement en audience publique (75 %), tandis qu'un quart des audiences d'appel a lieu en chambre du conseil (cf. graphique ci-dessous).



La compatibilité de la publicité des débats avec le secret médical reste toutefois problématique, si bien qu'il conviendrait, selon une majorité de praticiens, d'encourager les juges à tenir l'audience en chambre du conseil, seule solution conforme au respect de la vie privée et au secret médical.

En ce sens, la loi du 27 septembre 2013 élargit, à compter du 1^{er} septembre 2014, la possibilité de tenir l'audience en chambre du conseil, en prévoyant que le juge pourra en décider ainsi non seulement s'il doit résulter de la publicité des débats une atteinte à l'intimité de la vie privée ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice mais aussi si l'une des parties (et non plus l'ensemble des parties ainsi que l'exige l'article 11-1 de la loi du 5 juillet 1972 auquel l'ancien texte faisait référence) le demande. En cas de demande émanant de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques, le juge ne disposera pas de pouvoir d'appréciation et les débats se tiendront de plein droit en chambre du conseil.

On notera cependant que le public peut parfois être constitué de membres d'association ou de journalistes, soit des acteurs indépendants pour qui il peut apparaître souhaitable de participer à l'audience.

En tout état de cause, certains proposent qu'une réflexion soit initiée sur le contenu des certificats médicaux et avis destinés au juge, tant du point de vue du secret médical que de l'utilité de l'information transmise.

4.1.3. Audition du patient et assistance d'un avocat

Participant de l'effectivité du contrôle du juge, l'audition du patient et son assistance par un avocat permettent également d'assurer à ce dernier une meilleure garantie de ses droits.

C'est ainsi qu'à l'audience, le juge entend :

- les personnes présentes ou représentées qui ont été destinataires de l'avis prévu à l'article R. 3211-12 du code de la santé publique ;
- le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques s'il souhaite s'exprimer ;
- la personne qui fait l'objet de soins, le cas échéant assistée de son avocat ou représentée par celui-ci, sauf si des motifs médicaux ressortant de l'avis donné par le collège mentionné à l'article L. 3211-9 du code de la santé publique, un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient ou l'expert désigné par le juge y font obstacle (dans ce dernier cas, la personne est représentée par un avocat choisi ou, à défaut, commis d'office par le juge).

Par principe, le juge ne peut donc statuer sans avoir mis la personne en mesure d'être entendue. Celle-ci a alors la possibilité de ne pas comparaître, de comparaître en personne avec ou sans l'assistance d'un avocat ou d'être représentée par un avocat.

Par exception, le juge peut décider de ne pas entendre la personne au vu d'un avis médical circonstancié. Le juge doit toutefois demeurer vigilant et vérifier que les motifs médicaux mis en avant afin de justifier l'absence d'audition sont précis et argumentés, sans hésiter à les discuter à l'audience. Dans l'hypothèse où l'absence d'audition est retenue, la personne sera alors nécessairement représentée par un avocat choisi ou à défaut commis d'office⁷¹.

Les personnes appelées peuvent faire parvenir leurs observations par écrit, auquel cas il en est donné connaissance aux parties présentes à l'audience.

Il résulte des arrêts analysés que la présence d'un avocat est quasiment systématique (77 %), lequel intervient de manière équivalente au titre de la commission d'office (38 %) que choisi par son client (32 %) (cf. tableau ci-dessous).

Assistance d'un avocat	
Patient représenté par un avocat intervenant au titre de la commission d'office	38 %
Patient représenté par un avocat choisi par lui	32 %
Patient non-assisté à sa demande	13 %
Patient non-comparant et non représenté	10 %
Patient représenté par un avocat intervenant au titre de l'aide juridictionnelle	7 %
Patient représenté par un avocat désigné d'un patient en fugue	< 1 %
Patient non-assisté en raison d'un empêchement de son avocat et d'impossibilité d'en désigner un autre	< 1 %

⁷¹ 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. Pour consulter ce texte, [cliquez ici](#).

Dans la majorité des dossiers (76 %), le patient est entendu par le juge d'appel à l'audience. Son absence d'audition pour des motifs médicaux ne représente ainsi que 2 % des cas étudiés, tandis que son absence d'audition pour causes de fugue ou du fait qu'il ne souhaite pas être entendu représentent, ensemble, 21 % des cas étudiés. L'absence d'audition du patient hors motifs médicaux représente enfin 1 % des cas étudiés (cf. tableau ci-dessous).

La proportion de personnes effectivement entendues par le juge d'appel (76 %) et non entendues hors motifs médicaux (1 %) est enfin un excellent baromètre de l'organisation des audiences, de la pratique des juges et de la concertation avec les équipes soignantes (cf. tableau ci-dessous).

<i>Audition du patient à l'audience</i>	
Entendu par le juge	76 %
Patient en fugue	2 %
Absence d'audition selon motifs médicaux	2 %
Absence d'audition hors motifs médicaux	1 %
Patient n'ayant pu être accompagné en raison de difficulté d'organisation de l'hôpital	< 1 %
Transfert du patient dans un autre hôpital	< 1 %
Patient n'ayant pas souhaité comparaître	< 1 %
Placement en isolement	< 1 %

<i>Personnes comparantes à l'audience</i>	
Patient assisté de son avocat	41 %
Ministère public	25 %
Patient absent mais représenté	12 %
Patient non assisté de son avocat	9 %
Tiers ayant demandé l'admission en soins psychiatrique sous HC	4 %
Directeur de l'établissement d'accueil ou du centre hospitalier	4 %
Représentant de l'Etat (Préfet)	3 %
Tuteur ou curateur	2 %
Tiers n'ayant pas demandé l'admission en soins psychiatrique sous HC mais auteur du recours ou auteur de la saisine du JLD	< 1 %
Tiers non comparant mais représenté	< 1 %

Illustration de motivation

Relativement à l'audition des patients, certains juges d'appel retiennent « qu'alors qu'un certificat médical ne prévoyait aucun obstacle d'ordre médical à l'audition du patient ni à son transport hors du lieu de soins pour son audition ni d'obstacle à l'utilisation de moyens de communication audiovisuels, son absence d'audition, hors motifs médicaux, caractérise une transgression d'une formalité substantielle en ce qu'elle touche aux libertés fondamentales garanties par le juge empêché en pareille hypothèse de remplir son office et la sanction ne peut être que la mainlevée ».

Ce moyen est accueilli sur le fondement des articles 5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, 14 du code de procédure civile et L. 3211-12-1 du code de la santé publique, rappelant que le patient n'avait pas été amené au palais de justice pour des raisons inhérentes à l'organisation de l'établissement hospitalier, sans aucun rapport avec son état de santé.

Modification à compter du 1^{er} septembre 2014

Publicité des débats

Le nouveau texte élargit la possibilité de tenir l'audience en chambre du conseil en prévoyant que le juge pourra en décider ainsi non seulement s'il doit résulter de la publicité des débats une atteinte à l'intimité de la vie privée ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice mais aussi si l'une des parties (et non plus l'ensemble des parties ainsi que l'exige l'article 11-1 de la loi du 5 juillet 1972 auquel l'ancien texte faisait référence) le demande. En cas de demande émanant de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques, le juge ne disposera pas de pouvoir d'appréciation et les débats se tiendront de plein droit en chambre du conseil.

Assistance de l'avocat

Le nouveau texte rend obligatoire (et non plus facultative) l'assistance par un avocat de la personne faisant l'objet de soins psychiatriques qui sera désormais assistée ou représentée par un avocat choisi, désigné au titre de l'aide juridictionnelle ou commis d'office. Il maintient le principe de sa représentation lorsque, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle à son audition.

4.2. Bilan de l'étude sur les décisions des juges d'appel

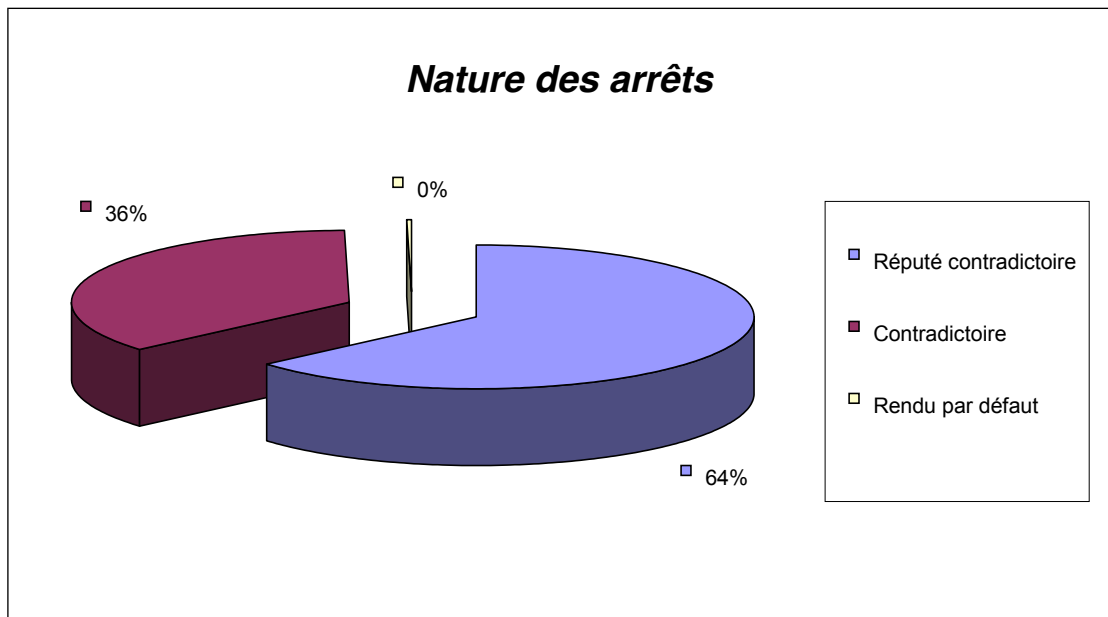
Révélat sans grande surprise l'existence d'un fort taux d'appel *interjeté par les personnes en hospitalisation complète* contre les décisions de première instance, mais aussi un fort taux de confirmation de ces mêmes décisions par les juges d'appel, l'analyse des arrêts souligne en revanche l'existence de certaines difficultés attenantes à la recevabilité même des déclarations d'appel.

4.2.1. Qualité de l'appelant, nature et caractère suspensif des décisions

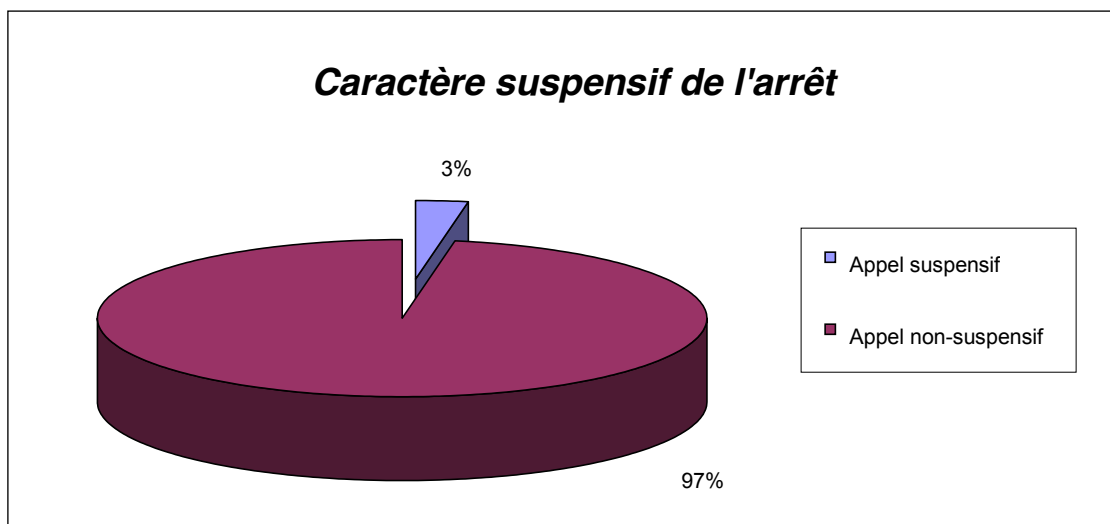
L'analyse des arrêts étudiés révèle que **87 % des appels formés contre les ordonnances du JLD le sont par le patient faisant l'objet de l'hospitalisation sous contrainte. A l'inverse, seuls 6 % des appels sont formés par le ministère public** (cf. tableau ci-dessous).

Qualité des appelants	
Patient	87 %
Procureur de la République	6 %
Représentant de l'Etat (Préfet)	3 %
Directeur de l'établissement d'accueil / Centre hospitalier	2 %
Parent ou personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient	1 %
Autre personne ayant formulé la demande de soins	1 %
Titulaire de l'autorité parentale ou tuteur du mineur hospitalisé	< 1 %
Personne chargée de la protection du majeur hospitalisé sous tutelle ou curatelle	< 1 %
Conjoint, partenaire, concubin du patient	< 1 %
Médecin	< 1 %

Les arrêts sont contradictoires dans 36 % des cas étudiés, et sont réputés contradictoires dans 64 %, aucun arrêt n'ayant été rendu par défaut (cf. graphique ci-dessous).



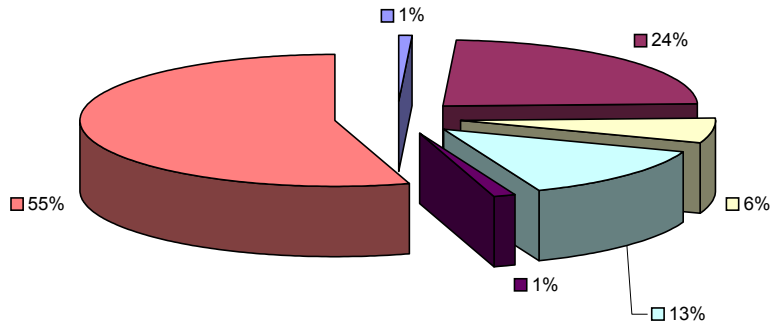
Enfin, on constate que seuls 3 % des appels sont suspensifs, le reste ne disposant pas de ce caractère (cf. graphique ci-dessous).



4.2.2. Recevabilité des déclarations d'appel

Il résulte des arrêts étudiés que certains moyens de recevabilité de la procédure d'appel soulevés donnent lieu à des appréciations différentes.

Recevabilité de la procédure d'appel



- Déclare l'appel irrecevable en raison de la fugue du patient
- Déclare l'appel irrecevable délai d'appel expiré
- Déclare l'appel irrecevable pour défaut de formalisation de l'appel au greffe de la cour
- Déclare l'appel irrecevable pour absence de motivation
- Déclare l'appel irrecevable, l'appel n'étant pas la voie de recours ouverte contre la décision du délégué du président de la cour d'appel statuant en appel
- Déclare l'appel irrecevable pour d'autres motifs

1°. Concernant le décompte des délais pour saisir le juge des libertés et de la détention, le calcul de la date de démarrage des soins pour définir les délais de saisine est plus complexe qu'il n'y paraît.

Le délai pour statuer doit-il être décompté à compter de la mesure provisoire d'admission en soins ou de l'arrêté pris par le préfet. C'est une question capitale puisque le non-respect de ce délai entraîne la mainlevée de la mesure de plein droit.

La première chambre civile de la Cour de cassation énonce, dans son arrêt du 5 février 2014 relatif aux délais pour le représentant de l'État pour saisir le JLD sur le fondement de l'article R. 3213-2, alinéa 2, du code de la santé publique, que : « le délai dans lequel le juge statue sur une admission administrative en soins psychiatriques se décompte depuis la date de l'arrêté pris en ce sens par le représentant de l'Etat [...] Une éventuelle décision antérieure du maire, fût-elle de même nature, ne constitue qu'une mesure provisoire ». Ainsi, le délai de 15 jours dans lequel le juge des libertés et de la détention statue sur une décision administrative en soins psychiatriques se décompte depuis l'arrêté d'admission pris par le représentant de l'Etat, le préfet, et non à compter de l'arrêté d'admission du maire laquelle constitue une admission provisoire. (1^{ère} civ., 5 février 2014, pourvoi n°11-28.564).

Avec les dispositions de la loi du 27 septembre 2013 entrant en vigueur le 1^{er} septembre 2014, la question est encore plus cruciale avec la réduction des délais de saisine (12 jours) et donc pour statuer.

2°. Concernant la faculté de soulever d'office la recevabilité de l'appel, certains juges soulèvent d'office cette question lorsque l'appel est formé hors délai en application de l'article 125 du code de procédure civile.

Ces derniers soulèvent d'office le fait que l'ordonnance du juge des libertés et de la détention a été rendue hors délai et prononcent la mainlevée de la mesure.

Illustration de motivation

« Aux termes de l'article L. 3211-12 du code de la santé publique, le juge des libertés et de la détention dans le ressort duquel se situe l'établissement d'accueil peut être saisi, à tout moment, aux fins d'ordonner, à bref délai, la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques prononcée en application des chapitres II à IV du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale, quelle qu'en soit la forme, par la personne faisant l'objet de soins, ou toute autre personne ayant qualité au sens de ce texte. Selon l'article R. 3211-16 du même code, l'ordonnance du juge est rendue dans un délai de douze jours à compter de l'enregistrement de la requête au greffe. Ce délai est porté à vingt-cinq jours si une expertise est ordonnée.

En l'espèce, la saisine du juge des libertés et de la détention étant intervenue le 5 mars 2013, le délai pour statuer après la décision de ce magistrat du 13 mars 2013 ordonnant une expertise expirait le 30 mars 2013. Dès lors, l'ordonnance du 6 mai 2013 a été rendue hors du délai de vingt-cinq jours prévu par l'article précité, courant à compter du 5 mars 2013, la deuxième expertise ordonnée ne pouvant justifier ce dépassement d'autant que l'ordonnance du 10 avril 2013 la prescrivant a été elle-même rendue après l'expiration du délai pour statuer.

S'il est vrai que ni l'article L. 3211-12 ni l'article R. 3211-16 du code de la santé publique ne sont assortis d'une sanction en cas de non-respect du bref délai défini par ce dernier texte, contrairement aux dispositions applicables en matière de contrôle de plein droit, il n'en demeure pas moins que le non-respect du délai de vingt-cinq jours imparti en cas d'expertise, qui porte nécessairement atteinte aux droits de la personne admise en soins psychiatriques quelle que soit la forme de la prise en charge, la personne faisant l'objet d'un programme de soins pouvant en effet être réintégrée en hospitalisation complète en cas de non-respect de ce programme dès lors que la mesure de soins n'a pas été levée et que le juge n'a pas statué, emporte de ce seul fait mainlevée de la mesure.

Il convient dès lors d'infirmier l'ordonnance entreprise et d'ordonner la mainlevée de la mesure de soins psychiatriques.

Il y a lieu, conformément aux dispositions des articles R. 93 et R. 93-2 du code de procédure pénale, de laisser les dépens à la charge de l'État ».

3°. Concernant la transmission des lettres d'appel de patients qui ne sont pas libres de leurs mouvements, pour certains juges d'appel les retards d'acheminement de la lettre d'appel – dont la date est certaine – du fait des services administratifs ou de son erreur car

destinée au procureur de la République ou président du tribunal ou au juge des libertés et de la détention ne peut porter préjudice au patient.

Illustration de motivation

« La déclaration d'appel de Mme X... a été adressée au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance et non au greffe de la cour d'appel. Il apparaît toutefois que la notification de la décision à l'intéressée figurant au dossier se borne à mentionner qu'elle est susceptible d'appel dans un délai de dix jours à compter de la notification par déclaration motivée transmise par tout moyen au greffe de la cour d'appel, sans préciser de quelle cour d'appel il s'agit et donner les coordonnées de celle-ci. Mme X... ne peut dès lors se voir opposer la circonstance que sa déclaration n'a pas été adressée au greffe de la cour d'appel.

Si elle est recevable à soulever en appel un moyen nouveau, tiré de l'irrégularité de la décision modifiant la forme de la prise en charge, qui ne constitue pas une exception de procédure au sens de l'article 74 du code de procédure civile, ce moyen doit cependant, pour être recevable, être présenté dans le délai d'appel et dans le respect du principe de la contradiction. »

En outre, certains juges d'appel estiment que la procédure est recevable si lors de la saisine du juge tous les documents exigés par la loi, certificats et avis médicaux, sont présents et ce malgré le retard de la lettre d'appel.

Il convient de souligner qu'il est rarissime de trouver dans le dossier transmis au juge d'appel les signalements des services sociaux ou des services de tutelle en charge des patients, et jamais de l'entourage familial.

Dans 6 % des cas étudiés, les juges d'appel considèrent l'appel irrecevable pour défaut de formalisation de l'appel au greffe de la cour et pour délai expiré dans 24 % des cas traités (cf. graphique ci-dessus).

Illustration de motivation

« Il résulte des articles R. 3211-18 et R. 3211-9 du décret du 18 juillet 2011 que l'ordonnance du juge des libertés et de la détention est susceptible d'appel dans un délai de 10 jours, et que le premier président ou son délégué est saisi par une déclaration d'appel motivé transmise par tous moyens au greffe de la cour d'appel.

En l'espèce, M. X... a formalisé sa déclaration d'appel par une lettre rédigée par les infirmiers de l'unité de soins, et signée par lui, transmise par télécopie au juge des libertés et de la détention du tribunal de grande instance de Bordeaux.

La notification faite le 19 avril 2013 de la décision rendue le 12 avril 2013, dont M. X... a accusé personnellement réception, précise dans un encadré placé en tête de la notification « cette décision peut être frappée d'appel dans un délai de 10 jours à compter de la présente notification par déclaration motivée transmise par tous moyens au greffe de la cour d'appel de Y... place de la République à Y... Cette déclaration peut être notamment faxée au numéro suivant 00000. »

Suivent la reproduction des textes précisant les modalités détaillées de l'appel.

La même notification a été adressée le même jour au conseil ayant assisté M. X... lors de l'audience devant le juge des libertés de la détention.

La lettre valant déclaration d'appel datée du 19 avril 2013 est parvenue au greffe du juge des libertés de la détention du tribunal de grande instance de Y... le 23 avril 2013, soit dans les délais légaux, et ce service l'a transmise le jour même au greffe de la cour d'appel par télécopie.

Toutefois ceci ne répare pas l'irrégularité formelle du recours formé par l'intéressé, dès lors que celui-ci n'a pas été adressé au greffe de la cour.

La formule « par tout moyen » doit s'entendre du vecteur matériel de transmission utilisé, le courrier postal, la télécopie ou la déclaration d'appel fait au greffe. Elle ne s'applique pas au destinataire du recours qui est en tout état de cause le premier président de la cour d'appel ; le recours devant être formé, par tout moyen, auprès du greffe de la cour.

La lettre de M. X..., enregistrée comme un appel, ne répond pas aux exigences des articles R. 3211-18 et R. 3211-19 du code de la santé publique, elle ne nous a dès lors pas régulièrement saisis.

L'appel sera en conséquence déclaré irrecevable, aucune circonstance ne permettant de suppléer au défaut de formalisation de l'appel au greffe de la cour, prévu par la loi.

Il convient de rappeler que les dispositions prises dans un texte spécial destiné à permettre l'exercice des droits des patients et notamment l'exercice des voies de recours contre les décisions dont ils font l'objet s'appliquent en l'espèce aux personnes qui suivent des soins psychiatriques. »

Dans le même sens, en cas de retard ou d'absence de lettre d'appel dans les délais impartis, 13 % des arrêts analysés considèrent que l'appel est irrecevable pour absence de motivation (cf. graphique ci-dessus).

4°. Concernant la situation des patients en fugue, certains juges d'appel estiment que le contrôle systématique est sans objet car ils ne peuvent statuer que sur une mesure de privation de liberté effective. D'autres considèrent que la mesure est effective et statuent.

Deux positions se détachent ainsi en cas de fugue du patient : 14 % des juges d'appel se déclarent *incompétents* pour exercer leur contrôle de plein droit contre 86 % se déclarant *compétents* (graphique non-reproduit).

Ainsi, certains juges d'appel considèrent que, bien que la mesure d'hospitalisation complète décidée par le préfet n'ait pu s'exécuter en raison de la fugue de l'intéressé, les arrêtés ont vocation à être mis en application et qu'en conséquence, il appartient au juge judiciaire d'exercer son contrôle de plein droit prévu par l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique (CA Paris, 16 février 2012).

Illustrations de motivation

« Il est constant en l'espèce que M. X..., sans domicile fixe, est depuis le 9 octobre 2012, en fugue du Centre hospitalier où il avait été admis en hospitalisation complète le 19 septembre 2012.

Mais cette mesure d'hospitalisation ne peut être considérée comme ayant pris fin 'de fait' en raison de la fugue du patient en l'absence de décision de mainlevée et alors que tous les certificats médicaux mensuels ainsi que l'avis conjoint de deux médecins psychiatres de l'hôpital en date du 20 mars 2013 ont conclu au maintien de la mesure.

Il s'ensuit que M. X... même s'il se trouve actuellement en situation de fugue, a été maintenu en hospitalisation complète de manière continue depuis la décision du juge des libertés et de la détention du 1er octobre 2012 ;

Il convient en conséquence d'infirmier la décision déferée en ce qu'elle a constaté que l'hospitalisation sous contrainte de M. X... avait cessé de fait depuis le 9 octobre 2012 ».

Ou encore : « Au vu de ces certificats et avis médicaux, et en l'absence d'éléments nouveaux permettant de retenir que l'état de M.X..., certes en voie d'amélioration mais qui justifiait toujours au jour de sa fugue le 6 mars 2012 une mesure d'hospitalisation complète, aurait favorablement évolué depuis lors ou depuis l'ordonnance du juge des libertés et de la détention du 5 novembre 2012 alors qu'a priori il n'a plus ni traitement ni suivi médical et que le risque d'atteinte à la sûreté des personnes ou d'atteinte à l'ordre public, encore présent lors de cette fugue, aurait disparu quatorze mois plus tard, il apparaît que les conditions de l'article L. 3213-1 du code de la santé publique demeurent réunies.

Le maintien de la mesure, nécessaire pour permettre, en cas de découverte de l'intéressé, sa réintégration et la reprise des soins que nécessite son état, étant dès lors justifié, il convient d'infirmier l'ordonnance entreprise et de faire droit à la requête du préfet.

Ordonne la poursuite de l'hospitalisation complète de M. X...».

Ou encore : « C'est à juste titre que l'appelant fait valoir qu'il appartient au juge judiciaire, d'exercer le contrôle de plein droit prévu par les dispositions de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, dès lors que l'arrêté préfectoral décidant la réadmission du patient en hospitalisation complète a vocation à s'exécuter.

En effet la situation de fugue de l'intéressé ne fait pas obstacle au contrôle prévu par les textes et ne dispense pas la juridiction compétente de statuer, pour vérifier la régularité interne et externe de l'arrêté qui lui est soumis ainsi que pour vérifier si les conditions d'application des textes fondant la mesure sont réunies.

L'absence de décision du juge sur la mesure de réintégration en hospitalisation complète dans le délai de 15 jours entraîne de plein droit la levée de la mesure d'où la nécessité de statuer sur la régularité et le bien-fondé de celle-ci.

En outre le défaut d'audition de l'intéressé par le juge à l'audience ne fait pas obstacle à ce que le contrôle soit effectué, c'est d'ailleurs le cas lorsque le juge des libertés et de la détention en première instance, ou le premier président ou son délégué, en appel, statue sur une mesure concernant un patient qui n'est pas en état de comparaître ou qui a refusé de se présenter à l'audience à laquelle il a été convoqué.

En conséquence la décision attaquée sera infirmée en ce qu'elle a déclaré la requête du préfet sans objet sans procéder au contrôle prévu les textes en vigueur. »

En cas de fugue de longue durée, la Cour d'appel de Paris a pu estimer dans une de ses décisions « qu'aucun certificat médical ni élément clinique ne permettant d'affirmer que l'intéressé ne souffrait plus de troubles mentaux compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte, de façon grave, à l'ordre public [...] l'absence de nouvelle d'une patiente depuis deux ans, du fait de sa fugue, n'était pas suffisante en soi pour établir que les conditions ayant justifié son admission en soins psychiatriques sous le régime de l'hospitalisation d'office n'étaient plus remplies » (CA Paris, 2 février 2012).

5°. **Concernant la qualité pour exercer un recours et la notion de tiers à la procédure**, le code de la santé publique ne précise pas quelles sont les personnes habilitées à former un tel recours.

L'article R. 3211-7 du code de la santé publique dispose en effet que « *la procédure judiciaire pour connaître des mesures de soins psychiatriques prononcées en application du titre I^{er} du livre II de la troisième partie de la partie législative du présent code ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est régie par le code de procédure civile sous réserve des dispositions de la présente section* ».

Or, cette section ne comporte *aucune disposition relative aux personnes habilitées à former un recours*. En conséquence, les dispositions du code de procédure civile relatives au droit d'appel sont en principe applicables, et plus spécialement l'article 546 dudit code, suivant lequel le droit de faire appel appartient à « *toute partie qui y a intérêt, si elle n'y a pas renoncé* ».

Certains magistrats en ont déduit « *qu'il résulte de l'article R. 3211-12 du code de la santé publique relatif à la procédure de mainlevée des soins psychiatriques que, sauf s'il est requérant, le tiers qui a demandé l'admission en soins psychiatriques n'a pas la qualité de partie à la procédure* ».

Statuant dans le même sens mais au visa des articles R. 3211-19, alinéa 3, et R. 3211-21 du code de la santé publique, certains juges d'appel ont décidé que « *dans la procédure de contrôle des mesures de soins psychiatriques, le tiers qui a demandé l'admission n'a pas [...] la qualité de partie à la procédure, de sorte que le droit d'appel ne lui appartient pas. Il ne peut agir au nom de la personne faisant l'objet de soins* ».

Cette solution a été appliquée tant en matière d'appel émanant d'un cadre administratif d'un hôpital que d'un directeur d'établissement n'ayant pas prononcé l'admission en soins.

Une cour d'appel a ainsi pu retenir que « *si la décision de la directrice de l'établissement [...] donne délégation [à un cadre administratif], notamment, pour la « saisine du juge des libertés et de la détention dans le cadre de contrôle systématique ou facultatif de la mesure d'hospitalisation complète des patients » et la « réception des ordonnances rendues par les autorités judiciaires à l'occasion du contrôle systématique ou facultatif de la mesure d'hospitalisation complète », elle ne lui confère pas, en revanche, délégation à l'effet de relever appel de ces ordonnances. Par suite, l'appel formé au nom de la directrice de l'établissement par une personne n'ayant pas reçu délégation expresse pour ce faire est irrecevable [...] ».*

Il a de même été retenu que « *le directeur de l'établissement de soins qui n'a pas prononcé l'admission en soins en cas de péril imminent n'est pas partie à la procédure et n'a donc pas qualité pour interjeter appel de l'ordonnance du juge des libertés et de la détention statuant sur la demande de mainlevée formée par M. X... ».*

Quant à la **possibilité de soulever d'office cette irrecevabilité**, certain magistrats ont pu soulever d'office l'irrecevabilité de l'appel formé par un tiers à la procédure sur le fondement de la qualité à agir, notamment de la mère d'un patient ayant demandé l'admission en soins ou du directeur d'établissement pour un placement décidé par le préfet ou encore du médecin.

Illustration de motivation

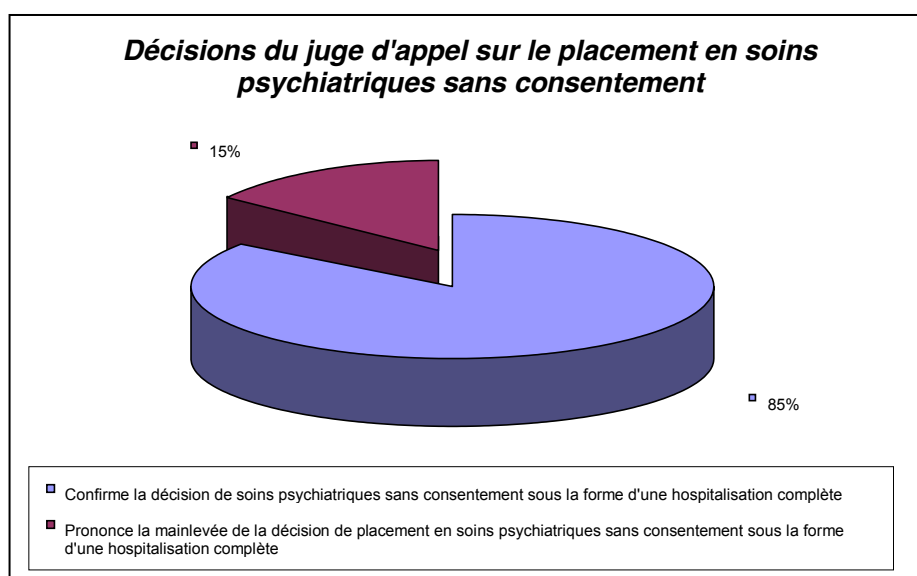
« Les décisions du juge des libertés et de la détention sont susceptibles d'appel devant le premier président de la cour d'appel uniquement par les parties, à savoir : la personne objet des soins, le requérant de la mesure d'hospitalisation, le préfet ou le directeur d'établissement, le ministère public. Le Docteur X... n'ayant pas qualité de partie, son appel est irrecevable. En revanche, l'appel du directeur d'établissement qui a prononcé l'admission en soins est recevable ».

4.2.3. Teneur des décisions d'appel

L'attention des magistrats au fond de la mesure ne s'est pas traduite, loin s'en faut, par un recours excessif à des décisions de mainlevée. Dans leur grande majorité, les décisions d'hospitalisation ont été confirmées par les juges d'appel.

Dans 85 % des arrêts étudiés, les juges d'appel ont ainsi confirmé les décisions de placement en soins psychiatriques sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète, seuls 15 % des cas étudiés ayant donné lieu à une mainlevée (cf. graphique ci-dessous).

Il convient de noter que les mainlevées ont soit permis de faire avancer une situation bloquée et de déboucher sur une prise en charge en ambulatoire, soit ont été suivies de programmes de soins prévoyant une hospitalisation à temps presque complet, quand celles-ci n'ont pas été simplement suivies d'une nouvelle mesure d'hospitalisation complète.



Détails des décisions du juge d'appel	
Confirme la décision de maintien en soins sans consentement	64 %
Constate que l'appel est sans objet	11 %
Infirme la décision de placement en soins psychiatriques sans consentement sous forme d'une HC et ordonne la mainlevée de l'HC	9 %
Infirme l'ordonnance de mainlevée et ordonne la poursuite des soins en HC	4 %
Constate le désistement	3 %
Confirme la décision de mainlevée	3 %
Déclare l'appel suspensif	1 %
Infirme la décision du JLD refusant de se prononcer compte-tenu de la fugue du patient	1 %
Constate que l'appel n'est pas soutenu et confirme l'ordonnance de placement en soins sans consentement	1 %
Confirme le maintien de l'HC en raison de défaut de soutien de l'appel faute de comparution du patient ou de son représentant	1 %
Demande une expertise	1 %
Rejette les moyens tirés de la régularité de la notification de l'acte administratif de placement	< 1 %
Confirme l'ordonnance qui a constaté l'extinction du délai pour statuer	< 1 %
Infirme la décision prononçant le maintien de la mesure pendant une durée déterminée	< 1 %
Admission de la demande en rectification d'erreurs matérielles	< 1 %
Rejette la demande de renvoi d'une QPC	< 1 %
Prononce la radiation de l'affaire	< 1 %
Ordonne le maintien en HC en contradiction avec le dernier certificat médical	< 1 %
Prononce la nullité de l'ordonnance du JLD et décision au fond	< 1 %
Refuse la mainlevée en vue de ne pas retarder l'élaboration en cours d'un programme de soins	< 1 %
Confirme la décision du JLD se déclarant incompétent pour une demande de changement d'établissement	< 1 %
Infirme la décision de mainlevée pour irrégularité de la procédure et ordonne la poursuite des soins en HC	< 1 %
Rejette l'exception relative à la partialité de l'expert	< 1 %

4.3. Bilan de l'étude sur le contrôle par le juge judiciaire de la régularité des actes administratifs⁷²

Suite à la condamnation de la France par la Cour européenne des droits de l'homme pour violation de l'article 5 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH, 18 novembre 2010, *Baudouin c. France*, n° 35935/03), le juge judiciaire s'est vu conféré par la loi du 5 juillet 2011 le pouvoir d'apprécier non seulement le bien-fondé des actes administratifs d'hospitalisation sous contrainte, mais également le pouvoir de contrôler leur régularité formelle, jadis dévolu au seul juge administratif⁷³.

Obligation sera dès lors faite au JLD de se référer en la matière à la jurisprudence tant administrative que judiciaire.

Quant aux textes applicables, deux dispositions appellent ici une attention particulière. L'article 1^{er} de la loi du 11 juillet 1979 dispose d'abord que « *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* ».

L'article L. 3213-1 du code de la santé publique, s'agissant de l'hospitalisation sur décision du représentant de l'État, va ensuite au-delà de cette exigence de droit commun, en prévoyant en ce cas une motivation renforcée : « *Les arrêtés préfectoraux sont motivés et énoncent avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire* ». Cette disposition prévoit par ailleurs que le préfet se prononce, en ce cas, « *au vu d'un certificat médical circonstancié* ».

Quant à la jurisprudence administrative, un arrêt de principe du 9 novembre 2001 s'avère particulièrement important. Le Conseil d'État, rompant avec sa jurisprudence antérieure qui admettait la motivation par référence à un certificat médical même si ce certificat n'était pas joint à l'arrêté notifié au patient, a considéré que « *l'autorité administrative, lorsqu'elle prononce ou maintient l'hospitalisation d'office d'un aliéné, doit indiquer dans sa décision les éléments de droit et de fait qui justifient cette mesure ; (...) si elle peut satisfaire à cette exigence de motivation en se référant au certificat médical circonstancié qui doit être nécessairement établi avant la décision préfectorale, c'est à la condition de s'en approprier le contenu et de joindre ce certificat à la décision* »⁷⁴.

⁷² Sur la notion de régularité, voy. M. Vialettes, « L'unification du contentieux de l'hospitalisation sans consentement », *JCP G* 2013, doct. 157.

⁷³ Avec, notamment, le contrôle de leur motivation, qui ne doit être ni absente ni insuffisante.

⁷⁴ Antérieurement, le Conseil avait pu considérer par un arrêt du 2 mai 1990 qu'était insuffisante la motivation d'un arrêté de l'autorité administrative mentionnant que l'état de la malade « la rendait dangereuse pour elle-même et pour son entourage et nécessitait son transport dans un hôpital psychiatrique » et se référant à un certificat médical, qui ne comprenait lui-même aucune description de l'état mental de la patiente.

Cette exigence de motivation a également été affirmée par la jurisprudence judiciaire. Ainsi, la Cour de cassation, dans un arrêt en date du 3 avril 2007, a pu considérer qu'un arrêté de l'autorité administrative qui énonçait seulement que la patiente « *présent[ait] des signes évidents de troubles du comportement* » et que « *son état [était] de nature à compromettre l'ordre public, et que de notoriété publique, cette personne présent[ait] un danger imminent pour elle-même* », se prononçait par des formules générales, insusceptibles de permettre la vérification de l'état mental de l'intéressée, ni la réalité d'un danger pour l'ordre public et la sécurité des personnes.

Dès lors, le contrôle de la régularité des décisions administratives et de leur mise en œuvre pose de délicates questions, dans un contexte où les points de repères sont insuffisants.

C'est ainsi que les débats parlementaires mettent en exergue la volonté du législateur de rendre effectifs les droits des personnes hospitalisées en psychiatrie sans leur consentement. Certains parlementaires souhaitent, cependant, limiter la sanction de l'atteinte aux droits en qualifiant cette dernière de « grave », afin d'éviter les mainlevées pour vice de forme, bien que la majorité ait estimé qu'une irrégularité portant atteinte aux droits devait donner lieu à mainlevée.

Le contenu de l'article L. 3216-1 du code de la santé publique mérite sur ce point d'être rappelé. Selon ce texte, « *la régularité des décisions administratives prises en application des chapitres II à IV du présent titre ne peut être contestée que devant le juge judiciaire.*

Le juge des libertés et de la détention connaît des contestations mentionnées au premier alinéa du présent article dans le cadre des instances introduites en application des articles L. 3211-12 et L. 3211-12-1. Dans ce cas, l'irrégularité affectant une décision administrative mentionnée au premier alinéa du présent article n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en fait l'objet.

Lorsque le tribunal de grande instance statue sur les demandes en réparation des conséquences dommageables résultant pour l'intéressé des décisions administratives mentionnées au premier alinéa, il peut, à cette fin, connaître des irrégularités dont ces dernières sont entachées ».

A noter

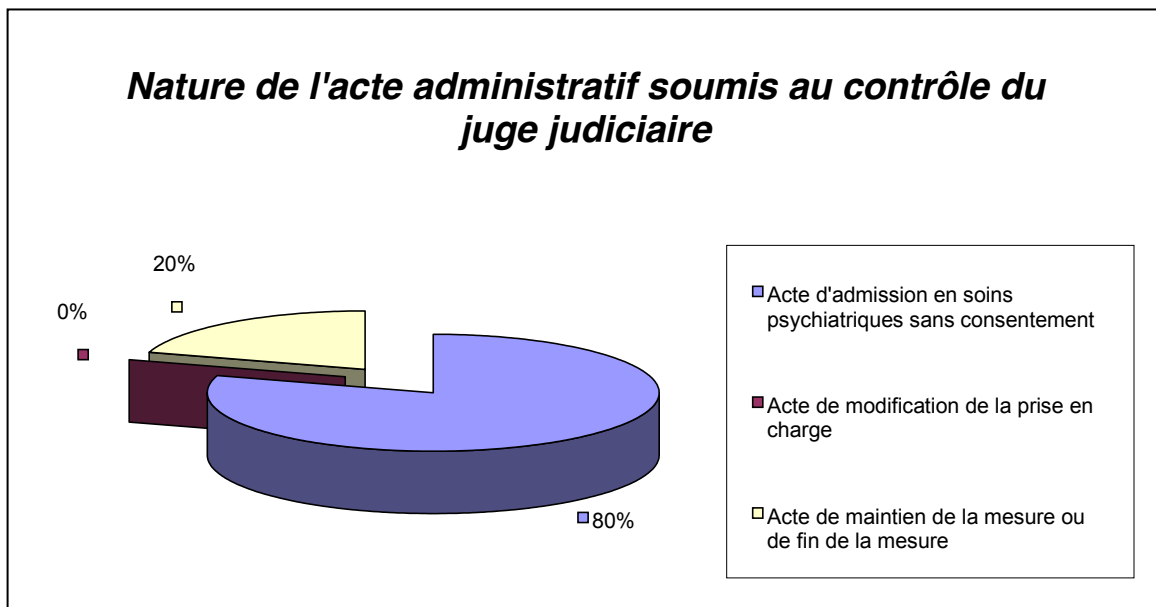
Le juge judiciaire exerce désormais un contrôle sur le bien-fondé et depuis le 1^{er} janvier 2013 un contrôle de la régularité des actes administratifs en lien avec les soins sans consentement.

Le **contrôle de régularité** recouvre le contrôle de *légalité externe* du droit administratif, lequel sanctionne principalement l'incompétence de l'auteur de l'acte, un vice de procédure ou un vice de forme.

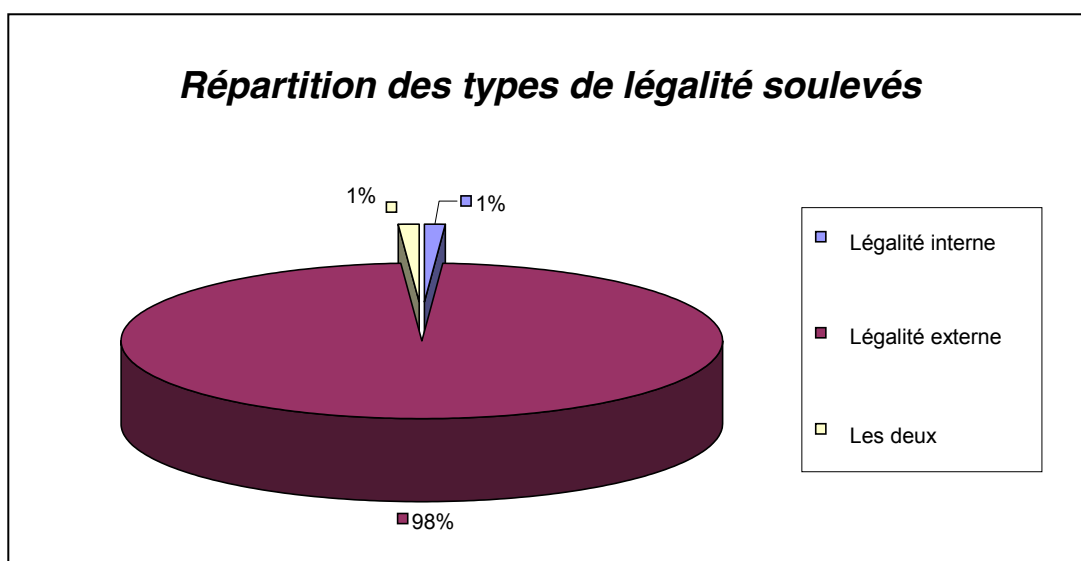
Le **contrôle du bien-fondé** recouvre une partie de la *légalité interne* du contrôle administratif, tout en le dépassant, en ce qu'il conduit le juge judiciaire à rechercher que l'hospitalisation est légalement justifiée sous l'angle de la privation de liberté.

4.3.1. Contrôle de régularité des actes administratifs par le juge judiciaire : données générales

Il résulte des arrêts analysés que dans 80 % des cas, c'est la régularité de l'acte *d'admission* en soins psychiatrique sans consentement qui est contestée et dans 20 % celle de l'acte de *modification* de la prise en charge (cf. graphique ci-dessous).



Dans les cas où la notion de « légalité » est soulevée, le juge d'appel est saisi dans 98 % des cas de griefs portant sur la légalité externe de l'acte admission, contre 1 % concernant la légalité interne et 1 % les deux (cf. graphique ci-dessous).

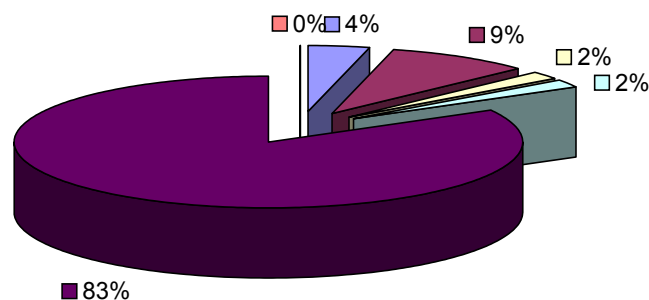


Dans les cas où la notion de « légalité » est soulevée, le juge d'appel se déclare compétent pour contrôler la légalité externe de l'acte administratif soumis à son contrôle dans 83 % des cas étudiés, tandis que dans 2 % des cas, il se déclare incompétent pour exercer un contrôle sur la légalité interne de l'acte (cf. graphique ci-dessous).

Illustration de motivation

« Le contrôle de la régularité de la décision administrative donné au juge judiciaire en application de l'article L. 3216-1 du code de la santé publique, ne concerne que la légalité externe de l'acte et ne porte pas sur la régularité de sa notification ni sur le délai dans lequel celle-ci est intervenue qui constitue un événement postérieur à l'acte insusceptible de la remettre en cause dans le cadre de la présente procédure ».

Compétence du juge judiciaire pour contrôler la légalité des actes administratifs



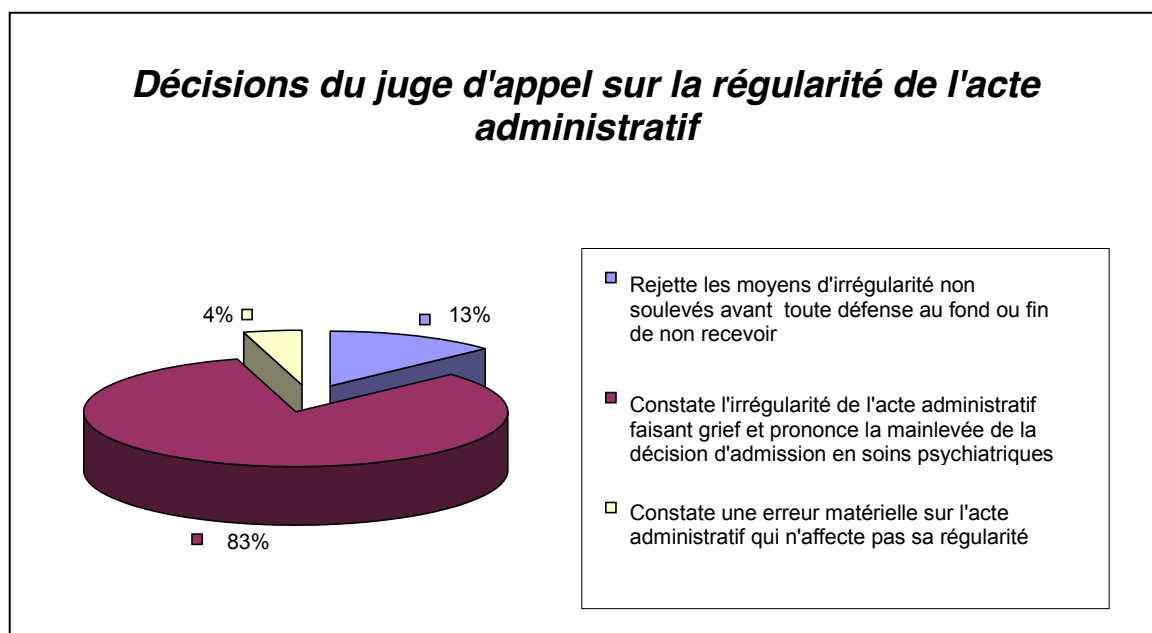
- Se déclare incompétent pour contrôler les actes administratifs autres que ceux d'admission en soins psychiatriques, de maintien ou de fin de la mesure et de modification de la prise en charge
- Se déclare incompétent pour contrôler la régularité des actes administratifs avant le 01/01/2013 (saisine antérieure du juge administratif ou délai de saisine expiré)
- Se déclare incompétent pour contrôler la légalité externe
- Se déclare incompétent pour contrôler la légalité interne
- Se déclare compétent pour contrôler la légalité externe de l'acte administratif
- Se déclare compétent pour contrôler la légalité interne de l'acte administratif

Il convient de noter que dans 9 % des cas étudiés, le juge d'appel s'est déclaré incompétent pour contrôler la régularité des actes administratifs pris avant le 1^{er} janvier 2013 (saisine antérieure du juge administratif ou délai de saisine expiré) (cf. graphique ci-dessus).

Illustration de motivation

« L'unification du contentieux des soins psychiatriques au profit du juge judiciaire ne saurait avoir pour effet de permettre aux personnes concernées de contester utilement devant lui la légalité de décisions rendues antérieurement au 1^{er} janvier 2013 lorsqu'il est établi qu'elles en ont eu connaissance à une date où elles pouvaient exercer leur recours devant la juridiction administrative alors compétente et que le délai pour agir devant cette juridiction a expiré avant le transfert de compétence. »

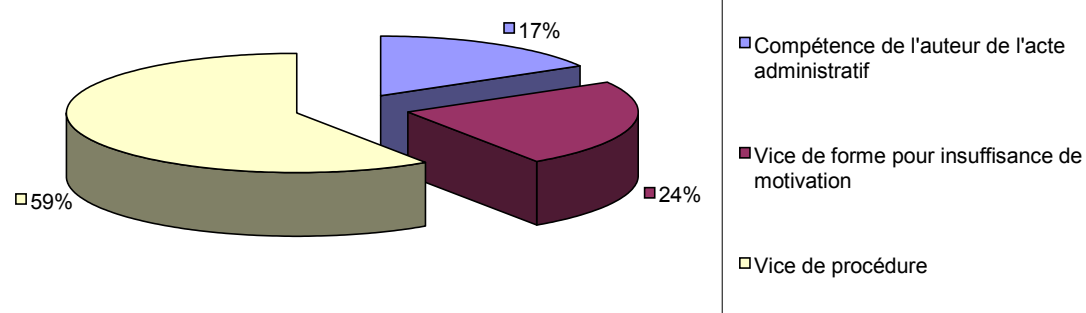
Dans 83 % des cas où l'irrégularité de l'acte administratif est soulevée, le juge d'appel fait droit à cette demande et prononce la mainlevée de la décision d'admission en soins psychiatriques, tandis que dans 13 % des cas, il rejette les moyens d'irrégularité non-soulevés avant toute défense au fond ou fin de non-recevoir, et dans 4 % des cas il constate une erreur matérielle sur l'acte administratif qui n'affecte pas sa régularité (cf. graphique ci-dessous).



4.3.2. Contrôle de régularité des actes administratifs par le juge judiciaire : données détaillées

Dans les cas où la notion de « légalité » est soulevée, l'analyse détaillée des arrêts étudiés révèle l'existence d'une répartition inégale des griefs soulevés à l'encontre des actes administratifs. Ainsi, s'agissant du contrôle de « légalité externe », 59 % des griefs sont relatifs à l'existence d'un vice de procédure, 24 % à un vice de forme et 17 % à l'incompétence de l'auteur de l'acte administratif (cf. graphique ci-dessous).

Moyens de contestations soulevés sur la légalité externe de l'acte administratif



Le détail des moyens soulevés sur la « légalité externe » des actes administratifs se répartit comme suit :

Détails des moyens soulevés sur la légalité externe des actes administratifs	
Non-respect du contradictoire - Notification des droits	28 %
Insuffisance de motivation	13 %
Compétence de l'auteur de l'acte	11 %
Défaut de respect du contradictoire	11 %
Absence de motivation de la décision d'admission	11 %
Vérification des deux certificats médicaux circonstanciés	7 %
Absence de respect des délais (L. 3213-4 CSP)	4 %
Compétence matérielle	3 %
Compétence de l'auteur de la saisine obligatoire du JLD	2 %
Autres vices de procédure	2 %
Auteur du certificat psychiatrique / médical (L. 3212-1 CSP)	2 %
Qualité du tiers ayant saisi le représentant de l'Etat aux fins d'hospitalisation	2 %
Compétence territoriale	1 %
Soutien du caractère faux des certificats par le demandeur	1 %
Irrégularité dans la notification (voies de recours erronées)	1 %
Certificats établis par le même médecin en l'absence d'urgence	1 %

Plus généralement, les moyens de contestations soulevés sur la régularité des actes administratifs se répartissent ainsi :

<i>Moyens de contestations soulevés sur la régularité des actes administratifs</i>	
Information du patient sur sa situation, le contenu de la mesure et le maintien de la mesure	32 %
Qualité du psychiatre participant (ayant eu affaire au patient concerné au cours de son hospitalisation)	14 %
Régularité des conditions d'admission (L. 3212-1 et s. CSP)	11 %
Régularité des conditions du maintien dans les 24h de l'admission	11 %
Régularité des conditions du maintien dans les 72h de l'admission	8 %
Motivation de l'avis conjoint (L. 3211-12) ou avis du collègue (L. 3211-9)	8 %
Régularité des conditions du maintien après le 5 ^{ème} et au plus tard le 8 ^{ème} jour suivant l'admission (L. 3212-7 CSP)	6 %
Qualité du psychiatre auteur de l'avis conjoint ne prenant pas en charge l'intéressé	5 %
Respect du contradictoire (défaut d'audition du patient/fugue/refus de comparaître)	3 %
Qualité du psychiatre participant (chef de file/responsable à titre principal)	2 %
Régularité de la mise en œuvre des droits de la personne placée en soins (L. 3211 et s. CSP)	< 1 %

➤ **Précisions sur l'information du patient et le recueil de ses observations**

Les dispositions de l'article L. 3211-3 du code de la santé publique précisent qu'avant chaque décision prononçant le maintien des soins sans consentement, la personne concernée 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 de manière appropriée à cet état.

De même, elle doit être informée, de façon adaptée, de chaque décision, des raisons qui les motivent, de sa situation juridique, de ses droits et de ses voies de recours. L'article ajoute que l'avis de la personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

De nombreux arrêts sanctionnent ainsi le défaut de notification de la décision et d'information du patient sur les voies de recours, non justifié par l'état mental de ce dernier (11 % des cas étudiés).

En effet, l'absence de notification prive la personne hospitalisée de la possibilité de connaître les motifs de l'atteinte portée à sa liberté d'aller et de venir et à son droit fondamental de libre consentement aux soins et justifie donc la mainlevée de la mesure. Le

changement est d'importance par rapport à la jurisprudence administrative antérieure qui, se plaçant à la date de la décision, considérait que le défaut de notification se rapportait à l'exécution de celle-ci et se trouvait donc sans incidence sur sa légalité.

Mais la procédure contradictoire préalable, s'agissant des décisions de maintien des soins et non des décisions initiales d'admission, comprend également le recueil des observations du patient sur la mesure envisagée. Comme la doctrine l'a bien perçu, il s'agit d'organiser l'expression de la volonté de la personne et l'exercice des droits de la défense, et non d'obliger le médecin à respecter cette dernière. Reste que la violation du principe du contradictoire est sanctionnée par le juge, la simple mention « *après avoir entendu les observations du patient* » figurant sur le certificat médical ne pouvant être tenue pour suffisante.

Illustration de motivation

Pour admettre le respect du principe du contradictoire : « *Les dispositions susvisées de l'article L. 3211-3 alinéa 3 du Code de la santé publique imposent une information du patient de la décision prise la plus rapide possible et appropriée à son état de sorte que le législateur n'a prévu aucun formalisme s'y rattachant et notamment pas l'apposition de la signature du patient.*

La décision du 8 janvier 2013 comme le certificat médical mensuel établi par le docteur X... le 4 janvier 2013 mentionnent que la patiente a été informée de manière adaptée à son état des projets de décision et qu'elle a été mise à même de faire valoir ses observations par tout moyen adapté et de manière appropriée à son état et l'absence de signature ou d'observations écrites de la patiente n'est pas de nature à établir que le principe du contradictoire n'a pas été respecté ».

Conformément à la jurisprudence selon laquelle celui qui est légalement tenu d'une obligation particulière d'information doit rapporter la preuve de l'exécution de celle-ci, il revient au médecin de prouver que les dispositions ont été respectées, sans pouvoir se contenter d'une formule type.

En revanche, les observations en question n'ont pas nécessairement à être exprimées par écrit. De plus, cette obligation ne dispense pas le praticien de son devoir général d'information sur les traitements et leurs effets en application de l'article L. 1111-2 du code de la santé publique.

De même, certains magistrats exigent de l'autorité qui a pris la décision d'hospitalisation sous contrainte de rapporter la preuve de la notification des droits.

Illustration de motivation

« Attendu que Monsieur X... soutient que la procédure est irrégulière en ce que les droits prévus par les dispositions de l'article L. 3211- 3 ne lui ont pas été notifiés ;

Attendu que l'effectivité de ces droits exige qu'il soit démontré par l'autorité qui prend la décision d'hospitalisation sous contrainte, en l'espèce l'autorité préfectorale, que la personne placée dans cette situation s'est vue notifier ces droits dans leur intégralité ;

Que la notification de ces droits constitue une formalité substantielle au sens des dispositions de l'article 114 du code de procédure civile ;

Attendu qu'il y a lieu de constater que les arrêtés des 15 et 18 juin 2013 ne reprennent pas le texte de l'article L. 3211-3 du Code de la Santé Publique ;

Attendu que ni la mention dans le dispositif des arrêtés de ce que la personne faisant l'objet d'une hospitalisation peut former un recours à l'encontre de ces décisions et qu'elle peut par ailleurs saisir la commission département des soins psychiatriques, ni le fait que la personne hospitalisée a exercé certains des droits prévus par l'article L 3211-3 du code de la santé publique, ne permettent, à défaut d'autre élément, de considérer que celle- ci a bénéficié d'une information complète sur les droits qu'elle tient des dispositions de ce texte ;

Attendu qu'il y a donc lieu de considérer que Monsieur X... n'a pas été régulièrement informé des droits dont il dispose aux termes des dispositions susvisées ; qu'il y a donc lieu de constater que les arrêtés des 15 et 18 juin 2013 sont frappés de nullité, de constater l'irrégularité de la procédure issue de ces décisions, et en conséquence d'ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation ordonnée à l'encontre de Monsieur X... ».

➤ **Précisions sur la compétence de l'auteur de la décision d'admission en soins psychiatriques**

Conformément à l'article 4 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000, les décisions administratives doivent comporter, outre la signature de son auteur, la mention, en caractères lisibles, du prénom, du nom et de la qualité de celui-ci. Ainsi, les juges ne manquent pas de prononcer la mainlevée en cas de décision revêtue d'une signature illisible ne permettant pas de connaître ou d'identifier l'auteur, ou encore d'absence d'indication du nom, du prénom ou de la qualité du signataire.

Cette exigence n'est pas que de pure forme. Elle constitue, en effet, la condition indispensable pour apprécier la compétence de l'auteur de la décision qui doit nécessairement disposer d'une délégation de signature pour agir. La formalisation des décisions d'hospitalisation à la demande d'un tiers étant récente, les délégations en vigueur au sein des établissements de santé n'ont pas toujours intégré cet aspect, certaines se limitant toujours aux bulletins d'entrée, qui sont des documents de nature différente.

De même, en cas de décision prise par l'administrateur de garde de l'hôpital, une délégation de signature doit être produite. En règle générale, l'absence de communication d'un tel document au juge entraîne la mainlevée de la mesure.

Enfin, il convient de s'assurer non seulement que la délégation existe mais qu'elle a été publiée, conformément aux dispositions de l'article D. 6143-35 du code de la santé publique pour les établissements publics de santé. La cour d'appel de Douai a ainsi jugé que, faute de pouvoir consulter le document par voie d'affichage dans les locaux de l'hôpital, une patiente n'avait pas été mise 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.

L'analyse des arrêts étudiés révèle ainsi que la compétence de l'auteur de l'acte administratif d'admission en soins est contestée dans 11 % des cas, tandis que la qualité de l'auteur des certificats psychiatriques et notamment la qualité du psychiatre est contestée dans 21 % des situations (dans le détail : auteur de l'avis commun : 5 % ; participant au sens large à la prise en charge du patient : 14 % ; psychiatre responsable à titre principal : 2 %) (cf. tableaux ci-dessus).

➤ **Précisions sur la motivation des actes administratifs d'admission en soins psychiatriques**

Toute mesure de soins sans consentement doit nécessairement être formalisée et motivée.

La motivation des actes administratifs est contestée dans 24 % des cas étudiés (dans le détail : insuffisance de motivation : 13 % ; absence de motivation de la décision d'admission : 11 %) (cf. tableaux précédents).

Le code de la santé publique pose des exigences spécifiques s'agissant des arrêtés préfectoraux d'admission en soins à la demande du représentant de l'État, lesquels doivent être motivés et énoncer avec précision les circonstances qui ont rendu l'admission en soins nécessaire. De ce point de vue, la jurisprudence administrative antérieure a été reprise à son compte par le juge judiciaire. Ainsi, si la motivation par référence au certificat médical établi avant la décision préfectorale est admise, c'est à la condition que celle-ci s'en approprie le contenu et que le certificat en question soit joint à la décision.

Dès lors, il convient de ne pas se contenter de viser ledit certificat sans l'annexer, ni s'en approprier les termes dans l'arrêté.

Si aucune exigence de motivation spécifique n'est prévue pour les décisions d'admission en soins à la demande d'un tiers, celles-ci doivent néanmoins répondre à l'exigence générale de motivation inhérente à tous les actes administratifs en application des dispositions des articles 1 et 3 de la loi n° 79-587 du 11 juillet 1979. Par conséquent, là aussi, il est nécessaire que le directeur s'approprie le contenu du certificat et le joigne à la décision.

On peut toutefois se demander si l'habitude prise d'inclure une formule stéréotypée telle que « *vu le certificat médical établi par le docteur X... dont je m'approprie le contenu* », sans reprendre une description *a minima* de l'état de santé du patient indépendamment de tout diagnostic clinique, sera longtemps considérée comme suffisante par les juges.

Ainsi l'exigence de motivation, déjà valable pour les soins psychiatriques à la demande du représentant de l'État, s'applique désormais aussi aux décisions d'admission en soins psychiatriques prise à la demande d'un tiers par le directeur de l'établissement qui, antérieurement à la réforme de 2011, n'avaient pas obligation d'être écrites et pour lesquelles seul un bulletin d'entrée était le plus souvent produit.

Illustration de motivation

« Selon l'article 1er de la 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, 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.

Aux termes de son article 3, la motivation exigée par la présente loi doit être écrite et comporter l'énoncé des considérations de droit et de fait qui constituent le fondement de la décision.

La décision d'admission en soins psychiatriques écrite, que prononce le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du code de la santé publique quand les conditions prévues à l'article L. 3212-1 I du code de la santé publique sont réunies et qu'il est saisi à la demande d'un tiers ou en cas de péril imminent, restreignant la liberté de la personne qui en fait l'objet, elle entre dans le champ d'application de la loi susvisée.

En l'espèce, la décision d'admission non datée du directeur du centre hospitalier X..., à effet du 13 mai 2013, se borne à viser l'article L. 3212-3 du code de la santé publique, la demande du tiers, le certificat médical du docteur Y... du 13 mai 2013, et déduit de ces éléments que « les troubles mentaux de Mme Z... nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète et rendent nécessaire son admission en soins psychiatriques en urgence ».

Faute de reprendre les termes de ce certificat dont elle ne s'approprie pas le contenu et qui n'y est pas annexé, cette décision, qui n'énonce aucune considération de fait permettant de caractériser l'existence de troubles mentaux rendant impossible le consentement de l'intéressée aux soins exigés par son état, ne permet pas d'en connaître les motifs à sa seule lecture, de sorte qu'elle ne répond pas à l'exigence de motivation imposée par la loi susvisée. L'annexion du certificat médical à la requête saisissant le juge des libertés et de la détention ne saurait couvrir l'irrégularité dont se trouve dès lors entaché cet acte ; en effet, sa régularité doit s'apprécier au jour de son édicton.

Selon l'article L. 3216-1 du code de la santé publique, l'irrégularité affectant une décision administrative prise en application des chapitres II à IV du présent titre n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet.

L'irrégularité résultant d'un manquement à l'exigence de motivation d'une décision d'hospitalisation restrictive de la liberté individuelle, constitutive d'une garantie fondamentale pour la personne concernée, qui prive cette mesure de fondement légal, porte nécessairement atteinte à ses droits, quel que soit le bien-fondé de la mesure.

Il convient dès lors, sans qu'il y ait lieu de statuer sur les autres moyens de nullité, d'ordonner la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète dont fait l'objet Mme X... ».

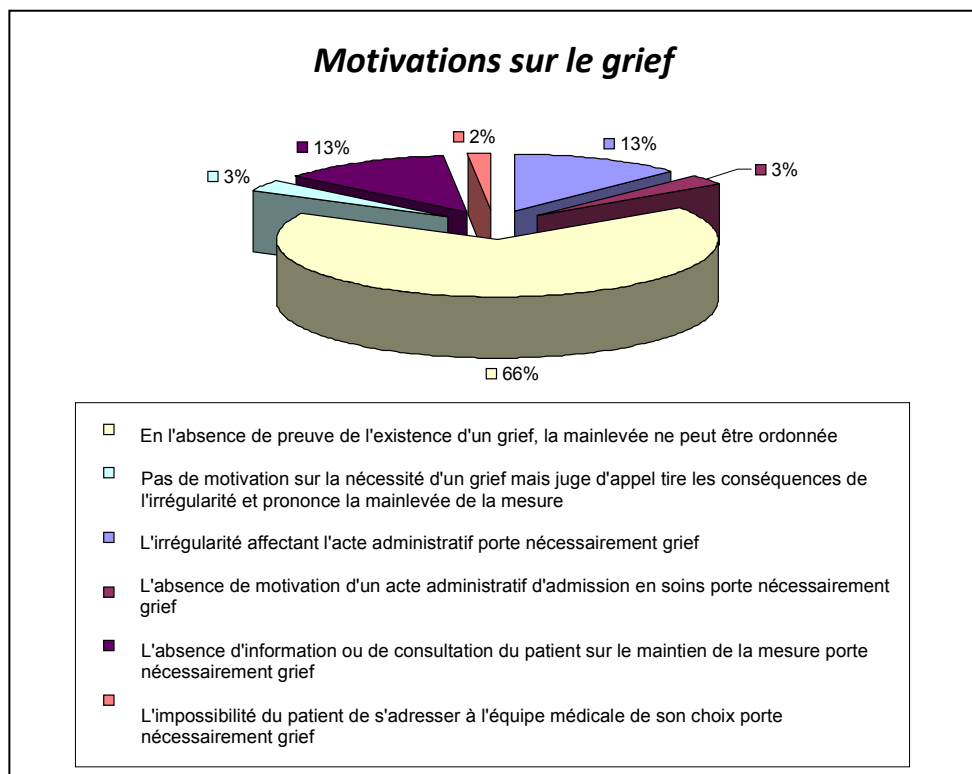
4.3.3. Appréciation de l'atteinte aux droits de la personne hospitalisée

L'article L. 3216-1 du code de la santé publique précise que l'irrégularité affectant une décision administrative n'entraîne la mainlevée de la mesure que s'il en est résulté une atteinte aux droits de la personne qui en faisait l'objet. Celle-ci n'est cependant pas qualifiée, de sorte que le juge peut considérer que les irrégularités affectant la compétence du signataire de la mesure, la motivation de la décision ou encore l'information du patient et le recueil préalable de ses observations portent atteinte aux droits fondamentaux de l'intéressé et justifient la mainlevée.

Le législateur laisse à la jurisprudence le soin de préciser les contours de l'atteinte aux droits. On constate ainsi un certain éclatement de la jurisprudence des cours d'appel sur ce point.

Dans 66 % des cas où l'irrégularité de l'acte administratif est soulevée, les juges d'appel ont considéré qu'en l'absence de preuve de l'existence d'un grief, la mainlevée de la mesure ne peut être ordonnée. A l'inverse, 13 % de décisions ont estimé de façon générale que la seule irrégularité affectant l'acte administratif fait *nécessairement* grief, de sorte que la mainlevée doit être prononcée. Enfin, 2 % des juges d'appel ont prononcé la mainlevée à raison de l'irrégularité constatée de l'acte, sans motiver pour autant leur décision quant à l'exigence d'un grief (cf. graphique ci-dessous).

Parmi les 19 % de décisions restantes, admettant toutes la mainlevée à raison d'un grief, 13 % visent l'absence d'information ou de consultation du patient sur le maintien de la mesure, 3 % sanctionnent l'absence de motivation de l'acte administratif en cause et 2 % visent l'impossibilité pour le patient de s'adresser à l'équipe médicale de son choix.



➤ **Précisions sur la motivation des décisions des directeurs d'hôpitaux**

La motivation des décisions des directeurs d'hôpitaux (admission à la demande d'un tiers ou en état de péril imminent) a d'emblée divisé la jurisprudence.

Deux axes d'appréciation se dégagent des premières séries de décisions : l'appréciation centrée sur l'acte administratif seul et l'appréciation centrée sur l'état du patient. Pour les uns, le manquement à l'obligation de motivation, constitutive d'une garantie fondamentale, prive la mesure de fondement légal et porte nécessairement atteinte aux droits de la personne concernée.

Illustration de motivation

« La décision de maintien mentionne les certificats médicaux confirmant la nécessité du maintien des soins psychiatriques sans consentement sans en indiquer ni la date ni l'auteur de sorte qu'il est impossible de vérifier que les certificats joints sont bien ceux mentionnés dans la décision qui de ce fait apparaît non motivée.

Les irrégularités ainsi constatées ont porté atteinte aux droits de M. X... dans la mesure où s'il résulte du certificat initial établi par le docteur C... le 17 janvier 2013 et visé précisément dans la décision d'admission que le patient a été informé lors de son admission de la nécessité de son hospitalisation à laquelle il donne son accord, la décision de maintien qui mentionne que : 'le patient a pu formuler des observations, sauf impossibilités mentionnées par le certificat médical', ne permet pas en l'absence d'identification possible de celui-ci de vérifier que M. X... a bien été informé du maintien de la mesure ou que son état ne lui permettait pas d'en prendre connaissance.

Il convient en conséquence au vu de l'ensemble de ces éléments d'infirmier la décision déferée et d'ordonner la main levée de la mesure de soins sous contrainte de M. X... sous la forme d'une hospitalisation complète ».

Dans le même sens concernant l'auteur des certificats médicaux, le juge d'appel a retenu qu' : « en méconnaissance des dispositions de l'article L. 3212-3 de ce code, les certificats médicaux des vingt-quatre et soixante-douze heures ont été établis par le même psychiatre, le docteur X..., et non par deux psychiatres distincts.

Le non-respect de cette exigence légale, protectrice du patient hospitalisé sur la base d'un seul certificat médical, destinée à permettre un regard croisé sur son état mental et la nécessité de poursuivre les soins, portant nécessairement atteinte à ses droits et à sa liberté, la procédure s'en trouve viciée. Par suite, la poursuite de la mesure d'hospitalisation complète ne peut être ordonnée.

Il convient dès lors d'infirmier l'ordonnance et de donner mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète dont fait l'objet M. Y... »

Pour les autres, la situation clinique prime, avec le constat de l'incapacité de recevoir et de comprendre une information qui serait remise sans aucune explication appropriée à l'état du patient (CA Paris, 21 janvier 2013).

Le juge d'appel se trouve dans la situation paradoxale de devoir apprécier l'atteinte aux droits de personnes qui ne sont pas en mesure, pour nombre d'entre elles, de les comprendre et de les exercer.

Certains juges d'appel considèrent que l'absence de motivation de la décision d'admission en soins psychiatriques en hospitalisation complète sans consentement ne porte pas atteinte aux droits de la personne dès lors qu'elle n'est pas en mesure de comprendre et que c'est dans son intérêt que la mesure a été prise en raison d'un risque de mise en danger pour elle-même et autrui.

Illustration de motivation

« En l'espèce, la décision d'admission de Mme X... en soins psychiatriques à la demande d'un tiers prononcée le 31 décembre 2012 par la délégataire de la directrice de l'hôpital Y... mentionne que cette admission intervient à la demande d'un tiers et vise expressément non pas le certificat du docteur Z... en date du 31 décembre 2012 comme mentionné par erreur dans sa décision par le juge des libertés et de la détention, le docteur Z... ayant établi le certificat de 72 heures à l'appui de la décision de maintien de la mesure, mais ceux des docteurs N... et M... dont il n'est pas établi qu'ils ne figurent pas au dossier de l'intéressée transmis au juge des libertés et de la détention.

Cependant et contrairement à ce qu'a indiqué par erreur le juge des libertés et de la détention cette décision ne contient aucune formule d'appropriation des termes des deux certificats médicaux de sorte que leur seul visa ne permet pas de considérer qu'il existe une motivation de cette décision sans qu'il soit nécessaire de s'interroger plus avant sur les conséquences de l'absence d'annexion des dits certificats ;

Il apparaît cependant qu'il n'est résulté de cette irrégularité aucune atteinte aux droits de la personne hospitalisée dès lors qu'elle n'était pas en état de comprendre les termes des certificats médicaux et que c'est dans son intérêt que la mesure a été prise en raison d'un risque de mise en danger pour elle-même et autrui. »

Quelle que soit la qualité de l'information ou de la motivation des décisions, la garantie de l'effectivité des droits d'une personne qui n'est pas en capacité de les comprendre et de les exercer est finalement assurée par le contrôle de plein droit.

En outre, il convient de souligner que ces griefs restent rarement soulevés par le patient ou son conseil et ne sont pas soulevés d'office par le juge qui a la possibilité de le faire en les portant au débat contradictoire.

4.4. Bilan de l'étude sur le bien-fondé de la mesure de placement en soins psychiatriques sans consentement

Les statistiques soulignent que les confirmations de mesures d'hospitalisation sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète constituent la très grande majorité des décisions du juge d'appel, à hauteur de 85 % des cas étudiés (*cf. supra*, n° 4.2.3.).

Faut-il pour autant assimiler l'audience devant le juge d'appel à un simple enregistrement des certificats médicaux ?

Autrement dit, le juge d'appel doit-il se contenter d'une « adoption de motifs », demander la transmission des documents manquants ou seulement en prendre acte et en tirer toutes les conséquences légales ?

En vérité, le contrôle au fond doit permettre au juge d'appel d'apprécier le bien-fondé de la mesure d'hospitalisation, tant au regard des *exigences légales* gouvernant la matière que des *restrictions portées à l'exercice des libertés individuelles*.

➤ **Précisions sur les exigences légales : la nécessité d'un certificat médical circonstancié**

Pour rendre sa décision, le juge d'appel se fonde principalement sur les motifs et circonstances figurant dans les certificats médicaux, qui doivent être suffisamment détaillés pour lui permettre d'assurer son contrôle.

La jurisprudence européenne exige en effet que la maladie mentale soit indiscutable, ce qui ne va pas de soi, s'agissant notamment d'une première hospitalisation. Les psychiatres rappellent d'ailleurs la difficulté à poser un diagnostic dans un bref délai.

Le code de la santé publique précise ainsi le contenu des certificats médicaux :

- L. 3212-1 « *le premier certificat médical constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins* » ;
- L. 3212-3 « *en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade* », un seul certificat médical est exigé ;
- L. 3213-1 un certificat médical circonstancié.

La plupart du temps, les certificats contiennent une description des troubles du comportement, un état clinique, mais désignent plus rarement la maladie.

La loi exige néanmoins que ces certificats soient « **circonstanciés** ».

Ils doivent comporter des éléments permettant d'étayer l'existence d'une incapacité à consentir aux soins et de risques d'atteinte à la sécurité des personnes ou, de façon grave, à l'ordre public.

Dans le cas contraire la mainlevée est ordonnée.

La mainlevée de la mesure est ainsi acquise lorsque les certificats sont insuffisamment circonstanciés (1 % des motifs de mainlevée), particulièrement laconiques ou encore ne mettent pas en évidence une maladie ou un trouble mental rendant impossible le consentement de l'intéressé (10 % des motifs de mainlevée) (cf. tableau ci-dessous).

Dans le même sens, lorsque la mesure est prononcée en application d'une procédure d'hospitalisation sans consentement par le représentant de l'État, le caractère attentatoire à la liberté individuelle justifie une vérification scrupuleuse par le juge d'appel du respect des exigences légales permettant le prononcé de la mesure d'hospitalisation sous contrainte.

Ainsi, la mainlevée est ordonnée en l'absence de preuve de l'état dangereux du patient pour lui-même et/ou pour autrui dans 6 % des motifs de mainlevée (cf. tableau ci-dessous).

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

➤ **Précisions sur l'appréciation des atteintes portées aux libertés**

Conformément à la jurisprudence constitutionnelle, reprise à l'article L. 3211-3 du code de la santé publique, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à l'état mental du patient et à la mise en œuvre du traitement requis.

Illustration de motivation.

Il ressort des arrêts analysés que les juges d'appel motivent comme suit le maintien de la mesure : « Il résulte de ces éléments médicaux précis et circonstanciés une persistance des troubles nécessitant des soins et compromettant la sûreté des personnes, qui justifient la poursuite de l'hospitalisation complète, sans que leur durée puisse être jugée excessive dès lors que la mesure s'avère adaptée, nécessaire et proportionnée à l'état du patient et à la mise en œuvre du traitement requis ».

Ce contrôle doit s'opérer tant lors du placement initial qu'en cas de réitération du placement.

C'est ainsi que dans 14 % des cas ayant donné lieu à mainlevée, la disparition de la proportionnalité ou de l'adaptation de la mesure à la situation du patient étaient en cause (cf. tableau ci-dessus). Dans ces situations, le juge d'appel a cherché à savoir si une mesure moins privative de liberté que l'hospitalisation complète était envisageable.

La mainlevée peut encore être ordonnée compte tenu de l'adhésion aux soins et/ou de l'amélioration de l'état de santé du patient (17 % des motifs de mainlevée).

Enfin, 5 % des motifs de mainlevée concernent des hypothèses où, en dépit du certificat médical concluant au maintien de la mesure, la mainlevée a été ordonnée.

Illustrations de motivations

On retiendra la motivation d'un juge d'appel de prononcer la mainlevée de l'hospitalisation complète quelles que soient les conclusions du rapport d'expertise et eu égard à l'audition du patient à l'audience.

« L'expert, qui a procédé à l'examen de l'intéressé le 6 mars 2013 a, suivant rapport du 7 mars 2013 transmis au greffe par courrier électronique à 9 h 17, conclut en ces termes :

* M. X... est atteint à son admission dans le service d'un trouble mixte ; cet état associé à la fois des éléments d'excitation de type maniaque et des éléments de type dépressif.

– l'exaltation se traduisait par une désinhibition, une accélération de la pensée, donnant de nombreux projets ;

– les états dépressifs par ce ralentissement, des ruptures avec une tonalité négative de lui-même.

Cet état mixte s'accompagnait d'alcoolisations progressivement ascendantes ces derniers temps.

* La tonalité de l'exaltation de l'humeur et euphorique de son état l'amène à ne pas pouvoir prendre conscience de son trouble. Il se sent parfaitement bien et ne peut en admettre le caractère pathologique. De fait, il n'adhère aucunement aux soins.

* Son état mental impose des soins en milieu spécialisé de façon continue. Il est susceptible de périodes d'accélération de la pensée, de désinhibition avec des troubles du comportement pouvant se traduire par des passages à l'acte hétéro-agressifs. De même ces fluctuations de l'humeur peuvent s'associer à des passages à l'acte auto-agressif.

De ce fait, son maintien en établissement régi par la loi, article L. 3222-1 du code de la santé publique, en hospitalisation de façon complète est justifié.

Le certificat de situation du 6 mars 2013 transmis par l'hôpital, établi le jour même de l'examen par l'expert, note pour sa part que la note hypomaniaque est toujours présente, qu'il reste toujours dans la rationalisation de ses troubles, des moments d'angoisse sous-tendus par un affect triste, mention apparemment en contradiction avec l'humeur relevée par l'expert.

Si ce dernier conclut que M. X... n'adhère aucunement aux soins et que le maintien en hospitalisation complète est justifié, l'intéressé a cependant réitéré à l'audience la volonté apparemment authentique déjà exprimée lors de l'audience du 25 février 2013 de poursuivre les soins hors de l'hôpital afin notamment de reprendre son activité professionnelle, décrite avec cohérence et précision, manifestement très importante pour lui.

Par ailleurs, même si le certificat de situation du 6 mars 2013 conclut également à la poursuite de la mesure d'hospitalisation complète, l'information y figurant selon laquelle les permissions accompagnées se sont bien passées et un programme en soins ambulatoire serait possible dans les prochains jours afin d'éviter un retour brutal à la réalité, implique, au regard des observations figurant dans le certificat médical du 20 février 2013 joint à la demande d'appel suspensif, dont le contenu a été rappelé dans l'ordonnance du 25 février 2013, que M. X... a, à tout le moins, manifesté, au sein de l'établissement, une ébauche de critique et de compliance authentique aux soins, au traitement et à l'origine de ses troubles.

Au surplus, la famille de l'intéressé, qui a pris les mesures nécessaires pour rendre son logement à nouveau habitable, est présente pour l'accompagner dans sa sortie.

Il apparaît ainsi que la poursuite de la mesure d'hospitalisation complète ne se justifie plus, quelles que soient les conclusions du rapport d'expertise qui ne sauraient dès lors être entérinées. Il convient donc de confirmer l'ordonnance du juge des libertés et de la détention du 20 février 2013 en ce qu'elle a ordonné la mainlevée de la mesure d'hospitalisation complète dont fait l'objet M. X..., prenant effet dans un délai maximal de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi en application de l'article L. 3211-2-1 du code de la santé publique, l'application de cet article, au demeurant non critiquée, étant justifiée au regard des éléments du dossier. »

Dans le même sens, un juge d'appel a décidé de la mainlevée de la mesure d'hospitalisation malgré différents certificats concluant à son maintien, après audition du patient à l'audience et en l'absence de certificat médicaux récents :

« Ces différents certificats concluaient à la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sans le consentement de M. X... sous la forme de l'hospitalisation complète.

L'avis conjoint annexé à la requête du directeur de l'établissement de soins saisissant le juge des libertés et de la détention ainsi que prévu à l'article L. 3211-12-1, II, alinéa 1^{er}, du Code de la santé publique, rendu le 8 avril 2013 par deux psychiatres de l'établissement, dont un seul participe à la prise en charge de l'intéressé, confirmait ces observations et la nécessité du maintien de l'hospitalisation complète pour surveillance et ajustement du traitement.

Il ressort de l'audition de M. X... à l'audience que celui-ci reconnaît la pathologie dont il est atteint et dit regretter le fait à l'origine de son hospitalisation, qui lui avait causé des blessures physiques, qu'il analyse comme ayant été provoqué par un désespoir qui ne l'habite plus; M. X... déclare ne pas contester la nécessité de soins mais trouve que la mesure d'hospitalisation complète est excessivement lourde à supporter et indique qu'il ne remet pas en cause le traitement qu'il suivait avant son hospitalisation.

Il y a lieu de considérer, alors qu'aucun autre élément médical n'est produit depuis le 8 avril 2013, qu'il n'est pas établi qu'à ce jour l'état mental de M. X... continue d'imposer des soins immédiats assortis d'une surveillance constante. »

Ou encore : "M. X... a été hospitalisé à la suite d'une altercation avec des fonctionnaires des douanes au cours d'une mesure de garde à vue. Les premiers certificats médicaux mentionnaient des troubles du comportement, un discours incohérent ponctué d'idées délirantes de persécution centrées sur son voisinage

À l'audience de ce jour M. X... tient cependant un discours relativement cohérent ; son comportement apparaît calme et adapté. Il exprime le souhait de rentrer à son domicile et d'y poursuivre son traitement.

Son conseil sollicite l'infirmation de l'ordonnance entreprise.

Au vu du comportement maîtrisé de M.X... l'hospitalisation complète n'apparaît plus nécessaire. Une prise en charge ambulatoire du patient apparaît suffisante. »

Le Conseil constitutionnel insiste sur la liberté d'appréciation du juge. La garantie de la liberté individuelle implique de ne pas partir du principe que les experts psychiatres décident seuls du placement en hospitalisation complète.

Dans la décision n° 2011-185 du 21 octobre 2011, le Conseil constitutionnel a ainsi censuré l'ancienne rédaction du code de la santé publique, qui subordonnait la mise en liberté d'une personne déclarée pénalement irresponsable à l'avis favorable de deux psychiatres.

Si le juge est donc nécessairement éclairé par l'expertise du psychiatre, il demeure nécessairement libre dans son appréciation, faute de quoi, il ne peut être garant de la liberté individuelle.

Le contrôle de proportionnalité exercé par le juge d'appel doit ainsi se traduire dans la motivation de sa décision, tant en présence d'une hospitalisation prononcée par un directeur d'établissement que par un représentant de l'Etat dans le département.

➤ **Précisions sur la motivation de la décision**

À l'heure où la motivation des décisions administratives est contrôlée, il incombe au juge des libertés et de la détention d'appliquer le même principe à ses propres décisions.

Le caractère systématique de l'intervention du juge et la formalisation des décisions des directeurs d'hôpitaux, l'insistance sur les notifications et l'information des personnes, la remise d'une décision judiciaire, provoquent un changement important dans les soins sans consentement, avec une transparence accrue et inédite.

En ce sens, la Cour européenne des droits de l'homme a fixé les conditions qui permettent de priver une personne de sa liberté en raison de ses troubles mentaux (CEDH, arrêt du 24 octobre 1979, *Winterwerp c. Pays-Bas*, n° 6301/73) : la maladie doit être indiscutable, le trouble mental tel qu'il nécessite l'internement, ce dernier ne pouvant se prolonger valablement, sans la persistance de pareil trouble (CEDH, arrêt du 5 octobre 2004, *H.L. c. Royaume-Uni*, n° 45508/99).

La constatation des troubles mentaux est donc la condition préalable à tout placement en hospitalisation complète sans consentement.

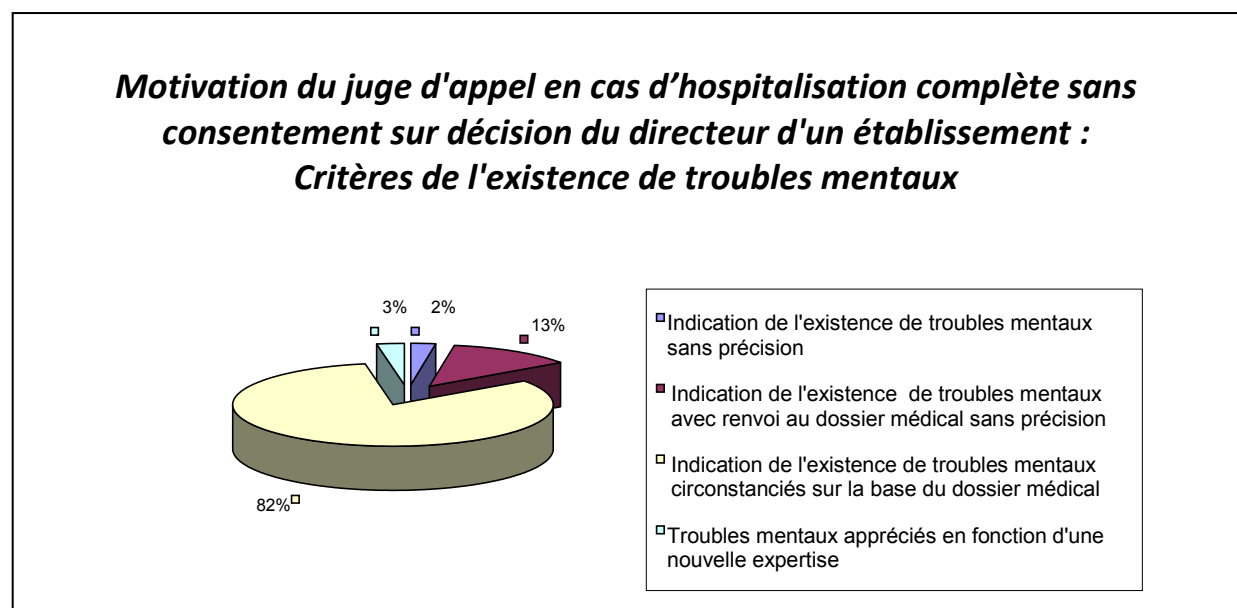
La deuxième question posée est celle de la nécessité des soins et de leur régime. En creux, il s'agit d'identifier la nature du risque pour la personne elle-même, pour son entourage, voire pour l'ordre public et la sûreté des personnes, si la personne ne reçoit pas de soins psychiatriques.

Les enjeux sont différents selon la procédure choisie : soins à la demande d'un tiers ou soins à la demande du représentant de l'État.

4.4.1. Motivation en cas d'hospitalisation complète sans consentement prononcée par le directeur de l'établissement soit à la demande d'un tiers soit en cas de risque imminent pour la santé de la personne

S'agissant des admissions prononcées par le directeur de l'hôpital, sont exigés des troubles mentaux qui rendent impossible le consentement aux soins et un état mental qui 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 d'un programme de soins.

Dans 82 % des cas d'hospitalisation complète sans consentement prononcée par le directeur de l'établissement, le juge d'appel apprécie ainsi l'existence de troubles mentaux circonstanciés sur la base du dossier médical (cf. graphique ci-dessous).



Dans sa motivation le juge d'appel détaille la nature des troubles sur la base des certificats médicaux joints au dossier.

Dans ces cas, il s'applique à circonscrire le risque encouru en cas de sortie de l'hôpital pour quelques heures (en hospitalisation dite « partielle ») ou pour des soins purement ambulatoires. Il s'appuie alors sur les avis exprimés par les psychiatres qui doivent permettre d'identifier clairement ce risque : suicide, fugue, errance, conduites de mise en danger (y compris intoxication alcoolique et prise de stupéfiants), hétéro-agressivité, comportement inadapté au travail, mauvaise prise en charge d'enfants en bas âge, dépenses ruineuses et inconsidérées...

Dans 13 % des arrêts étudiés le juge d'appel apprécie l'existence des troubles mentaux en renvoyant au dossier médical sans préciser la nature des troubles, dans 2 % des cas sans aucune référence au dossier médical ni précision sur la nature des troubles et dans 3 % des cas sur la base d'une nouvelle analyse médicale (cf. graphique ci-dessus).

Parmi les critères à vérifier, on retrouve d'une part l'incapacité à consentir aux soins et, d'autre part, la nécessité d'une surveillance médicale constante. Le débat a donc plutôt une allure médicale et revêt une dimension très concrète.

En ce sens, la Haute autorité de la santé décompose la capacité à consentir aux soins de la façon suivante :

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

C'est au psychiatre d'apprécier cette capacité, cette liste ayant été élaborée pour les médecins.

Il résulte des statistiques de l'étude que le juge d'appel apprécie la capacité du patient à consentir aux soins dans 92 % des arrêts sur la base des certificats médicaux.

Dans 2 % des cas, la capacité est appréciée en fonction des certificats médicaux et de l'audition du patient à l'audience et dans 3 % des cas exclusivement en fonction de l'audition du patient à l'audience (cf. tableau ci-dessous).

Appréciation du consentement aux soins	
Incapacité à consentir eu égard aux certificats médicaux	92 %
En fonction de l'audition du patient	3 %
En fonction des certificats médicaux	2 %
En fonction des certificats médicaux et de l'audition du patient	2 %
En fonction du suivi actuel d'un programme de soins	1 %
Demande d'une nouvelle expertise pour insuffisance des éléments fournis	< 1 %

Les critères de la capacité à consentir aux soins retenus eu égard à l'audition du patient à l'audience sont appréciés dans 91 % des arrêts comme la capacité du patient à comprendre et à écouter et dans 9 % comme sa capacité à exprimer librement sa décision (graphique non reproduit).

4.4.2. Motivation en cas d'hospitalisation complète sans consentement prononcée par le représentant de l'État dans le département lorsque les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public

Pour justifier la mise en œuvre d'une hospitalisation complète prononcée par les représentants de l'Etat, les troubles mentaux doivent « simplement » compromette la sûreté des personnes ou porter atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

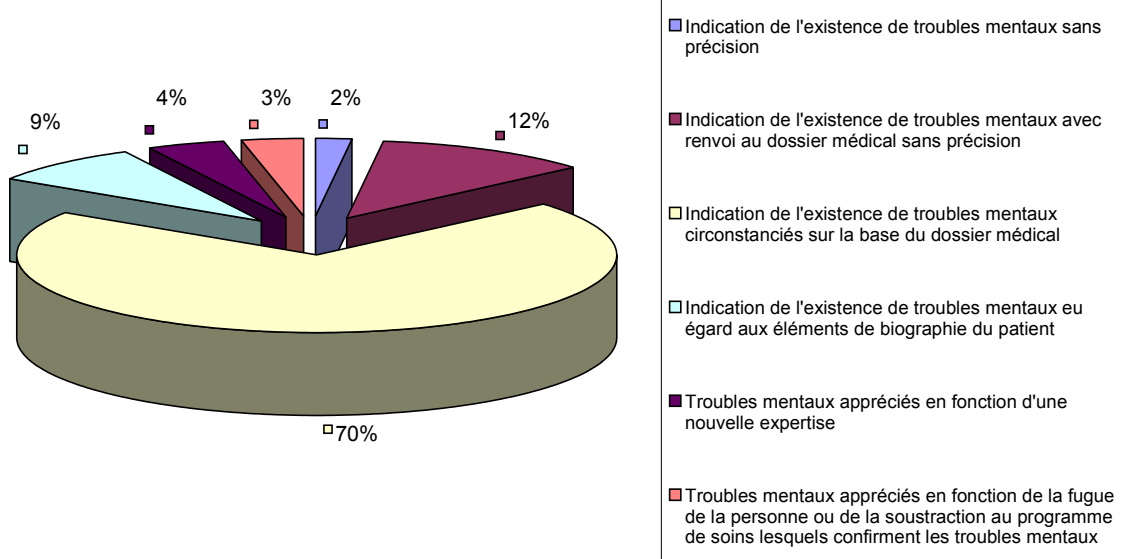
Les arrêtés préfectoraux doivent ainsi énoncer les circonstances qui ont rendu l'admission nécessaire.

L'appréciation que formule le préfet est voisine du pouvoir d'appréciation du magistrat, alors que le directeur d'hôpital prononce une admission en vertu d'une compétence liée.

Cependant, l'existence de troubles mentaux et la nécessité de soins sont appréciées dans 70 % des arrêts sur la base du dossier médical.

Seuls 9 % des cas d'hospitalisation font ainsi référence aux éléments de biographie du patient (cf. graphique ci-dessous).

Critères de l'existence de troubles mentaux



Mais l'essentiel du débat judiciaire porte, dans ce cas, sur le risque pour la sûreté des personnes et sur le trouble à l'ordre public. La difficulté à laquelle se heurte néanmoins le juge d'appel tient le plus souvent à l'absence d'informations et de documents autres que médicaux, pour apprécier l'actualité du trouble grave à l'ordre public par exemple.

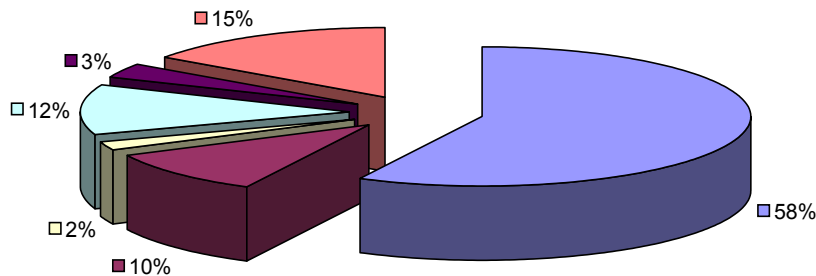
Il résulte des arrêts analysés que le juge d'appel apprécie et motive l'existence d'un comportement compromettant la sûreté des personnes comme suit :

- 58 % en fonction des certificats médicaux ;
- 12 % en fonction des éléments de biographie du patient ;
- 3 % en fonction d'une nouvelle expertise ;
- 2 % en fonction des documents produits par le représentant de l'État.

Il convient de noter que dans 10 % des arrêts analysés, le juge d'appel motive l'existence d'un comportement compromettant la sûreté des personnes en fonction de l'audition du patient.

Enfin, dans 15 % des cas, les éléments produits ne lui permettent pas d'apprécier l'existence d'un comportement compromettant la sûreté des personnes (cf. graphique ci-dessous).

Appréciation de l'existence d'un comportement compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public



- Comportement apprécié en fonction des certificats médicaux
- Comportement apprécié en fonction de l'audition du patient
- Comportement apprécié en fonction des documents produits par le représentant de l'Etat
- Comportement apprécié en fonction des éléments de biographie du patient
- Comportement apprécié en fonction d'une nouvelle expertise
- Absence d'appréciation du comportement

Remarque : Dans la mesure où les décisions du préfet sont élaborées par les délégations territoriales de l'agence régionale de santé, sans lien avec les services de police et de gendarmerie, il est rare que les procès-verbaux, parfois fournis aux médecins, figurent en procédure. Le juge d'appel peut y remédier grâce à son pouvoir d'instruction (article R. 3211-13 du code de la santé publique), mais les délais lui permettent rarement d'obtenir des informations précises (procès-verbaux, mains courantes).

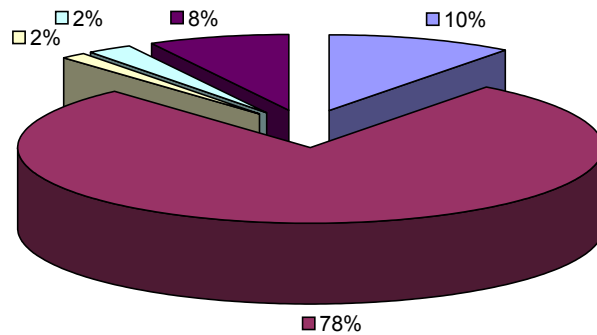
➤ **Précisions sur la notion de dangerosité et son appréciation judiciaire**

S'agissant de **la notion de dangerosité**, le juge d'appel caractérise l'état de danger du patient dans **78 %** des cas étudiés à raison des « *risques d'atteinte à la sûreté des personnes et/ou à l'ordre public* ».

Dans **10 %** des arrêts, il caractérise la dangerosité par « *les menaces ou risques sérieux d'agression envers les tiers (ex : menaces de les poignarder)* ».

Il retient également que la notion de dangerosité s'entend d'un risque de passage à l'acte d'agissements dangereux (**8 %**), d'un comportement conduisant à des agressions à caractère sexuel (**2 %**) ou encore d'un comportement inadapté (**2 %**) (cf. graphique ci-dessous).

Notion de dangerosité



- Menaces d'agressions (poignarder) envers les tiers / risques sérieux d'agression
- Risques d'atteinte à la sûreté des personnes et/ou à l'ordre public
- Comportement conduit à des agressions sexuelles
- Comportement inadapté (se rase la moitié du crane), menaces envers l'équipe soignante
- Risques de passage à l'acte / risques d'agissements dangereux

Pour apprécier correctement l'état de dangerosité du patient, il apparaît nécessaire d'avoir des éléments sur ses passages à l'acte antérieurs et potentiels, sur son histoire, d'obtenir des éléments recueillis par l'entourage familial.

D'aucuns soulignent que les dossiers soumis au juge d'appel sont souvent très pauvres et insuffisants à cet égard.

Illustration de motivation

« Il ressort de l'examen des pièces de la procédure que M. X... a fait l'objet d'une mesure d'hospitalisation complète à la suite de troubles du comportement sur la voie publique avec dégradation volontaire de véhicule dans le cadre d'un vécu prosécutif et interprétatif et que le risque hétéroagressif justifiait une telle mesure.

Les certificats médicaux ainsi que l'avis conjoint établi le 20 mars 2013 par deux médecins psychiatres en vue de l'audience du juge de la détention et des libertés statuant, en application de l'article L. 3211-12-1 du code de la santé publique, dans le délai de six mois à compter de la précédente décision ordonnant le maintien en hospitalisation complète, mentionnent que l'intéressé est en fugue de l'hôpital depuis le 9 octobre 2012

Il s'ensuit qu'aucun examen médical de l'intéressé n'est intervenu depuis cette date.

En outre le certificat de situation du 10 avril 2013 qui ne conclut pas au maintien de la mesure ne donne aucune information sur la dangerosité de M. X... et les seuls éléments contenus dans l'avis conjoint sur ce point font état de troubles du comportement de nature agressive se manifestant uniquement par des dégradations volontaires de véhicules.

Il convient en conséquence, au vu de l'ensemble de ces éléments qui ne permettent pas de retenir que les conditions de l'article L. 3212-1 du code de la santé publique sont actuellement remplies, de confirmer l'ordonnance déferée rendue le 26 mars 2013 par le juge des libertés et de la détention du tribunal de Y en ce qu'il a ordonné la mainlevée de la mesure de soins psychiatriques sous la contrainte dont fait l'objet M. X... »

En outre, l'expertise n'est pas le remède contre l'incertitude, elle est d'ailleurs enfermée dans de tels délais qu'elle pose des problèmes pratiques (trouver un expert psychiatrique qui accepte de voir et rendre son expertise dans un bref délai, est rarissime), de sorte que si l'expert n'a pas déposé son rapport dans les délais impartis, lesquels ne peuvent pas être prorogés, il faut statuer en l'état.

Bibliographie

I. Législation

- 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, publiée au *Journal officiel* du 6 juillet 2011 ;
- Décret n° 2011-847 du 18 juillet 2011, relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques, publié au *Journal officiel* du 19 juillet 2011, rectifié au *JO* du 30 juillet 2011 ;
- Rapport d'information de l'Assemblée nationale sur la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011, n° 4402, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 22 février 2012 ;
- 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 ;
- Dispositions de l'article L. 3216-1 du code de la santé publique relatives au contrôle de la régularité des actes administratifs par le juge des libertés et de la détention en matière d'hospitalisation sans consentement, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2013 ;
- Travaux préparatoires loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, rapport n° 3189 déposé par G. Lefrand, député, rapport n° 477 déposé par R. Lecerf, sénateur (p. 82 à 89) ;
- Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, publiée au *Journal officiel* du 29 septembre 2013 ;
- Rapport d'étape n° 1085 de la mission « Santé mentale et avenir de la psychiatrie », enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale le 29 mai 2013 ;
- Rapport n° 1284 de M. Denys Robillard, au nom de la commission des affaires sociales, enregistré à la présidence de l'Assemblée nationale, le 17 juillet 2013 ;
- Rapport n° 835 de M. Jacky Le Menn, au nom de la commission des affaires sociales, enregistré à la présidence du Sénat le 11 septembre 2013 ;

- Décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins sans consentement ;
- Circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions de la 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 et du décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement.

II. Jurisprudence

- CEDH, arrêt du 27 juin 2002, *L. R. c. France*, n° 33395/96 ;
- CEDH, arrêt du 27 octobre 2005, *Mathieu c. France*, n° 68673/01 ;
- CEDH, arrêt du 8 novembre 2010, *Baudouin c. France*, n° 35935/03 ;
- Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté en date du 15 février 2011, publié au *Journal officiel* du 20 mars 2011, relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office ;
- Avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté en date du 14 octobre 2011, publié au *Journal officiel* du 9 novembre 2011, relatif à l'emploi de la visioconférence à l'égard des personnes privées de liberté ;
- Cons. const., 26 novembre 2010, décision n° 2010-71 QPC, *Mlle Danielle S.* [Hospitalisation sans consentement] ;
- Cons. const., 9 juin 2011, décision n° 2011-135 QPC, *M. Abdellatif B. et autre* [Hospitalisation d'office] ;
- Cons. const., 20 avril 2012, décision n° 2012-235 QPC, *Association Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie* [Dispositions relatives aux soins psychiatriques sans consentement] ;
- Cons. const., 14 février 2014, décision n° 2013-367 QPC, *Consorts L.* [Prise en charge en unité pour malades difficiles des personnes hospitalisées sans leur consentement] ;
- CE, 26 juillet 2011, n° 341555, publié au *Recueil Lebon*, Recours pour excès de pouvoir à l'encontre du décret du 20 mai 2010.

III. Documentation

- « Les soins psychiatriques sans consentement », Fascicules documentaires et e-learning ENM, mars 2013

IV. Doctrine

- BENHAMOU (Y.), « Le contrôle du juge judiciaire sur les hospitalisations psychiatriques sous contrainte : l'exemple de la cour d'appel de Douai », *Gaz. Pal.* 26 avril 2012, n° 117, p. 5
- BROUSSOLLE (Y.), « Les principales dispositions de la loi relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge », *LPA* 25 octobre 2011, n° 212, p. 5
- BRUNIN (L.), « Le contrôle des soins psychiatriques par le juge des libertés », *Documentation ENM*, mars 2013
- BUISSON (J.), « Prise en charge des personnes détenues atteintes de troubles mentaux », *Procédures* 2013, comm. 320
- CASTAING (C.), « La volonté des personnes admises en soins psychiatriques sans consentement. Quel droit pour quel juge ? », *AJDA* 2013, p. 153
- CASTAING (C.), « Le droit fou des soins psychiatriques sans consentement », *LPA* 26 novembre 2010, n° 236, p. 6
- CHOPPLET (A.), « Compétence exclusive de l'ordre judiciaire en matière de contentieux relatif à l'hospitalisation sans consentement », *LPA* 09 avril 2013, n° 71, p. 8
- COUTURIER (M.), « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *RDSS* 2014, p. 120
- D.-P. (K.), « Soins psychiatriques sans consentement : du point de départ du délai accordé au juge pour statuer », *RLDC* 2014, p. 114
- DE MONTE (M.) et MYARA (M.), *Intervention des premiers conseillers au tribunal administratif de Montpellier*, CA Montpellier, 10 septembre 2012
- GARAPON (A.), PERDRIOLLE (S.), BERNABÉ (B.), et KADRIE (Ch.), « La prudence et l'autorité : l'office du juge au XXIème siècle », Ministère de la justice, Institut des hautes études de la justice, juillet 2013
- GROUPE DE TRAVAIL DES MAGISTRATS DU TRIBUNAL DE GRANDE INSTANCE DE LYON, « Réflexion sur le sens à donner aux fonctions de JLD », *Documentation ENM, Justice actualités* n° 2/2011
- LAUDE (A.), PRADA-BORDENAVE (E.) et Saumon (O.), « Renforcement des droits des personnes en soins psychiatriques par la loi du 27 septembre 2013 », *Journal de Droit de la Santé et de l'Assurance Maladie*, n° 3, 2013
- MARIA (I.), « Encore un chapitre dans la saga des soins psychiatriques », *Dr. fam.* 2011, comm. 156

- MARIA (I.), « Nouvelle loi sur les soins psychiatriques sans consentement », *Dr. fam.* 2013, comm. 156
- MIRKOVIC (A.), « Soins psychiatriques : une adoption dans l'urgence », *JCP G* 2011, 847 ;
- PÉCHILLON (E.), « Hospitalisation psychiatrique provisoire sans consentement à la demande du maire : la Cour de cassation complique encore un peu plus le dispositif de police administrative de soins sous contrainte », *JCP A* 2014, 2211
- PÉCHILLON (E.), « Le pouvoir médical face au refus de consentement : un savant dosage effectué par le juge des référés », *JCP A* 2012, 2321
- PERRIER (J.-B.), « Hospitalisation sans consentement », *RSC* 2014, p. 406
- SYNDICAT DE LA MAGISTRATURE, « Liberté, sécurité, soins : la nouvelle diagonale du fou », Actes du colloque du 23 novembre 2012, *J'essaime... pour une autre justice*, numéro spécial (26/27), juillet 2013
- THÉRON (S.), « La loi du 27 septembre 2013 : une révision partielle du régime des soins psychiatriques », *RDSS* 2014, p. 133
- VIALETES (M.), « L'unification du contentieux de l'hospitalisation sans consentement », *JCP G* 2013, 157
- VIOUJAS (V.), « La justiciabilité des décisions médicales devant le juge administratif », *JCP A* 2014, 2183
- VIOUJAS (V.), « Le contrôle des soins psychiatriques sans consentement : aperçu d'un droit jurisprudentiel en construction », *LPA* 19 juin 2014 n° 122, p. 4