



**HAL**  
open science

# L'expérience des juges des libertés et de la détention dans les soins sans consentement en psychiatrie : une étude qualitative

Charlène Maupou

► **To cite this version:**

Charlène Maupou. L'expérience des juges des libertés et de la détention dans les soins sans consentement en psychiatrie : une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03430922

**HAL Id: dumas-03430922**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03430922>**

Submitted on 16 Nov 2021

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Charlène MAUPOU**

Le 5 octobre 2021

**L'expérience des juges des libertés et de la détention  
dans les soins sans consentement en psychiatrie : une  
étude qualitative**

Directeur de thèse : Mme le Professeur Delphine CAPDEVIELLE  
Co-directeur de thèse : Mr le Docteur Thibault MICHEL

JURY

Présidente : Mme le Professeur Delphine CAPDEVIELLE

Assesseurs :

Mr le Docteur Mathieu LACAMBRE

Mr le Docteur Thibault MICHEL

UNIVERSITE DE MONTPELLIER  
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

**THESE**

Pour obtenir le titre de  
**DOCTEUR EN MEDECINE**

Présentée et soutenue publiquement

Par

**Charlène MAUPOU**

Le 5 octobre 2021

**L'expérience des juges des libertés et de la détention  
dans les soins sans consentement en psychiatrie : une  
étude qualitative**

Directeur de thèse : Mme le Professeur Delphine CAPDEVIELLE  
Co-directeur de thèse : Mr le Docteur Thibault MICHEL

JURY

Présidente : Mme le Professeur Delphine CAPDEVIELLE

Assesseurs :

Mr le Docteur Mathieu LACAMBRE

Mr le Docteur Thibault MICHEL

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

### PERSONNEL ENSEIGNANT

#### Professeurs Honoraires

ALBAT Bernard	BRUNEL Michel	HUMEAU Claude	MIRO Luis
ALLIEU Yves	CANAUD Bernard	JAFFIOL Claude	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	CHAPTAL Paul-André	JANBON Charles	NAVRATIL Henri
ARNAUD Bernard	CIURANA Albert-Jean	JANBON François	OTHONIEL Jacques
ASENCIO Gérard	CLOT Jacques	JARRY Daniel	PAGES Michel
ASTRUC Jacques	COSTA Pierre	JOURDAN Jacques	PEGURET Claude
AUSSILLOUX Charles	D'ATHIS Françoise	KLEIN Bernard	PELISSIER Jacques
AVEROUS Michel	DEMAILLE Jacques	LAFFARGUE François	PETIT Pierre
AYRAL Guy	DESCOMPS Bernard	LALLEMANT Jean Gabriel	POUGET Régis
BAILLAT Xavier	DIMEGLIO Alain	LAMARQUE Jean-Louis	PUJOL Henri
BALDET Pierre	DUBOIS Jean Bernard	LAPEYRIE Henri	RABISCHONG Pierre
BALDY-MOULINIER Michel	DUJOLS Pierre	LEROUX Jean-Louis	RAMUZ Michel
BALMES Jean-Louis	DUMAS Robert	LESBROS Daniel	REBOUL Jean
BANSARD Nicole	DUMAZER Romain	LOPEZ François Michel	RIEU Daniel
BAYLET René	ECHENNE Bernard	LORIOT Jean	ROCHFORT Henri
BILLIARD Michel	FABRE Serge	LOUBATIERES Marie Madeleine	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BLARD Jean-Marie	FREREBEAU Philippe	MAGNAN DE BORNIER Bernard	SAINT AUBERT Bernard
BLAYAC Jean Pierre	GALIFER René Benoît	MARTY ANE Charles	SANCHO-GARNIER Héléne
BLOTMAN Francis	GODLEWSKI Guilhem	MARY Henri	SANY Jacques
BONNEL François	GRASSET Daniel	MATHIEU-DAUDE Pierre	SEGNARBIEUX François
BOURGEOIS Jean-Marie	GUILHOU Jean-Jacques	MEYNADIER Jean	SENAC Jean-Paul
BOUSQUET Jean	GUITER Pierre	MICHEL François-Bernard	SERRE Arlette
BRUEL Jean Michel	HEDON berbard	MION Charles	SOLASSOL Claude
BUREAU Jean-Paul	HERTAULT Jean	MION Henri	VIDAL Jacques
			VISIER Jean Pierre

### Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude	LE QUELLEC Alain
BLANC François	MARES Pierre
BONAFE Alain	MAUDELONDE Thierry
BOULENGER Jean-Philippe	MAURY Michèle
BOURREL Gérard	MESSNER Patrick
BRINGER Jacques	MILLAT Bertrand
CLAUSTRES Mireille	MONNIER Louis
DAURES Jean-Pierre	MOURAD Georges
DAUZAT Michel	PREFAUT Christian
DAVY Jean-Marc	PUJOL Rémy
DEDET Jean-Pierre	RIBSTEIN Jean
ELEDJAM Jean-Jacques	SCHVED Jean-François
GROLLEAU RAOUX Robert	SULTAN Charles
GUERRIER Bernard	TOUCHON Jacques
GUILLOT Bernard	UZIEL Alain
JONQUET Olivier	VOISIN Michel
LANDAIS Paul	ZANCA Michel
LARREY Dominique	

### Docteurs Emérites

PRAT Dominique  
PUJOL Joseph

## ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

### PERSONNEL ENSEIGNANT

---

#### Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

##### PU-PH de classe exceptionnelle

ALRIC Pierre	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric	Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick	Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul	Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BOULOT Pierre	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
CHAMMAS Michel	Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
COMBE Bernard	Rhumatologie
COSTES Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
COTTALORDA Jérôme	Chirurgie infantile
COUBES Philippe	Neurochirurgie
COURTET Philippe	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CRAMPETTE Louis	Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul	Biochimie et biologie moléculaire
CYTEVAL Catherine	Radiologie et imagerie médicale
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel	Médecine d'urgence
DE WAZIERES Benoît	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DELAPORTE Eric	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal	Pneumologie ; addictologie
DOMERGUE Jacques	Chirurgie viscérale et digestive

DUFFAU Hugues	Neurochirurgie
ELIAOU Jean François	Immunologie
FABRE Jean Michel	Chirurgie viscérale et digestive
FRAPIER Jean-Marc	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMAMAH Samir	Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HERISSON Christian	Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
JEANDEL Claude	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JORGENSEN Christian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre	Neurologie
LEFRANT Jean-Yves	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
LEHMANN Sylvain	Biochimie et biologie moléculaire
LUMBROSO Serge	Biochimie et Biologie moléculaire
MERCIER Jacques	Physiologie
MEUNIER Laurent	Dermato-vénéréologie
MONDAIN Michel	Oto-rhino-laryngologie
MORIN Denis	Pédiatrie
PAGEAUX Georges-Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PUJOL Pascal	Biologie cellulaire
QUERE Isabelle	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
RENARD Eric	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques	Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIPART Jacques	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
ROUANET Philippe	Cancérologie ; radiothérapie
SOTTO Albert	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TAOUREL Patrice	Radiologie et imagerie médicale

TOUITOU Isabelle

Génétique

VANDE PERRE Philippe

Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

YCHOU Marc

Cancérologie ; radiothérapie

**PU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

AGUILAR MARTINEZ Patricia

Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

AVIGNON Antoine

Nutrition

AZRIA David

Cancérologie ; radiothérapie

BAGHDADLI Amaria

Pédopsychiatrie ; addictologie

BLANC Pierre

Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BORIE Frédéric

Chirurgie viscérale et digestive

BOURDIN Arnaud

Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles

Pédiatrie

CAMU William

Neurologie

CANOVAS François

Anatomie

CAPTIER Guillaume

Anatomie

CARTRON Guillaume

Hématologie ; transfusion

CAYLA Guillaume

Cardiologie

CHANQUES Gérald

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

CORBEAU Pierre

Immunologie

COULET Bertrand

Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DADURE Christophe

Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire

DAUVILLIERS Yves

Physiologie

DE TAYRAC Renaud

Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale

DE VOS John

Histologie, embryologie et cytogénétique



DEMARIA Roland	Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier	Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane	Urologie
DUCROS Anne	Neurologie
DUPEYRON Arnaud	Médecine physique et de réadaptation
FESLER Pierre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
GARREL Renaud	Oto-rhino-laryngologie
GENEVIEVE David	Génétique
GUILLAUME Sébastien	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
GUIU Boris	Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice	Physiologie
HOUEDE Nadine	Cancérologie ; radiothérapie
KLOUCHE Kada	Médecine intensive-réanimation
KOENIG Michel	Génétique
KOUYOUMDJIAN Pascal	Chirurgie orthopédique et traumatologique
LAFFONT Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry	Histologie, embryologie et cytogénétique
LAVIGNE Jean-Philippe	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent	Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LECLERCQ Florence	Cardiologie
MARIANO-GOULART Denis	Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan	Physiologie
MORANNE Olivier	Néphrologie
MOREL Jacques	Rhumatologie
NAVARRO Francis	Chirurgie viscérale et digestive
NOCCA David	Chirurgie viscérale et digestive
PASQUIE Jean-Luc	Cardiologie

PERNEY Pascal	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel	Anatomie
PUJOL Jean Louis	Pneumologie ; addictologie
PURPER-OUAKIL Diane	Pédopsychiatrie ; addictologie
ROGER Pascal	Anatomie et cytologie pathologiques
TRAN Tu-Anh	Pédiatrie
VERNHET Hélène	Radiologie et imagerie médicale

**PU-PH de 2ème classe**

BOURGIER Céline	Cancérologie; radiothérapie
CANAUD Ludovic	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
CAPDEVIELLE Delphine	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
CLARET Pierre-Géraud	Médecine d'urgence
COLOMBO Pierre-Emmanuel	Cancérologie ; radiothérapie
COSTALAT Vincent	Radiologie et imagerie médicale
DAIEN Vincent	Ophthalmologie
DORANDEU Anne	Médecine légale et droit de la santé
FAILLIE Jean-Luc	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
FUCHS Florent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
GABELLE DELOUSTAL Audrey	Neurologie
GAUJOUX Viala Cécile	Rhumatologie
GODREUIL Sylvain	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
GUILPAIN Philippe	Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
HERLIN Christian	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
IMMEDIATO DAIEN Claire	Rhumatologie
JACOT William	Cancérologie ; Radiothérapie
JEZORSKI Eric	Pédiatrie

JUNG Boris	Médecine intensive-réanimation
KALFA Nicolas	Chirurgie infantile
LACHAUD Laurence	Parasitologie et mycologie
LALLEMANT Benjamin	Oto-rhino-laryngologie
LE QUINTREC DONNETTE Moglie	Néphrologie
LETOUZEY Vincent	Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LONJON Nicolas	Neurochirurgie
LOPEZ CASTROMAN Jorge	Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric	Rhumatologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas	Radiologie et imagerie médicale
MILLET Ingrid	Radiologie et imagerie médicale
MURA Thibault	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
NAGOT Nicolas	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie	Psychiatrie d'adultes; addictologie
PANARO Fabrizio	Chirurgie viscérale et digestive
PARIS Françoise	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
PELLESTOR Franck	Histologie, embryologie et cytogénétique
PEREZ MARTIN Antonia	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
POUDEROUX Philippe	Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
RIGAU Valérie	Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François	Pédiatrie
ROSSI Jean François	Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François	Cardiologie
SEBBANE Mustapha	Médecine d'urgence
SIRVENT Nicolas	Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme	Biologie cellulaire
STOEBNER Pierre	Dermato-vénérologie



SULTAN Ariane	Nutrition
THOUVENOT Éric	Neurologie
THURET Rodolphe	Urologie
TUAILLON Edouard	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
VENAIL Frédéric	Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max	Ophtalmologie
VINCENT Denis	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry	Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne	Endocrinologie-diabétologie-nutrition

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES**

#### 1<sup>re</sup> classe :

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)

LAOUJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)

VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

### **PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale**

#### 1<sup>re</sup> classe :

LAMBERT Philippe

AMOUYAL Michel

### **PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale**

CLARY Bernard

DAVID Michel

GARCIA Marc

**PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine**

BESSIS Didier (Dermato-vénérologie)

MEUNIER Isabelle (Ophtalmologie)

MULLER Laurent (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire)

QUANTIN Xavier (Pneumologie)

ROUBERTIE Agathe (Pédiatrie)

VIEL Eric (Soins palliatifs et traitement de la douleur)

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

**Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers**

**MCU-PH Hors classe - Echelon Exceptionnel**

RICHARD Bruno	Médecine palliative
SEGONDY Michel	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

**MCU-PH Hors classe**

BADIOU Stéphanie	Biochimie et biologie moléculaire
BOULLE Nathalie	Biologie cellulaire
CACHEUX-RATABOUL Valère	Génétique
CARRIERE Christian	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
CHARACHON Sylvie	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
FABBRO-PERAY Pascale	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GIANSILY-BLAIZOT Muriel	Hématologie ; transfusion

**MCU-PH de 1<sup>re</sup> classe**

BERTRAND Martin	Anatomie
BOUDOUSQ Vincent	Biophysique et médecine nucléaire
BRET Caroline	Hématologie biologique
BROUILLET Sophie	Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
COSSEE Mireille	Génétique
GIRARDET-BESSIS Anne	Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine	Hématologie ; transfusion
LESAGE François-Xavier	Médecine et Santé au Travail
MARTRILLE Laurent	Médecine légale et droit de la santé
MATHIEU Olivier	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MOUZAT Kévin	Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES Catherine	Biologie cellulaire
RAVEL Christophe	Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris	Physiologie
STERKERS Yvon	Parasitologie et mycologie
THEVENIN-RENE Céline	Immunologie
<b><u>MCU-PH de 2<sup>ème</sup> classe</u></b>	
BERGOUGNOUX Anne	Génétique
CHIRIAC Anca	Immunologie
DE JONG Audrey	Anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
DU THANH Aurélie	Dermato-vénérologie
FITENI Frédéric	Cancérologie ; radiothérapie
GOUZI Farès	Physiologie
HERRERO Astrid	Chirurgie viscérale et digestive
HUBERLANT Stéphanie	Gynécologie-obstétrique ; Gynécologie médicale
KUSTER Niils	Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain	Maladies infectieuses, Maladies tropicales
PANTEL Alix	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie	Thérapeutique; addictologie
ROUBILLE Camille	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SZABLEWSKY	Anatomie et cytologie pathologiques

**Maîtres de Conférences des Universités - Médecine Générale**

**MCU-MG de 1<sup>re</sup> classe**

COSTA David

OUDE ENGBERINK Agnès

**MCU-MG de 2<sup>ème</sup> classe**

FOLCO-LOGNOS Béatrice

CARBONNEL François

**Maîtres de Conférences associés - Médecine Générale**

CAMPAGNAC Jérôme

LOPEZ Antonio

MILLION Elodie

PAVAGEAU Sylvain

REBOUL Marie-Catherine

SERAYET Philippe



**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

---

PERSONNEL ENSEIGNANT

**Maitres de Conférences des Universités**

Maitres de Conférences hors classe

BADIA Eric	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
CHAZAL Nathalie	Biologie cellulaire

Maitres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine	Neurosciences
BERNEX Florence	Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine	Sciences du médicament et des autres produits de santé
DELABY Constance	Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent	Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HERBET Guillaume	Neurosciences
LADRET Véronique	Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINÉ Sébastien	Sciences du Médicament et autres produits de santé
LE GALLIC Lionel	Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent	Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme	Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie	Neurosciences
MOUTOT Gilles	Philosophie
PASSERIEUX Emilie	Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie	Histologie
RAYNAUD Fabrice	Sciences du Médicament et autres produits de santé
TAULAN Magali	Biologie Cellulaire

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

---

---

**Praticiens Hospitaliers Universitaires**

BARATEAU Lucie	Physiologie
BASTIDE Sophie	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
CAZAUBON Yoann	Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
DAGNEAUX Louis	Chirurgie orthopédique et traumatologique
DUFLOS Claire	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
GOULABCHAND Radjiv	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
LATTUCA Benoit	Cardiologie
MARIA Alexandre	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
MIOT Stéphanie	Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement ; addictologie
SARRABAY Guillaume	Génétique
SUCHE François-Régis	Chirurgie viscérale et digestive

**ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021**

**PERSONNEL ENSEIGNANT**

**PH chargés d'enseignements**

ABOUKRAT Patrick	BLANCHET Catherine	COROIAN Flavia-Oana	GINIES Patrick
AKKARI Mohamed	BLATIERE Véronique	COUDRAY Sarah	GRECO Frédéric
ALRIC Jérôme	BOBBIA Xavier	CRANSAC Frédéric	GUEDJ Anne Marie
AMEDRO Pascal	BOGE Gudrun	CUNTZ Danielle	GUYON Gaël
AMOUREUX Cyril	BOURRAIN Jean Luc	DARDALHON Brigitte	HENRY Vincent
ANTOINE Valéry	BOUYABRINE Hassan	DAVID Aurore	JAMMET Patrick
ARQUIZAN Caroline	BRINGER-DEUTSCH Sophie	DE BOUTRAY Marie	JEDRYKA François
ATTALIN Vincent	BRINGUIER BRANCHEREAU Sophie	DE LA TRIBONNIÈRE Xavier	JREIGE Riad
AYRIGNAC Xavier	BRISOT Dominique	DEBIEN Blaise	KINNE Mélanie
BADR Maliha	BRONER Jonathan	DELPONT Marion	LABARIAS Coralie
BAIS Céline	CADE Stéphane	DENIS Hélène	LACAMBRE Mathieu
BARBAR Saber Davide	CAIMMI Davide Paolo	DEVILLE de PERIERE Gilles	LANG Philippe
BASSET Didier	CARR Julie	DJANIKIAN Flora	LAZERGES Cyril
BATIFOL Dominique	CARTIER César	DONNADIEU-RIGOLE Hélène	LE GUILLOU Cédric
BATTISTELLA Pascal	CASPER Thierry	FAIDHERBE Jacques	LEGLISE Marie Suzanne
BAUCHET Luc	CASSINOTTO Christophe	FATTON Brigitte	LOPEZ Régis
BENEZECH Jean-Pierre	CATHALA Philippe	FAUCHERRE Vincent	LUQUIENS Amandine
BENNYS Karim	CAZABAN Michel	FILLERON Anne	MANZANERA Cyril
BERNARD Nathalie	CHARBIT Jonathan	FITENI Frédéric	MARGUERITTE Emmanuel
BERTCHANSKY Ivan	CHEVALLIER Thierry	FOURNIER Philippe	MARTIN Lucille
BIBOULET Philippe	CHEVALLIER-MICHAUD Josyane	GAILLARD Nicolas	MATTATIA Laurent
BIRON-ANDREANI Christine	COLIN Olivier	GALMICHE Sophie	MEROUEH Fadi
BLANC Brigitte	CONSEIL Mathieu	GENY Christian	MEYER Pierre
BLANCHARD Sylvie	CORBEAU Catherine	GERONIMI Laetitia	MILESI Christophe



MORAU Estelle	SEGURET Fabienne
MOSER Camille	SENESSE Pierre
MOUSTY Eve	SKALLI El Medhi
MOUTERDE Gaël	SOLA Christelle
PANSARD Nicole	SOULLIER Camille
PERNIN Vincent	STOEBNER DELBARRE Anne
PERRIGAULT Pierre François	TEOT Luc
PEYRON Pierre-Antoine	THIRION Marina
PICARD Eric	VACHIERY-LAHAYE Florence
PICOT Marie Christine	VERNES Eric
PIERONI Laurence	VINCENT Laure
POQUET Hélène	WAGNER Laurent
PUJOL Sarah-Lise	ZERKOWSKI Laetitia
PUPIER Florence	
QUANTIN Xavier	
RAFFARD Laurence	
RAPIDO Francesca	
RIBRAULT Alice	
RICHAUD-MOREL Brigitte	
RIDOLFO Jérôme	
RIPART Sylvie	
RONGIERES Michel	
ROULET Agnès	
RUBENOVITCH Josh	
SANTONI Fannie	
SASSO Milène	
SCHULDINER Sophie	

## **Remerciements**

### *À mon jury de thèse*

À **Madame le Professeur Delphine Capdevielle**, je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider mon jury de thèse. Je vous remercie de la confiance que vous m'avez accordée dans l'élaboration de cette étude qualitative, domaine de recherche dans lequel je débute, et pour les précieux conseils que vous avez pu m'apporter durant ce travail.

À **Monsieur le Docteur Mathieu Lacambre**, je vous remercie de me faire l'honneur de siéger dans mon jury de thèse. Merci pour votre enseignement très précieux, notamment durant mon semestre à l'unité sanitaire. Votre participation à mon jury de thèse est riche de sens du fait de vos compétences et de l'intérêt que vous portez à la psychiatrie légale. Merci pour vos conseils et le partage de connaissances qui m'ont permis d'aller plus loin dans cette thèse.

À **Monsieur le Docteur Thibault Michel**, je te remercie de m'avoir fait l'honneur de diriger cette thèse et de m'avoir fait confiance et accompagné durant sa réalisation. C'est avec plaisir que j'ai pu travailler avec toi et je te remercie pour ton soutien et ta bienveillance. Merci de m'avoir permis de découvrir la recherche qualitative et transmis ta passion pour ce domaine. J'espère que mon travail te fait honneur.

### *Aux juges des libertés et de la détention interrogés pour cette étude*

Un immense merci aux magistrats qui ont participé à cette étude. Merci pour votre accueil, pour le temps que vous m'avez accordé, votre gentillesse et votre bienveillance. Chaque rencontre était un plaisir. La diversité de vos expériences m'a permis d'enrichir ma réflexion sur ce sujet et de modifier ma façon de voir votre travail. Merci pour l'intérêt que vous avez porté à cette étude.

## *Aux différents terrains de stage et à mes collègues*

Merci à toute l'équipe de **l'Unité des Troubles Thymiques** du CHU de Nîmes pour ce premier semestre de psychiatrie. Ce premier semestre fut riche en stress, mais reste un excellent souvenir. Un immense merci à **Justine Montjaux** pour ton accompagnement pédagogique et toute la bienveillance et la patience dont tu as fait preuve avec moi. Tu m'as énormément appris pendant ce semestre à tes côtés. Merci au **Dr Mocrane Abbar** pour votre enseignement, vos innombrables connaissances et votre charisme incontesté. Merci à Wendie, Anna, Amaël et les autres membres de l'équipe pour votre écoute, votre soutien et votre bonne humeur.

Merci aux équipes de **pédopsychiatrie d'Uzès, Beaucaire et Bagnols-sur-Cèze** de m'avoir si bien accueillie. Merci aux **Drs Emmanuel Lafay et Laurie Sürig** pour leur apprentissage passionné de cette discipline si particulière qu'est la pédopsychiatrie. Même si ce n'est pas le chemin que j'ai décidé d'emprunter, je garde en mémoire vos conseils avisés et l'expérience que j'ai pu acquérir à vos côtés.

Merci à **Lucile Villain et Dimitri Fiedos** et à toute l'équipe de **l'UPUP** pour ce semestre intense. Merci de m'avoir fait confiance et poussée à donner le meilleur de moi-même. Ce semestre a été pour moi très formateur et enrichissant. Merci à l'équipe pour votre accueil et votre générosité, vous avez le don de mettre une ambiance de travail particulièrement agréable.

Merci à mon amie **Charlotte** et à **Berengère Pépin** pour ce semestre à **l'USIP** et ce retour que j'attendais tellement au CHU de Nîmes. Merci pour tout ce que vous m'avez apporté, dans cette ambiance chaleureuse, ces matinées dans le bureau, en sismo et en iso. J'ai énormément d'admiration pour votre savoir et votre professionnalisme. Et merci à toute l'équipe de l'unité pour votre accueil et votre bienveillance à notre égard.

Merci à **Maëlane Hellouin** et **Anis Doukkali**, a.k.a. « *la team Titi* » pour ce semestre aux **Tilleuls**.  
Merci d'être aussi passionnés par votre travail et aussi gentils. Ce semestre fut un réel plaisir pour moi, nos longues discussions dans le bureau médical resteront dans ma mémoire. Merci de m'avoir laissé du temps pour rédiger cette thèse et pour tous vos conseils.

Merci à l'équipe de l'**Unité Sanitaire de la maison d'arrêt de Villeneuve-lès-Maguelone** avec qui j'ai eu grand plaisir à travailler et où j'ai pu découvrir le monde de la psychiatrie carcérale.  
Merci au **Dr Lacambre**, au **Dr Manzanera** et au **Dr Bais** pour votre aide précieuse, votre finesse et pertinence clinique et thérapeutique. Merci à **Pauline Leleu** pour tes conseils et ta sympathie.  
Merci pour toutes vos réponses à mes trop nombreuses interrogations dans ce domaine. Merci également à Magali, Nelly et Morgane, à Pénélope, Camille et au Dr Meroueh, à l'équipe d'Arc-En-Ciel, aux infirmières et à Marie, pour votre accueil généreux à mon égard. Et merci à **Aurore** d'être une écoute attentive pour moi, je te souhaite beaucoup de bonheur pour la suite.

### ***Aux copains de l'internat :***

Merci aux Psy' Nîmois de mon premier semestre. Vous avez rendu ce semestre tellement fabuleux, à nos moments de rigolade, à nos soirées et nos vacances. Merci à **Claire**, devenue ma coloc, merci pour ta douceur et ton calme exceptionnel, merci pour ton soutien durant ce travail de thèse, ton écoute et ton courage de me supporter tous les jours, merci pour tous ces moments partagés. Merci à **Chloé**, c'est une chance pour moi de t'avoir rencontrée. Tu resteras pour moi une interne de psy, même si tu es partie pour d'autres aventures, je te souhaite beaucoup de bonheur. Merci à **Marion**, Bubur, à ton dynamisme et ta bonne humeur à toute épreuve, tu m'as toujours impressionnée, quel charisme ! Merci à **Vanessa**, Vanounou, pour ta douce folie, ton rire et ta gentillesse. Merci à **Julien** pour ton calme apparent et tes petites blagues discrètes. Merci à **Lionel** a.k.a. Kiki, pour tes conseils les plus avisés en jeux de société. Merci à **Charlotte**, à nos discussions toujours plus

enrichissantes, à nos potins, à tes conseils et ta générosité. À **Manu** et **Pauline** pour ces agréables moments à vos côtés. Merci d'avoir rendu ce semestre si exceptionnel, merci pour votre réassurance dont j'avais besoin. Je n'oublie pas la chance que j'ai eue d'être à vos côtés.

Merci à **Méridith**, à cette première rencontre sur le palier dont je me souviens bien et à toutes nos conversations plus tard, à ton côté bricolo et ta joie communicative. À **Élise** et **Marion**, merci pour tous ces agréables moments partagés ensemble, nos discussions sur l'avenir et nos désirs de maisons en pierre et de guirlandes guinguettes. Merci à tous les autres copains de l'internat de Nîmes.

Merci à mes amis uzétiens pour ce semestre, à nos dîners-potins qui me manquent beaucoup, à nos swipes et à nos moments de rires. Merci à **Thomas**, pour ton sourire et ta gentillesse, pour le soutien mutuel pendant la rédaction de cette thèse. Une pensée émue pour tous ces stages que tu as pris juste avant moi et que je n'aurais jamais la joie de connaître. Merci à **Inès**, j'ai apprécié passer ces 6 mois à tes côtés, à ta tendance tête en l'air et ta gentillesse. Merci à **Anthony**, alias Minou, l'interne de pharma de la bande.

Merci à mes co-internes de l'UPUP, **Raphaël** et **Aurélien**, de m'avoir supportée pendant ce semestre, enfermés dans un bureau sans fenêtre, et de l'avoir rendu encore plus sympa.

Un immense merci à ma co-interne préférée et amie, **Fanny**, pour ton soutien indéfectible, ta douceur et ta générosité. À nos longues journées à l'USIP avec les patients qui entrent brutalement dans le bureau, à ceux qui tentaient de faire de la télépathie avec toi, au temps passé à râler. Merci pour ces bons souvenirs construits ensemble. Merci aux autres co-internes de Nîmes, à Romain, Aurèle, Arnaud, Thomas, pour ce semestre intense rempli de beaucoup trop de gardes.

Merci aux autres copains de promo : à Marion et ton anxiété légendaire, à nos plaintes communes et nos discussions, à Leïla pour ta douceur et ton calme, à Sandra, Éléonore, Jules, Sophie, Suzy, Yassine (même si parfois tu es épuisant), Lou.



Merci aux copains du groupe de cardio-boxe, à nos sessions sur le stade de la Colombière et à Sonia de m'avoir permis de faire autre chose que la thèse les mardis soir.

***Aux amis de l'externat, aux amis d'avant et de toujours :***

Merci à **Laura**, à notre rencontre, il y a maintenant 12 ans, autour d'un bécher et d'une fourmi qui a tout changé. A nos nombreux fous rires, nos aventures, nos voyages. Nous n'aurons peut-être pas l'occasion d'être prix Nobel toutes les deux, mais je suis fière de ton parcours de docteur en chimie et de la personne que tu es devenue. Merci d'être là tous les jours, de ton soutien indéfectible, même loin de moi. À nos projets tant professionnels que familiaux.

Merci à mes copines du lycée, à **Léa, Claire, Manon et Charlotte**, d'avoir partagé avec moi tous ces moments d'amitié de l'adolescence jusqu'à aujourd'hui, ces voyages et ces fêtes. Vous me manquez chaque jour.

Merci à **Jourisse**, merci d'être l'une de mes plus fidèles amies, d'être toi et de me supporter depuis toutes ces années. Je garde en mémoire (et sur clé USB bien entendu !!!) tous ces moments passés, tous ces fous rires, du badminton et ping-pong au gymnase du collège (toi-même, tu sais de quoi je veux parler) en passant par nos soirées étudiantes du jeudi soir qui finissaient en after chez toi à 2h du mat avec beaucoup trop de personnes que ne pouvait en contenir ton appartement, à nos conneries, à nos années collège et d'externat passées ensemble, à nos interminables heures de révision. Je ne serais pas celle que je suis aujourd'hui sans toi. Et merci pour ton aide dans la rédaction de cette thèse !

Merci à **Fantine**, j'ai l'honneur de te compter parmi mes plus proches amis, merci pour ton soutien depuis l'externat, d'abord pour l'ECN, avec nos journées BU – RU – Café, en jogging-babouches, puis maintenant pour la thèse. Merci pour tes conseils. Quel honneur et plaisir de soutenir ma thèse

le même jour que toi (et à notre pot de thèse qui sera, je n'en doute pas, plus que mémorable) !! Je suis très fière de toi, de nous et notre réussite et je suis certaine que tu feras un formidable docteur.

Merci à la team des **Docteurs Kovyd**, pour votre soutien, tant au moment de l'externat que pour l'internat, même à plusieurs kilomètres de distance : merci à **Jourisse** ; merci à **Justine**, tu es une mère pour nous, merci pour ta bonne humeur, ta douceur et ta gentillesse ; merci à **Andy** pour ton grain de folie et ton dynamisme, aux mythiques soirées bouffe chez toi ; merci à mes 2 **gonz' du Chazou** adorées : à **Fantine**, à **Melodi**, ma Mémé, je ne suis pas certaine d'avoir eu une très bonne influence sur toi, je ris en repensant à ce que Jou, Ju et moi pouvions te faire dire pendant nos pauses (et j'avoue que j'ai un peu honte avec du recul), merci pour tout ce que tu m'as apporté, tous ces moments partagés qui laissent un souvenir impérissable. À vous tous, vous êtes devenus ma famille, vous me manquez énormément.

Merci aux autres membres de la team du **Hashtag Routine** avec lesquels j'ai passé 6 belles années d'externat, même si nos chemins se sont séparés depuis.

À **Marie**, ma sportive préférée, à nos joggings autour du Doubs, nos discussions interminables, nos ragots, merci.

### *À ma famille*

À mes parents, sans qui je ne serais pas là aujourd'hui. Merci à toi **Maman**, d'être toujours là, de m'aider et de me guider de la meilleure façon que tu peux, d'être la personne la plus importante à mes yeux et celle que j'admire le plus. Je t'ai vu travailler auprès des patients tout au long de mon enfance de façon sérieuse et passionnée, et tu m'as transmis cette dévotion au travail. Tu t'es investie dans mes études, je me souviendrais toujours de mes révisions de PACES avec toi et nos fous rires. Merci de me donner la chance de faire mes propres choix avec toute ta bienveillance.

Tu es mon modèle, j'espère un jour être à ta hauteur et te rendre fière. Merci à toi, **Papa**, de m'avoir transmis tes valeurs, de ton soutien durant ces longues années d'étude. Merci d'avoir pris tous les risques en imprimant mes photocopiés, je pense que c'est en partie grâce à ça que j'en suis là aujourd'hui. Merci pour tes conseils, merci de m'avoir guidé tout au long de ma vie. J'espère te rendre fier.

Merci à **Lauryne** et **Pierre**, d'avoir été le frère et la sœur que vous avez été pour moi, d'être mon soutien sans condition. Merci pour ces innombrables fous rires, ces disputes, ces réconciliations, cette joie et ce bonheur que vous m'apportez tous les jours. Je vous aime d'un amour infini. Merci à **Louane** et **Gabin**, mes deux amours, de faire de moi la tata la plus heureuse et chanceuse au monde.

À toute la famille du côté de maman : merci à Papi, à ta rigueur, ta sagesse et ta bienveillance. Une pensée émue pour tous les bons souvenirs avec Mamie, j'espère que de là-haut, tu es fière de moi, et Tata Sylvie. Merci à mes oncles et tantes, à mes très nombreux cousins et cousines et à la famille plus éloignée pour tous ces beaux moments de famille à vos côtés, toutes ces cousinades à ne plus savoir qui est qui.

À tous les autres qui ont croisé ma route, les amis perdus de vue et à ceux que j'ai oublié de citer, merci.

# **Table des matières**

LISTE DES ABREVIATIONS.....	28
INTRODUCTION DETAILLEE .....	29
1. ÉVOLUTION DE LA LEGISLATION EN FRANCE .....	29
2. ÉVALUATION DU CONSENTEMENT AUX SOINS.....	30
3. LES DIFFERENTES INDICATIONS D’HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT .....	31
4. LA LEGISLATION INTERNATIONALE EN MATIERE DE SOINS SANS CONSENTEMENT EN SANTE MENTALE .....	32
5. LA PLACE DU JUGE DES LIBERTES ET DE LA DETENTION EN PSYCHIATRIE .....	33
6. LA REFORME DE LOI SUR L’ISOLEMENT ET LA CONTENTION.....	36
ARTICLE .....	37
INTRODUCTION.....	37
METHODE.....	39
<i>Participants</i> .....	39
<i>Passation des entretiens et analyse</i> .....	39
RESULTATS .....	41
1. <i>Inclusions</i> .....	41
2. <i>Caractéristiques sociodémographiques</i> .....	41
3. <i>Résultats de l’analyse qualitative</i> .....	42
3.1. La loi de juillet 2011 : un contrôle systématique du respect des droits.....	42
3.2. JLD : un rôle difficile de contrôle du respect de la procédure et du bienfondé de l’hospitalisation en psychiatrie sans connaissances médicales.....	43
3.3. Le temps de l’audience ne vise pas à une évaluation du bienfondé de l’hospitalisation. Il crée un espace de parole pour les patients.....	45
3.4. Influence et impact de la décision du juge, perception d’une nouvelle mesure après une mainlevée.....	46
3.5. Le lien entre les magistrats et l’hôpital : davantage sur des réunions qu’en individuel ...	48
DISCUSSION.....	49
LIMITES .....	51
CONCLUSION .....	52
RESULTATS COMPLEMENTAIRES.....	53
a. La loi de juillet 2011 : un contrôle systématique du respect des droits .....	53
b. JLD : un rôle difficile de contrôle du respect de la procédure et du bienfondé de	

l'hospitalisation en psychiatrie sans connaissances médicales.....	53
c. Le temps de l'audience ne vise pas à une évaluation du bienfondé de l'hospitalisation. Il crée un espace de parole pour les patients.....	55
d. Influence et impact de la décision du juge, perception d'une nouvelle mesure après une mainlevée.....	56
e. Le lien entre les magistrats et l'hôpital : davantage sur des réunions qu'en individuel.....	57
f. La réforme concernant les mesures d'isolement et de contention : une réforme logique mais précipitée sans permettre sa mise en place adéquate.....	58
g. La formation des JLD : une partie théorique sur les troubles psychiatriques indispensable mais une plus grande importance d'une formation pratique auprès des JLD en fonction.....	58
BIBLIOGRAPHIE .....	60
ANNEXES .....	64
SERMENT D'HIPPOCRATE.....	66
RESUME.....	67

## **Liste des abréviations**

CDHP : Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CH : Centre Hospitalier périphérique

HAS : Haute Autorité de Santé

JLD : Juge des libertés et de la détention

## **Introduction détaillée**

### **1. Évolution de la législation en France**

La première loi régissant les hospitalisations en psychiatrie, dite « loi Esquirol », date de juin 1838. Elle organise la prise en charge des personnes atteintes de troubles mentaux, appelées les « aliénés » et permet la création des « asiles psychiatriques ». L'hospitalisation est réalisée selon deux modes de « placements » : le placement volontaire, opéré par la famille ou par un tiers et le placement ordonné par l'autorité publique appelé « placement d'office ». Un siècle et demi plus tard, un nouveau cadre légal est défini avec la « loi Évin », datant du 27 juin 1990. On parle alors de « personnes atteintes de troubles mentaux », et les placements deviennent des hospitalisations selon trois modes : libre, sur demande d'un tiers et d'office. Cette loi n'impose pas le contrôle judiciaire mais renforce les recours avec la création des Commissions Départementales des Hospitalisations Psychiatriques (CDHP) (1).

Le système actuel de soins sans consentement est régi par la loi du 5 juillet 2011 (2), votée en procédure d'urgence sous la pression de la jurisprudence du Conseil Constitutionnel, du Conseil d'État et de la Cour Européenne des Droits de l'Homme (3–5), et de sa réforme en septembre 2013 (6). Cette loi apporte de nombreuses modifications : elle renforce les droits des patients par une obligation d'information sur leur droits et voies de recours à chaque temps de soins et dans la mesure où leur état le permet ; elle ordonne la mise en place d'une période initiale de soins et d'observation de soixante-douze heures ainsi qu'un examen somatique dans les vingt-quatre heures suivant l'admission ; elle instaure un contrôle judiciaire systématique par le JLD qui se prononce sur la mesure d'hospitalisation sans consentement au plus tard dans les douze jours suivant l'admission puis tous les six mois ; elle impose, pour les audiences, l'assistance obligatoire par un avocat et privilégie sa tenue dans la salle spécialement aménagée dans l'établissement d'accueil ; elle introduit les soins en ambulatoire sous la forme d'un programme de soins et une nouvelle modalité d'hospitalisation sans consentement : les soins pour péril imminent, en l'absence de tiers disponible. Enfin, elle clarifie la rédaction des certificats médicaux exigés dans la procédure de

soins sans consentement, à savoir deux certificats médicaux établis dans les vingt-quatre heures et au cours du troisième jour par un psychiatre de l'établissement et un avis motivé à produire entre le sixième et le huitième jour, réalisé dans le but d'aider le JLD à statuer sur le maintien de la mesure (7).

## **2. Évaluation du consentement aux soins**

Ainsi, le JLD a pour mission de contrôler dans les douze premiers jours d'hospitalisation la présence de trois critères nécessaires à la mise en place d'une hospitalisation sans consentement : la présence d'un trouble psychiatrique, l'altération de la capacité à consentir et la nécessité de soins immédiats (8). Son intervention contrôle ainsi l'évaluation médicale de la capacité à consentir. Cette évaluation, pourtant centrale, est difficile car il n'existe pas de sémiologie précise du consentement, ce qui peut expliquer les disparités des taux d'hospitalisations sans consentement dans les différentes régions françaises (9). La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations afin de permettre l'évaluation de cette capacité à consentir en s'appuyant sur cinq dimensions (8) :

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

Cela présuppose que le patient a été informé du caractère pathologique des troubles qu'il présente, de leurs retentissements possibles et des modalités et conditions d'application du traitement nécessaire. La capacité à consentir implique les capacités cognitives d'un patient ainsi que l'insight qu'il présente vis à vis de sa pathologie. Cependant, la plupart des études sur le sujet s'accordent à dire que l'insight n'est pas nécessaire pour être capable de consentir et s'investir dans les soins (10).

Le consentement est bien réglementé sur le plan juridique. En effet, il figure tout d'abord depuis 1994 dans le Code Civil avec les lois de bioéthique, et plus précisément dans l'article 16-3 qui prévoit les cas de dérogation appliqués pour les soins sans consentement « *le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir* » (11). De plus, selon l'article 36 du Code de Déontologie de 1995, « *le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse des investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences* » (12).

Ainsi, les soins sans consentement en psychiatrie constituent une dérogation aux principes généraux du consentement. Dans tous les cas, le recueil préalable du consentement reste la règle, et ce à chaque étape de la prise en charge. De la même façon, lorsqu'un patient est admis en hospitalisation sans consentement, le médecin a l'obligation de porter à la connaissance de son patient les décisions d'admission et de maintien des soins, les raisons qui les motivent, mais aussi les informations relatives à sa situation juridique, ses droits, ses voies de recours et garanties (2).

### **3. Les différentes indications d'hospitalisation sans consentement**

Plusieurs indications ont été proposées par le groupe de travail de la HAS (8) :

- Le risque suicidaire, dans le cas d'une « urgence élevée » ;
- Le risque d'atteinte potentielle à autrui lié à un trouble mental ;
- La prise d'alcool ou de toxiques si elle est associée à des troubles psychiatriques et/ou des antécédents de passage à l'acte et/ou un risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui ;
- Le délire ou les hallucinations selon des critères de gravité ;
- Les troubles de l'humeur ;
- Le degré d'incurie si elle est associée à des troubles cognitifs, à des troubles de l'humeur, au délire, aux hallucinations.



Par ailleurs, une étude allemande s'est intéressée aux facteurs prédictifs d'hospitalisation sans consentement. Ils retrouvaient que le diagnostic était le facteur prédictif le plus puissant, avec notamment des diagnostics de troubles psychiatriques d'origine organique, de troubles psychotiques et de déficience intellectuelle (13).

#### **4. La législation internationale en matière de soins sans consentement en santé mentale**

La réglementation en matière d'hospitalisation ou placement sans consentement varie considérablement à travers l'Europe, ne permettant pas une comparaison fiable. En effet, entre les pays d'Europe, il existe différents systèmes et organisations juridiques et sanitaires, différentes pratiques en lien avec des référentiels sanitaires et culturels. De plus, il n'existe pas de recueil de données centralisé rendant les données disponibles de prévalence peu fiables avec de nombreux pays qui ne publient aucune donnée concernant l'utilisation de mesures d'hospitalisation sans consentement.

Cependant, un certain nombre de pays, où les données sont disponibles sur les hospitalisations sans consentement, ont signalé une augmentation du recours à l'hospitalisation sans consentement comme en Angleterre, en Ecosse, en Irlande, en Belgique, en France et au Pays Bas. Dans d'autres pays comme l'Autriche et la Suède, le taux reste stable depuis plusieurs années. A contrario, en Finlande et en Allemagne, on constate une diminution des taux d'hospitalisations sans consentement liés à des réformes de la législation et aux programmes de prévention (14). Dans tous les pays d'Europe, la législation évolue que ce soit en matière de pratique d'hospitalisation sans consentement qu'en matière d'isolement ou de contention. De ce fait, différents programmes de prévention pour la réduction de ces mesures sont progressivement mis en place (formation du personnel hospitalier mais aussi des forces de l'ordre et autres agents du service public, réduction des délais légaux, fermeture des hôpitaux psychiatriques comme en Italie, mise en place d'unités mobiles de santé mentale, etc...) (15).

Plusieurs études européennes ont été réalisées dans l'objectif de rassembler, décrire et analyser des informations sur les différences ou les similitudes des cadres juridiques pour l'hospitalisation ou le traitement contraint des malades mentaux dans l'Union Européenne (16–18). La plupart des états membres réglementent l'admission sans consentement des malades mentaux au moyen de lois sur la santé mentale. Seules la Grèce, l'Italie et l'Espagne ne le font pas. Cependant, il existe une disparité importante en matière de législation. Ainsi, pour tous les états membres, la présence d'un trouble mental est une des conditions nécessaires à l'hospitalisation. A cela s'ajoute soit la nécessité que le patient représente un danger pour lui-même ou pour autrui (Autriche, Belgique, France, Luxembourg, Allemagne, Pays Bas) soit la nécessité d'un traitement (Italie, Espagne, Suède) ou encore l'un des deux pour le Danemark, la Finlande, le Royaume Uni, le Portugal. De plus, l'auteur de la décision d'hospitalisation varie, il s'agira d'un psychiatre en Espagne, au Portugal, en Autriche ou au Royaume Uni, et de n'importe quel médecin en France, en Belgique, en Allemagne ou en Italie. Dans tous les cas, la poursuite des soins est toujours décidée par un psychiatre. Dans certains pays, la loi autorise l'hospitalisation contrainte sans pour autant autoriser le traitement contraint, c'est le cas en Autriche, en Belgique, en Allemagne, en Grèce, et au Royaume Uni. L'implication du juge varie également en fonction des pays, de même que son délai d'intervention. Ce dernier sera impliqué dans la décision d'hospitalisation sans consentement en France, en Belgique, en Autriche, en Allemagne par exemple, quand il ne sera pas du tout impliqué au Danemark, en Finlande, en Norvège ou en Suède.

## **5. La place du juge des libertés et de la détention en psychiatrie**

Le JLD est né de la loi du 15 juin 2000 qui renforce la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes. En psychiatrie, il n'intervient que dans le cas d'hospitalisations complètes, car, en effet, le droit français considère que l'obligation de soins psychiatriques ambulatoires sans consentement constitue seulement une restriction de la liberté individuelle (19,20).

Initialement dans les lois de 1838 et de 1990, il n'est question que d'un recours judiciaire, mais depuis la loi de juillet 2011, le recours au JLD est systématique, lui confiant une place centrale de contrôle des hospitalisations sans consentement en vue de garantir le respect du droit des patients. Cette nouvelle disposition légale découle du fait que l'hospitalisation complète est considérée, du point de vue juridique, comme une situation de privation de liberté (2). L'instauration d'un contrôle judiciaire systématique vise à circonscrire la limitation de la privation de liberté à la stricte nécessité médicale, dans le respect des droits du patient. Il prend alors en compte en premier lieu la forme, c'est à dire le respect des procédures d'hospitalisations sans consentement telles qu'elles sont décrites dans la loi (2) : production des certificats dans les délais, auteurs des certificats précisément identifiés, preuve de la recherche de tiers en cas de péril imminent, preuve écrite des notifications des droits aux patients, examen somatique des vingt-quatre heures précisé. D'autre part, il vérifie le bienfondé de la mesure d'hospitalisation complète. La loi en vigueur ne détaille pas les modalités exactes de ce contrôle, il s'agira en pratique principalement de s'appuyer sur la motivation des certificats médicaux (description clinique détaillée et circonstanciée, cadre juridique de la mesure, motivation correspondant aux critères légaux de la procédure engagée), mais le JLD peut prononcer sa décision selon sa propre appréciation du patient en fonction des éléments cliniques qu'il aura repéré durant l'audience (2,21,22).

A l'issue du délibéré, le JLD peut ordonner trois types de mesure : la poursuite de l'hospitalisation complète, la mainlevée immédiate ou assortie d'un délai d'effet de maximum vingt-quatre heures, en vue de l'établissement d'un programme de soins. Deux études françaises s'intéressant aux motifs de mainlevées judiciaires ordonnées par le JLD ont été réalisées. La première étude a analysé 117 décisions judiciaires de mainlevée et a permis l'établissement d'une classification des motifs de mainlevée en trois grands groupes, en fonction de l'origine du motif (23) :

- Motifs médicaux :
  - Critères légaux d'admission non remplis,

- Médecin dit « incompetent », du fait d'une restriction imposée par la loi (par exemple : lors d'une mesure de péril imminent, un certificat médical émanant d'un médecin de l'établissement d'accueil),
- Absence d'examen somatique (défaut de preuve de sa réalisation),
- Programme de soins non conforme.
- Motifs administratifs :
  - Délégation de signature non conforme. La délégation de signature est un acte juridique par lequel un déléguant délègue la faculté de signer des documents et actes énumérés dans la délégation à une autre personne (le délégataire).
  - Identification du signataire impossible. En effet, doivent être détaillés sur tout document administratif le nom, prénom et qualité du signataire.
  - Absence de motivation des décisions.
- Motifs transversaux :
  - Information inadaptée au patient,
  - Absence de recueil des observations du patient,
  - Délais écoulés (dans la production des certificats médicaux, des décisions administratives et dans la saisine du JLD),
  - Absence de documents lors de l'audience,
  - Procédure avec tiers irrégulière,
  - Irrégularité avec le mandataire judiciaire, qui doit être prévenu par l'établissement d'accueil de l'hospitalisation sans consentement de la personne majeure protégée et doit être présent lors de l'audience devant le JLD.

Une seconde étude, menée en région Parisienne, a utilisé cette classification pour détailler les motifs de mainlevées (24). Les auteurs retrouvaient que les principaux motifs de mainlevée étaient des motifs transversaux (53%, en majorité des délais écoulés et une information inadaptée) et médicaux (32% avec une majorité de critères d'admissions non remplis). Dans cette étude, aucune

mainlevée n'était en lien avec des motifs administratifs.

Nous n'avons trouvé qu'une seule étude française explorant le point de vue des JLD sur les soins sans consentement en psychiatrie, avec des limites méthodologiques (questionnaire écrit, un seul informant) (22). Il en ressort que, pour les JLD, la motivation des soins psychiatriques est du ressort des psychiatres, qui doivent fournir des certificats médicaux suffisamment motivés et que le temps de l'audience, bien qu'assez court, est principalement utile à la vérification de la procédure et de la motivation des certificats.

L'audience devant le JLD constitue un facteur de stress pour le patient, pour qui l'intérêt et les objectifs ne sont pas perçus immédiatement (25). Dans une étude menée en France sur une population de patient, les auteurs retrouvaient que peu de patients étaient capables de citer le lieu de l'audience et le titre exact du juge. La moitié des patients ont contesté la mesure d'hospitalisation lors de l'audience et plus de la moitié ont bénéficié de l'aide d'un avocat. Une majorité des patients a estimé que le JLD était à l'écoute et s'était montré bienveillant. Cependant, la plupart des patients présente un sentiment d'injustice et remet en cause l'impartialité et l'indépendance du JLD concernant sa décision de maintien des mesures d'hospitalisations (26).

## **6. La réforme de loi sur l'isolement et la contention**

Plus récemment, contraint par le Conseil Constitutionnel ayant rendu un rapport très négatif au sujet de l'absence de contrôle judiciaire des mesures d'isolement et de contention en tant que mesures privatives de liberté, la législation a été modifiée concernant ces mesures (27), avec l'instauration d'un contrôle non systématique par le JLD, saisi soit par lui-même, soit par l'entourage du patient (parents, tuteur ou curateur, ou toute personne pouvant agir dans l'intérêt de la personne hospitalisée) ou encore le patient lui-même. Il s'agit alors d'un renforcement du contrôle judiciaire en matière de soins sans consentement psychiatrique.

## Article

### **Introduction**

Le recours systématique au juge des libertés et de la détention (JLD) dans les procédures de soins sans consentement a été mis en place par la loi du 5 juillet 2011 (2,6). Elle renforce les droits des patients par une obligation d'information sur leurs droits et voies de recours, instaure une période initiale de soins et d'observation de soixante-douze heures et un contrôle systématique par le JLD dans les douze jours suivant l'admission puis tous les six mois (1,3–5,7).

Le JLD a pour mission de contrôler la présence de trois critères nécessaires à la mise en place d'une hospitalisation sans consentement : la présence d'un trouble psychiatrique, l'altération de la capacité à consentir et la nécessité de soins immédiats (8). Son intervention contrôle ainsi l'évaluation médicale de la capacité à consentir. Celle-ci est difficile car il n'existe pas de sémiologie du consentement, pouvant expliquer les disparités des taux d'hospitalisations sans consentement dans les différentes régions françaises (9). La Haute Autorité de Santé (HAS) a émis des recommandations pour faciliter cette évaluation de la capacité à consentir en s'appuyant sur cinq dimensions (8). De plus, différentes études se sont intéressées aux facteurs prédictifs ou aux indications d'une hospitalisation sans consentement (8,13).

Les études internationales retrouvent une disparité dans la réglementation des soins sous contrainte en psychiatrie, notamment en Europe. Différentes pratiques de prévention pour la réduction de ces mesures sont mises en place (14,15). Plusieurs études européennes comparent les cadres juridiques pour les soins sans consentement en santé mentale : tous les pays ne recourent pas aux JLD et leur implication varie en fonction des pays (16–18,28).

En France, le JLD est le garant du bon respect des droits des patients (19,20). Le contrôle judiciaire systématique vise à assurer que la privation de liberté est justifiée par une nécessité médicale. Il s'effectue sur la forme, c'est-à-dire le respect des procédures d'hospitalisations sans consentement, et sur le fond, la loi ne précisant pas par quel moyen, il s'agira principalement de

la motivation des certificats médicaux, mais le JLD peut prononcer sa décision selon sa propre conviction (21,22,24). Nous n'avons trouvé qu'une seule étude française explorant le point de vue des JLD sur les soins sans consentement en psychiatrie, réalisée à l'aide de questionnaires (22). Il en ressort que, pour eux, la motivation des soins psychiatriques est du ressort des psychiatres, qui doivent fournir des certificats médicaux suffisamment motivés et que le temps de l'audience était principalement utile à la vérification de la procédure et de la motivation des certificats.

La loi du 5 juillet 2011, en systématisant le recours au JLD, a modifié les pratiques médicales et au quotidien les décisions du juge peuvent avoir un impact sur les trajectoires de soins. Par ailleurs, plusieurs études s'intéressant au vécu des patients lors des audiences devant le JLD montrent qu'elles peuvent constituer un facteur de stress pour le patient, son intérêt et ses objectifs n'étant pas perçus immédiatement (25). Certains rapportent un sentiment d'injustice, avec remise en cause l'impartialité des JLD (25,26).

**Nous souhaitons donc interroger l'expérience et le vécu de leur rôle de JLD, afin de mieux comprendre les modalités de leur exercice et leurs attentes vis-à-vis des psychiatres. L'enjeu est de repérer les leviers d'amélioration de nos pratiques et une meilleure compréhension de ce contrôle.**

## **Méthode**

Nous avons réalisé une étude qualitative phénoménologique, dans un paradigme compréhensif, centrée sur l'expérience vécue des JLD exerçant un contrôle des soins sans consentement en psychiatrie. Nous avons utilisé un guide d'entretien semi-directif, élaboré à partir des données de la littérature. Le guide d'entretien est évolutif et adaptable. Il permet d'aborder des thèmes communs, en préservant le discours tel qu'il apparaît spontanément. Le guide d'entretien selon sa forme la plus actualisée est présenté en annexe (Annexe 1).

### ***Participants***

Les participants ont été recrutés parmi les JLD dans trois départements différents, dans quatre villes de la région Occitanie. Ils ont été contactés par l'auteur par téléphone, e-mail ou courrier. La participation était libre et volontaire.

L'échantillonnage était intentionnel en vue de recruter des acteurs compétents avec pour critères d'inclusion l'exercice de contrôle de JLD des mesures de soins sans consentement psychiatriques, acceptant de répondre à un entretien oral et donnant leur accord pour un enregistrement audio. L'échantillonnage a été effectué en prenant en compte le principe de variation maximale des caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, type de missions, durée d'exercice, hôpital de référence), permettant de faire émerger les expériences vécues les plus diverses possible. La taille de l'échantillon n'a pas été fixé à l'avance, l'inclusion était poursuivie jusqu'à saturation des données. L'investigateur principal n'avait jamais rencontré les participants auparavant.

### ***Passation des entretiens et analyse***

Les entretiens ont tous été conduits par l'investigateur principal. Ils ont été réalisés en présentiel ou par visio-conférence. Les entretiens étaient enregistrés et intégralement retranscrits,



mot à mot (verbatim). Le verbatim recueilli a été analysé par une approche phénoménologique consistant à analyser l'expérience vécue des personnes interrogées inscrite dans le discours des juges. La méthode choisie est l'analyse sémio-pragmatique inspirée de la méthode de Peirce (29). Après une première lecture, le texte est découpé en unités de sens, qui sont thématiques puis mises en lien les unes avec les autres afin d'obtenir des catégories globales qui organisent l'analyse.

# Résultats

## 1. Inclusions

Neuf juges ont été contactés, deux ont refusés de participer à l'étude. Sept participants ont été inclus dans l'étude, entre décembre 2020 et avril 2021.

Tous les entretiens ont été conduits par l'auteur et ont été réalisés au tribunal judiciaire ou par visio-conférence. Ils duraient en moyenne 1h (47min à 1h21). Les participants sont numérotés de JLD1 à JLD7.

## 2. Caractéristiques sociodémographiques

Parmi les sept participants, on retrouve 3 femmes et 4 hommes, âgés entre 37 et 56 ans. Le nombre d'années d'exercice en tant que JLD allait de 2 à 7 ans. Quatre exerçaient leur contrôle en Centres Hospitaliers Universitaires (CHU) et Centres Hospitaliers périphériques (CH), les 3 autres uniquement en CH.

### 3. Résultats de l'analyse qualitative

#### 3.1. La loi de juillet 2011 : un contrôle systématique du respect des droits

Les juges interrogés conçoivent leur intervention comme une intrusion de la justice au sein de la psychiatrie, permettant un avis extérieur sur le fonctionnement global de la psychiatrie hospitalière et sur le travail des psychiatres.

JLD6 : *« c'est plus une intrusion du judiciaire dans la psychiatrie, un regard extérieur sur le fonctionnement de l'institution psychiatrique ».*

La réforme permet, selon les JLD, une meilleure information aux patients sur les soins sans consentement et leurs droits.

JLD5 : *« on avance un petit peu quand même dans le respect du droit des gens, ça permet que les psychiatres et les personnels administratifs informent mieux les gens sur les raisons pour lesquelles on les garde ».*

Néanmoins, une majorité des JLD perçoit la systématisation du contrôle comme peu utile tant les mesures d'hospitalisations sont quasi-systématiquement poursuivies. L'un des JLD souligne que la saisine systématique ne lui semble pas justifiée et même en contradiction avec le droit civil :

JLD3 : *« En matière civile le principal du droit c'est que les gens saisissent le juge [...] Là, comme on part du principe que les gens sont malades, on ne fait pas comme ça, le juge intervient de manière systématique, donc c'est quand même une énorme exception à la règle » « Mais la saisine systématique du juge c'est un travail énorme pour un résultat quasiment nul, parce que la plupart du temps, on maintient les gens à l'hôpital ».*

### **3.2. JLD : un rôle difficile de contrôle du respect de la procédure et du bienfondé de l'hospitalisation en psychiatrie sans connaissances médicales**

Le contrôle du respect du droit est abordé d'une façon très différente dans le contexte d'hospitalisation sans consentement en psychiatrie. En effet, les JLD rapportent ne pas se sentir légitimes à contrôler des mesures de soins décidées par un médecin, alors qu'ils n'ont pas de compétences médicales.

*JLD2 : « Nous c'est ça qui est compliqué, c'est qu'on n'est pas du tout spécialistes des soins ou de la psychiatrie, c'est complètement à part dans le domaine judiciaire » « Après c'est pas un contentieux où, logiquement, on doit lever beaucoup de mesures, parce que ça, avant tout, c'est une appréciation médicale, on n'est pas médecins ».*

Dans ce contrôle du respect de la procédure, les JLD recherchent un équilibre entre la préservation des droits, la gravité de l'état de la personne et son besoin de soins en évaluant le grief, c'est à dire l'impact de l'erreur de procédure constatée sur les droits du patient. Cependant, cette appréciation est subjective et sera dépendante de chaque JLD. Ces derniers seront alors plus ou moins stricts dans leur évaluation de l'atteinte aux droits.

*JLD4 : « notre mission, c'est de contrôler la régularité de la procédure administrative. Si elle n'est pas régulière, on se pose la question de savoir si ces irrégularités ont porté atteinte aux droits des patients, leur ont fait grief ».*

*JLD5 : « Je pense que l'idée c'est d'essayer qu'il y ait le moins de mainlevée possible, on sait que c'est pas une bonne chose pour les patients. Mais aussi que les procédures soient le plus correctes possible pour qu'on soit moins à essayer de tordre les textes, parce que c'est pas correct ce qu'on fait parfois ».*

L'autre partie du contrôle judiciaire s'effectue sur la vérification du bienfondé de l'hospitalisation sans consentement. Pour les JLD interrogés, celle-ci s'exerce uniquement au travers de la motivation des certificats médicaux, l'analyse des psychiatres n'est jamais remise en cause. Dans ce contexte, les JLD doivent être capables de repérer, au travers des éléments sémiologiques décrits, la présence d'un trouble mental et l'absence de consentement. Ainsi, si le certificat médical n'est pas suffisamment motivé, cela aboutira à une mainlevée de la mesure.

JLD2 : *« le consentement aux soins c'est pas à l'audience qu'on va le déterminer, c'est l'avis médical qui compte. Donc sur le fond, nous, en fait, on est très liés par les certificats médicaux. Il faut que le certificat médical il soit motivé. Tant que c'est motivé nous on n'a pas de raison de remettre en cause l'analyse médicale ».*

### **3.3. Le temps de l'audience ne vise pas à une évaluation du bienfondé de l'hospitalisation. Il crée un espace de parole pour les patients**

Le temps de l'audience est un moment d'échange entre le JLD et le patient, accompagné de son avocat. Cet échange est très rapide et ne permet pas, selon eux, une évaluation du bienfondé de l'hospitalisation. En effet, ils rapportent une fréquente discordance entre la description des certificats médicaux et la présentation du patient, qui peut se contenir durant l'entretien et ne pas laisser apparaître les troubles. Ainsi, les JLD se disent non influencés par les dires du patient. L'audience n'aura alors pas d'impact sur la prise de décision.

*JLD3 : « Mon rôle est très modeste puisque l'entretien juridiquement ne sert à rien puisqu'effectivement le certificat médical prime sur tout ce qu'il peut me dire. Si le patient j'ai l'impression qu'il est parfaitement normal et qu'on me dit qu'il n'est pas normal entre guillemet, effectivement, bin... C'est le certificat qui prime sur l'entretien ».*

Cependant, l'audience reste importante puisqu'elle permet au patient de s'exprimer librement sur sa perception des soins sans son consentement et du respect de ses droits, permettant une mise en confiance et une réassurance.

*JLD5 : « Est-ce que, lui, il a l'impression qu'on a des violations de ces droits, des manquements... On peut lui laisser cet espace de parole face au juge sur des choses où il pense qu'on n'a pas respecté correctement ses droits ».*

### **3.4. Influence et impact de la décision du juge, perception d'une nouvelle mesure après une mainlevée**

Dans leur exercice, les JLD doivent avoir une position intransigeante. Cependant, les JLD interrogés admettent être influencés par l'état de santé du patient lors de l'audience ou décrit dans les certificats médicaux. Ainsi, plus le patient sera dans un état grave, moins un vice de procédure portera atteinte à ses droits. Ils seront alors attentifs devant un risque d'hétéro ou d'auto-agressivité lié à une pathologie et à la gravité des actes que le patient a pu commettre motivant son hospitalisation.

JLD4 : *« La plupart du temps on couvre les irrégularités de procédure qui sont constatées parce qu'on considère que l'intérêt du patient à être soigné doit primer sur le constat des irrégularités de procédure ».*

Dans cette position intransigeante, les JLD rapportent ne pas prendre en compte, dans leurs décisions, l'impact d'une mainlevée sur la prise en charge du patient. Cependant, ils estiment que la mainlevée peut entraîner une rupture de soins et une rechute.

JLD1 : *« Oui ça peut remettre en cause les soins puisque la personne peut considérer que finalement elle a eu gain de cause, il n'y aura pas de programme de soins, elle ne se rendra pas au médecin. Donc ce qui veut dire qu'il y aura une rechute forcément ».*

JLD4 : *« Nous, l'impact, on le mesure un peu aux courriers qu'on reçoit des familles après, parce qu'on en a régulièrement. C'est arrivé qu'on reçoive des courriers assez étonnants quand même de psychiatres vraiment très en colère ».*

La réalisation d'une nouvelle mesure d'hospitalisation après une mainlevée divise les JLD. Il s'agira d'une procédure acceptée et même encouragée pour certains, tandis que d'autres rapportent une impression d'inutilité et d'absence de respect de leur travail.

JLD4 : *« Si on lève une mesure parce que la procédure n'a pas été respectée, si la procédure est recommencée, moi je vois pas de détournement de procédure ».*

JLD7 : *« Ça veut dire que c'est pas la peine de nous demander de contrôler. A ce moment-là on revient carrément sur le dispositif. Après c'est simple, à mon sens, il suffit de faire un programme de soins contraint, de fixer un rendez-vous immédiat le lendemain, s'il se présente pas, de nouveau il est hospitalisé ».*



### **3.5. Le lien entre les magistrats et l'hôpital : davantage sur des réunions qu'en individuel**

Tous les JLD estiment qu'il n'y a aucun intérêt à une prise de contact avec les psychiatres pour les situations individuelles, expliquant que cela ne changerait rien à leurs décisions et que toutes les explications sont rédigées dans leurs ordonnances.

JLD3 : « *c'est une procédure qui finalement est écrite et si le dossier est irrégulier le psychiatre pourra dire ce qu'il veut, ça sert à rien. Donc non, j'ai aussi un devoir d'impartialité* ».

Quelques JLD expliquent prendre contact avec les psychiatres lorsqu'il existe une discordance entre la présentation du patient et les certificats médicaux, dans l'objectif de mieux comprendre la nécessité de poursuite des soins ou lorsqu'ils vont effectuer une mainlevée pour un patient qui présente des troubles importants.

JLD4 : « *Des fois moi ça m'arrive d'appeler le psychiatre pour essayer de comprendre, pour avoir des éléments complémentaires* ».

Pour tous les JLD, un renforcement du lien est nécessaire et devrait s'effectuer au travers de réunions pluridisciplinaires, intégrant médecins, personnel de l'administration de l'hôpital, JLD, avocats, dont l'objectif est de mettre en évidence les points importants et fréquents entraînant des mainlevées et de faire améliorer le respect de la procédure.

JLD1 : « *J'avais demandé à être reçu par les psychiatres lors de leurs réunions, je pense que c'est à ce moment-là qu'on doit pouvoir peut-être poser les choses* ».

## Discussion

Notre étude qualitative a permis d'explorer l'expérience de juges des libertés et de la détention en psychiatrie et ainsi de mieux comprendre les modalités de leur exercice et repérer des leviers d'amélioration de nos pratiques. Il s'agit de la première étude de type qualitatif s'intéressant à ce sujet.

Selon les juges interrogés, leur contrôle vise à assurer le respect des droits des usagers et leur implication systématique a permis d'améliorer l'information aux patients sur leurs droits, l'hospitalisation complète constituant une privation des libertés fondamentales.

Les magistrats interrogés soulignent l'importance du respect des procédures par les psychiatres (rédaction des certificats médicaux dans les délais impartis et informations aux patients), et par le personnel paramédical et administratif. Les principaux motifs rapportés de mainlevées des mesures de soins sans consentement sont en cohérence avec les données de la littérature, identifiés dans deux études françaises (23,24) : principalement le respect des délais de la procédure (certificats médicaux, saisine du JLD) et la notification appropriée des droits des patients, en cause dans la plupart des mainlevées. Il semble donc nécessaire, pour tous les acteurs impliqués dans la prise en charge des patients, de se familiariser avec les textes de lois et leurs modalités d'application, afin d'éviter toute rupture de soins pour les patients, ayant un impact pronostique défavorable sur leurs troubles.

Le contrôle du JLD s'applique également sur le bienfondé de la mesure d'hospitalisation complète sans consentement. La loi en vigueur ne détaille pas les modalités précises de ce contrôle, permettant aux JLD la possibilité d'évaluer eux-mêmes le bienfondé de l'hospitalisation. Cependant, la jurisprudence donne une place centrale à l'avis médical en prenant en compte l'absence de connaissances du JLD en matière psychiatrique (30). Notre étude met en évidence que les JLD s'appuient principalement sur les certificats médicaux, admettant leurs limites sur l'évaluation des troubles et du consentement des patients. Ces résultats sont concordants avec une

étude française s'intéressant au sujet (22). Ainsi, pour permettre ce contrôle, il est essentiel que les médecins rédacteurs des certificats médicaux s'emploient à une description détaillée de l'état clinique des patients, de leur absence de consentement. Ces certificats médicaux doivent être suffisamment circonstanciés pour justifier la nécessité de la poursuite des soins sans consentement. La Haute Autorité de Santé a mis en place une aide à la rédaction des certificats médicaux dans le cadre des soins psychiatriques dispensés sans le consentement (31).

L'audience est un temps essentiel dans le domaine du droit, permettant un débat contradictoire entre les différentes parties. Tous les JLD interrogés estiment que les audiences dans le contexte psychiatrique ont peu d'impact sur la décision, au motif que l'avis médical prime sur les dires du patient. Elle est néanmoins considérée comme un temps de parole, permettant d'instaurer un climat de confiance et une réassurance du patient. Cependant, les différentes études s'intéressant au vécu des patients sur les audiences devant le JLD mettent en évidence qu'elles constituent un facteur de stress important, une incompréhension et un renforcement du sentiment d'injustice pour les patients (25,26).

Il existe peu de communication entre les magistrats et les équipes médicales et paramédicales prenant en charge un patient. Pour les JLD, un renforcement de ce lien est nécessaire et indispensable, notamment au sein de réunions, afin de faire émerger les points d'amélioration et répondre aux interrogations des psychiatres, pour permettre la diminution des mainlevées. De plus, la compréhension de leur rôle et leurs limites est essentielle pour permettre des échanges davantage tournés vers l'amélioration des soins dans le respect des droits. Les JLD ont conscience de l'impact d'une mainlevée sur les trajectoires de soins, et la majorité rapportent que leur objectif est plus souvent de maintenir les soins malgré certaines irrégularités.

Plus récemment, le champ d'action du contrôle judiciaire s'est élargi avec mise en place d'un contrôle par le JLD des mesures d'isolement et de contention (27). Cette réforme devrait ainsi entraîner une modification de nos pratiques et celles des JLD. Une étude portant sur le point de vue des JLD sur cette réforme pourrait alors compléter les résultats obtenus dans notre étude.

## **Limites**

Pour l'auteur principal, s'agissait de la première conduction d'une étude qualitative, mais une formation lui a été prodiguée et l'analyse a été ajustée tout au long de l'étude par un second auteur, plus expérimenté. Le recrutement des participants était limité à une seule région. Notre étude utilise une méthode qualitative avec un échantillonnage permettant d'atteindre une variation maximale optimale (contrôle soit en CHU, soit en CH périphériques, 2 à 7 ans d'exercice). Cette méthode permet de faire émerger des pistes de compréhension et d'amélioration mais elle ne permet pas une généralisation des résultats. Enfin, les résultats de notre étude n'ont pas encore été restitués aux participants, limitant la validité interne de l'étude.

## **Conclusion**

L'étude qualitative de la perception des juges des libertés et de la détention sur leur rôle de contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement permet de mieux comprendre les modalités de leur exercice et leurs attentes. Le respect de la procédure est primordial, la motivation du bienfondé de l'hospitalisation incombe aux psychiatres car d'une part, le JLD a des connaissances très limitées de la psychiatrie et d'autre part l'audience ne permet pas une évaluation de ce bienfondé. L'audience constitue un espace de parole mais n'a pas d'influence sur la décision des JLD. Les JLD ont la possibilité d'évaluer le niveau d'atteinte aux droits, et vont être influencés par la gravité de l'état de santé d'un patient, perçue pendant l'audience ou décrite dans les certificats. Les JLD attendent alors des psychiatres une motivation détaillée des certificats médicaux et un respect du droit des patients. Ainsi, les psychiatres ont tout intérêt à maîtriser précisément les procédures de loi encadrant les soins psychiatriques sans consentement pour améliorer leurs pratiques quotidiennes et la prise en charge des patients.

## Résultats complémentaires

### **a. La loi de juillet 2011 : un contrôle systématique du respect des droits**

Les juges interrogés conçoivent leur intervention comme une intrusion de la justice au sein de la psychiatrie, permettant un avis extérieur sur le fonctionnement global de la psychiatrie hospitalière et sur le travail des psychiatres.

JLD1 : « *Moi je pense que je suis le deuxième regard, je suis le regard extérieur qui assure la régularité de la procédure et qui peut permettre à la personne de ne pas être bafouée dans ses droits* ».

JLD2 : « *C'est que bénéfique pour le patient et donc ce que ça a pu apporter c'est simplement, à mon avis, qu'on ait... Qu'il y ait ce double regard [...] A mon avis c'est une garantie supplémentaire pour le patient, c'est ça que ça apporte* ».

### **b. JLD : un rôle difficile de contrôle du respect de la procédure et du bienfondé de l'hospitalisation en psychiatrie sans connaissances médicales**

Le JLD vérifie que les restrictions aux droits fondamentaux sont nécessaires, proportionnées et s'inscrivent dans le cadre prévu par la loi. Les JLD seront alors attentifs à la vérification de plusieurs points de procédure. Néanmoins, ils ne soulèvent pas eux-mêmes d'irrégularité de procédure, à l'exception de trois erreurs : **l'absence d'un ou plusieurs certificats**, **la saisine du JLD hors délai** et **l'impossibilité, pour eux, de statuer dans les douze jours ou les six mois**, qui entraîneront alors une mainlevée systématique.

JLD4 : « *Oui, ce que je voulais dire c'est que le juge ne soulève pas d'office de nullité, d'irrégularité de la procédure administrative* », « *Sauf ce qu'on est obligé de vérifier. Donc là-dessus, oui, on peut lever la mesure et enfin on doit le faire, voilà* », « *Après, on est des juges plus ou moins souples, plus ou moins rigoureux dans l'appréciation des irrégularités puis du grief* ».

Depuis la mise en place de cette loi, les JLD interrogés rapportent que la qualité des certificats médicaux s'est nettement améliorée. Les JLD ont détaillé les éléments nécessaires dans les certificats : qu'ils soient plus **fluides** et **compréhensibles** pour tous, qu'ils **décrivent le contexte de l'hospitalisation**, la **présence d'un trouble mental** et sa **nature** (même s'il n'y a pas de diagnostic précis), que soit **notifiées l'absence de capacité à consentir ou l'ambivalence**, et la **raison de la nécessité de soins contraints**. Les certificats de 24h, 72h et l'avis motivé devront **justifier la poursuite de l'hospitalisation sans consentement** (*exemples* : adaptation thérapeutique, apaisement psychique, pas de compliance aux soins, etc...). Dans le cas où les certificats ne développent pas ces points précis, les JLD peuvent prendre la décision d'une mainlevée.

JLD7 : « *Alors je trouve quand même que ça s'améliore au fur et à mesure, mais alors au tout début de cette réforme, les certificats médicaux étaient squelettiques* ».

JLD6 : « *si ça apparaît nulle part que soit il n'a pas conscience des troubles, soit il est pas capable de consentir, soit il est ambivalent, moi je vais pas me substituer à la place du médecin, c'est à dire que c'est au médecin de décider, s'il l'a pas mis c'est qu'il estime qu'a priori le consentement est valable, j'en déduis ça* ».

#### Plusieurs exemples de motifs de mainlevée fréquents ont été soulevés :

- Une mainlevée sera systématique dans le cas de l'absence d'un ou plusieurs certificats, d'une saisine du JLD hors délai et de l'impossibilité pour le JLD de statuer dans les 12 jours ou les 6 mois.
- Une mainlevée sera réalisée si l'absence d'un interprète lors de la notification des droits au patient (ou si la présence d'un interprète n'est pas précisée dans le document de notification des droits) est soulevée par l'avocat ou le patient lui-même.

- Une mainlevée pourra être réalisée en fonction de l'évaluation du grief dans le cas d'un avis des droits tardif voire inexistant et l'absence de recherche de famille en cas de péril imminent.

**c. Le temps de l'audience ne vise pas à une évaluation du bienfondé de l'hospitalisation.**

**Il crée un espace de parole pour les patients**

Les JLD expliquent jouer un rôle important d'explication aux patients de la procédure en cours et constituent une écoute attentive. L'audience permet ensuite de rechercher une compliance aux soins et de comprendre les raisons de cette absence d'adhésion.

*JLD 2 : « Bon, alors c'est important, là, nous, faut qu'on accepte aussi, des fois, d'avoir une position presque passive parce que le patient est là aussi pour avancer son temps à lui », « On est ce temps où le patient il est libre de dire ce qu'il veut. Ça peut amener justement à le mettre en confiance ».*

*JLD5 : « mon rôle est d'abord d'essayer de dialoguer avec la personne pour qu'elle comprenne l'enjeu de ce qui se passe. Mais oui c'est un rôle d'explication quoi, on essaye d'expliquer déjà avant tout qu'est-ce qu'on peut faire et pas faire et la gravité de ce qu'on peut faire ».*

La perception des JLD sur la compréhension des patients de l'audience n'est pas unanime. L'un des JLD pense que son titre de JLD suffit aux patients pour comprendre son rôle, quand d'autres pensent que les patients ne comprennent pas forcément leurs fonctions ou peuvent se montrer inquiets d'être « jugés ».

*JLD3 : « Je dis juste que je suis juge des libertés, je pense que le mot suffit en soi pour comprendre, et en général je pense qu'ils comprennent tout de suite, voilà. Si je commence à expliquer pourquoi je suis là ça irait trop loin ».*



La majorité des JLD prépare les audiences en amont en lisant les éléments contenus dans les dossiers, ce qui leur permet de préparer une trame de décision et de se faire un a priori sur le patient qu'ils vont rencontrer en audience. Ces derniers s'attacheront principalement au certificat d'avis motivé, qui est plus complet sur l'évolution des troubles. D'autres n'en voit pas l'utilité puisqu'ils ne savent pas ce qui va être ou non soulevé par l'avocat ou le patient au moment de l'audience.

JLD3 : « *Maintenant je ne le fais pas parce que quand même, on a un rôle finalement très modeste, et préparer un dossier pour au final avoir un rôle très modeste je vois pas vraiment l'intérêt* ».

#### **d. Influence et impact de la décision du juge, perception d'une nouvelle mesure après une mainlevée**

Les JLD interrogés admettent être influencés par l'état de santé du patient lors de l'audience ou décrit dans les certificats médicaux mais rapportent ne pas prendre en compte, dans leur décision, l'impact d'une mainlevée sur la prise en charge du patient.

JLD2 : « *On s'intéresse à l'état de la personne [...] quelqu'un qu'est pas bien, qu'est dangereux, ça se voit, ça va influencer* ».

JLD 5 : « *Ça peut nous influencer un peu de voir la gravité des actes qu'ils ont pu commettre. Mais cela dit je parle de choses hétéro-agressives parce que c'est la demande du représentant de l'état mais comme on voit des gens suicidaires et tout ça aussi* », « *Et donc ça on va avoir tendance à faire la balance et dire ça fait pas vraiment grief ça porte pas vraiment atteinte. Plus la personne est dans un état grave en gros, moins un vice de procédure lui fera grief quoi. Par rapport à l'intérêt de maintenir les soins* ».

JLD4 : « *Nous l'impact on le mesure un peu aux courriers qu'on reçoit des familles après, parce qu'on en a régulièrement. C'est arrivé qu'on reçoive des courriers assez étonnants quand même de psychiatres vraiment très en colère, davantage des familles. Mais on le sait, l'impact il est parfois dévastateur et sans doute négatif globalement, j'ai pas trop de doute à ce sujet* ».

Pour diminuer l'impact d'une mainlevée, les JLD rapportent différer de 24h la mainlevée dans la plupart des cas, pour permettre aux médecins d'évaluer la pertinence d'un programme de soins ou de débiter une nouvelle mesure.

JLD4 : *« Mais sinon je mets toujours un délai de 24h, ce qui est logique puisque si c'est des mainlevées procédurales, la personne elle est malade mais c'est sur un point de vue de procédure donc il faut qu'elle ait des soins, donc il faut laisser 24h au médecin pour faire un programme de soins un peu à la va-vite. Si c'est sur le fond, malgré tout oui parce que 24h de plus à l'hôpital, comme c'est quand même mieux d'avoir un programme de soins un peu plus réfléchi pour les psychiatres qui, quand même, s'attendaient peut-être pas à une mainlevée. Et puis la personne si elle fait 24h de plus à l'hôpital peut être que l'état va un peu s'améliorer entre temps... ».*

#### **e. Le lien entre les magistrats et l'hôpital : davantage sur des réunions qu'en individuel**

Pour tous les JLD, un renforcement du lien est nécessaire et devrait s'effectuer au travers de réunions pluridisciplinaires, intégrant médecins, personnel de l'administration de l'hôpital, JLD, avocats. Cependant, tous les JLD estiment qu'il n'y a aucun intérêt à une prise de contact avec les psychiatres pour les situations individuelles.

JLD1 : *« J'avais demandé à être reçu par les psychiatres lors de leurs réunions, je pense que c'est à ce moment-là qu'on doit pouvoir peut-être poser les choses. Mais les décisions que je prends, à partir du moment où on les lit, on voit qu'il y a des erreurs à ne plus commettre ».*

JLD4 : *« Nous on est complètement favorables à du lien, d'ailleurs dans des réunions on dit aux médecins qu'ils peuvent nous téléphoner, on a donné nos numéros de portable à l'administration, ils peuvent être diffusés, je vois jamais aucun inconvénient à ce qu'un psychiatre appelle ».*

**f. La réforme concernant les mesures d'isolement et de contention : une réforme logique mais précipitée sans permettre sa mise en place adéquate**

La réforme concernant les mesures d'isolement et de contention est considérée comme logique et était attendue par tous les JLD dans le sens où il s'agit d'une privation de liberté très importante. Cependant, sa mise en place est considérée comme précipitée, sans prendre en compte les contraintes institutionnelles de l'hôpital et les limites de l'intervention d'un JLD.

JLD3 : « *Au niveau de notre charge de travail c'est une catastrophe. Au niveau des psychiatres c'est une catastrophe. Par rapport à la jurisprudence du Conseil Constitutionnel qui l'a encore imposée, c'est logique, il y a une atteinte à la liberté d'aller et venir donc oui, c'est le juge judiciaire oui, c'est constitutionnel oui, c'est logique* ».

JLD4 : « *Je crois que c'est quand même un contrôle utile dans un certains nombres de cas. [...] mais je sais que dans d'autres établissement les gens effectivement sont placés à l'isolement dans des conditions terribles* ».

JLD7 : « *Je crois que les personnes qui ont voté cette loi ne se sont pas rendu compte des difficultés de fonctionnement d'un hôpital, quoi. Donc on est conscient de ça, de tout ce que ça induit derrière. Et c'est extrêmement lourd comme procédé* ».

**g. La formation des JLD : une partie théorique sur les troubles psychiatriques indispensable mais une plus grande importance d'une formation pratique auprès des JLD en fonction**

Tous les JLD ont bénéficié d'une formation de quelques jours sur les éléments de droit et les différents troubles psychiatriques, avec l'intervention de psychiatres. La plupart des JLD estiment que cette formation est indispensable pour savoir comment aborder les patients. Cependant, ce qui apparaît comme le plus important reste la pratique auprès de leurs collègues déjà en poste. La plupart décrivent la nécessité d'une curiosité et de recherche personnelle pour se

créer un lexique médical et une sorte de jurisprudence, en s'appuyant sur différents outils : livres sur l'histoire de la psychiatrie, site du Contrôleur Général des Lieux de Privation de Liberté.

JLD 2 : « *On nous accompagne et après il faut être un peu curieux par contre parce que c'est vrai que c'est pas le cœur de notre métier, donc si on ne s'y intéresse pas, on peut un peu passer à côté je pense* ».

JLD5 : « *Oh bin oui je pense que c'est indispensable hein* » « *Mais après c'est... Oui c'est vrai qu'en psychiatrie c'est spécial mais bon, on n'a pas non plus de formation pour savoir comment aborder les délinquants, comment aborder n'importe quel public. C'est l'expérience en fait, on n'a pas de formation là-dessus. Oui c'est avec la pratique, l'expérience et les stages que l'on fait aux côtés d'autres collègues qu'on acquière notre formation* ».

JLD6 : « *Après il faut pas qu'on devienne des psychiatres non plus, le but c'est pas ça. Mais aborder certaines choses. Moi je me souviens que c'était assez intéressant la formation faite à Paris où il y avait des psychiatres et des magistrats puisqu'en fait il y avait un échange même entre psychiatres sur le sens de l'hospitalisation, notamment* ».

## **Bibliographie**

1. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. La place de l'autorité judiciaire dans les lois françaises de soins sans consentement. *L'Évolution Psychiatrique*. 1 janv 2015;80(1):209-20.
2. Droits des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques. (Articles L3211-1 à L3211-13) [Internet]. Code de la Santé Publique juill 5, 2011. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000028016782/2013-09-30/>
3. Péchillon É. Place de la jurisprudence dans la gestion et l'évolution de la législation relative aux soins sous contrainte. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2012;170(10):706-10.
4. Senon J-L, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». *Annales Médico-psychologiques*. 1 avr 2012;170(3):211-5.
5. Senon J-L, Voyer M. Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2012;170(10):693-8.
6. 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 [Internet]. Code de la Santé Publique, n° 2013-869 sept 27, 2013. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000027996629/2020-10-21/>
7. Jonas C. Le certificat circonstancié de la loi du 5 juillet 2011 : pourquoi ? Comment ? *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2012;170(10):699-702.

8. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux [Internet]. France: Haute Autorité de Santé; 2005 avr. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux](https://www.has-sante.fr/jcms/c_272435/fr/modalites-de-prise-de-decision-concernant-l-indication-en-urgence-d-une-hospitalisation-sans-consentement-d-une-personne-presentant-des-troubles-mentaux)
9. Braitman A, Dauriac-Le Masson V, Beghelli F, Gallois E, Guillibert E, Hoang C, et al. La décision d'hospitalisation sans consentement aux urgences : approche dimensionnelle ou catégorielle ? *L'Encéphale*. 1 juin 2014;40(3):247-54.
10. Rossini K, Senon J-L, Verdoux H. Hospitalisation sans consentement : fondements éthiques, contraintes et justice procédurale. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2016;174(10):832-8.
11. Articles 16 à 16-9 : Du respect du corps humain [Internet]. Code civil 1994. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGISCTA000006136059/>
12. Article 36 - Consentement du patient [Internet]. Code de Déontologie médicale 1995. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article\\_lc/LEGIARTI000006680539/1995-09-08](https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006680539/1995-09-08)
13. Schmitz-Buhl M, Gairing SK, Rietz C, Häussermann P, Zielasek J, Gouzoulis-Mayfrank E. A retrospective analysis of determinants of involuntary psychiatric in-patient treatment. *BMC Psychiatry*. 29 avr 2019;19:127.
14. Turnpenny A, Petri G, Finn A, Beadle-Brown J, Nyman M. Mapping and Understanding Exclusion: Institutional, coercive and community-based services and practices across Europe [Internet]. Brussels, Belgium: Mental Health Europe; 2018. Disponible sur: <https://kar.kent.ac.uk/64970/1/Mapping-and-Understanding-Exclusion-in-Europe.pdf>
15. Mental Health Europe. Promising practices in prevention, reduction and elimination of coercion across Europe. Mental Health Europe; 2019 janv.

16. Salize HJ, Dreßing H, Peitz M. Compulsory admission and involuntary treatment of mentally ill patients-legislation and practice in EU Member States. Allemagne; 2002 p. 166. Report No.: No. SI2.254882 (2000CVF3-407).
17. Wasserman D, Apter G, Baeken C, Bailey S, Balazs J, Bec C, et al. Compulsory admissions of patients with mental disorders: State of the art on ethical and legislative aspects in 40 European countries. *European Psychiatry*. 2020;63(1).
18. Salize HJ, Dressing H. Epidemiology of involuntary placement of mentally ill people across the European Union. *Br J Psychiatry*. févr 2004;184(2):163-8.
19. Callu M-F. Le juge des libertés et de la détention : un garant juridique et éthique en psychiatrie. *Éthique et Santé*. 1 déc 2016;13(4):215-8.
20. Coldefy M, Fernandes S. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Questions d'économie de la santé* [Internet]. 2017;(222). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>
21. Fauconnier J, Bénézech M, Hitier F, Le Bihan P. L'intime conviction du juge des libertés et de la détention dans les soins psychiatriques sans consentement. *Annales Médico-psychologiques*. 1 sept 2015;173(7):627-8.
22. Horn M, Frasca J, Amad A, Vaiva G, Thomas P, Fovet T. Soins psychiatriques sans consentement : une enquête auprès des juges des libertés et de la détention. *L'Encéphale*. 1 déc 2019;45(6):522-4.
23. Godet T, Péchillon E, Biotteau-Lacoste M, Senon J-L, Gaillard P. Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures. *Annales Médico-psychologiques*. 1 oct 2017;175(8):679-84.
24. Gousset R, Alamowitch N, Mache C, Gourevitch R. Étude descriptive des mainlevées prononcées par le juge des libertés et de la détention au groupe hospitalier universitaire Paris psychiatrie & neurosciences du 1er novembre 2017 au 31 octobre 2018. *L'Encéphale*. 2020;46(6):436-42.

25. Valmy G, Levy C, Barucq E, Riffaud S, Davignon G, Senon J-L. Impact psychologique de l'audition devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) chez des patients hospitalisés suivant les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. déc 2012;170(10):731-7.
26. Rossini K, Verdoux H. Étude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention. *L'Encéphale*. sept 2015;41(4):332-8.
27. Article 84 - Loi du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale [Internet]. Code de la Santé Publique, n° 2020-1576 déc 14, 2020. Disponible sur: [https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article\\_jo/JORFARTI000042665379](https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000042665379)
28. Walker S, Barnett P, Srinivasan R, Abrol E, Johnson S. Clinical and social factors associated with involuntary psychiatric hospitalisation in children and adolescents: a systematic review, meta-analysis, and narrative synthesis. *The Lancet Child & Adolescent Health*. 1 juill 2021;5(7):501-12.
29. Peirce CS, Tiercelin C, Thibaud P. *Pragmatisme et pragmatisme*. Les Editions du cerf. Paris; 2002. 496 p. (Passages).
30. Dupont M, Laguerre A, Volpe A. Chapitre 11. Le contrôle du JLD : la procédure. In: *Soins sans consentement en psychiatrie Comprendre pour bien traiter*. Presses de l'EHESP. Rennes, France; 2015. p. 331-62. (Hors collection).
31. Haute Autorité de Santé. *Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures*. France: Haute Autorité de Santé; 2018.



## **Annexes**

### *Annexe 1: Guide d'entretien semi-directif*

#### **1. Représentations**

- a) Selon vous, quels sont les apports de la loi de juillet 2011 ayant instauré un contrôle judiciaire des soins psychiatriques sans consentement ?
- b) Comment voyez-vous votre rôle sur les soins sans consentement ?
- c) Que pensez-vous d'avoir une formation spécialisée sur les soins psychiatriques ?
  - Quels éléments vous paraissent nécessaires ?
  - En avez-vous bénéficié et sous quelle forme ?

#### **2. Préparation à l'audience**

- a) Comment préparez-vous les audiences pour les soins psychiatriques ?
  - Quelles sont les adaptations particulières que celles-ci nécessitent d'après vous ?
  - Quelles craintes ou hésitations avez-vous avant l'audience ?
  - Quels éléments prenez-vous en compte lors de votre préparation à l'audience ? Auxquels accordez-vous le plus d'importance ?
  - Lors de la lecture des certificats, que pensez-vous de l'utilisation de termes sémiologiques ?

#### **3. L'audience**

- a) Comment expliquez-vous votre rôle aux patients ?
- b) Quels éléments recherchez-vous lors de l'audience avec le patient ?
  - Dans quelle mesure comparez-vous les éléments médicaux attestés sur les certificats et votre propre évaluation du patient pendant l'audience ?
- c) Quels sont vos critères d'évaluation du bienfondé de la mesure ?
  - Sur quoi vous basez-vous lors de mainlevée des soins sur le fond ?
- d) Comment prenez-vous en compte le contenu des certificats en cas de vice de procédure constaté ?

#### **4. L'ordonnance**

- a) Faites-vous une différence lors de votre prise de décision entre les différentes modalités de l'hospitalisation (SDRE / SDT / SDTu / PI) ? De quelle manière ?
- b) Que pensez-vous de l'impact de l'ordonnance de levée des soins sans consentement sur la prise en charge d'un malade ?

- c) Comment pensez-vous qu'un lien avec le psychiatre pourrait s'organiser lors des prises de décisions ?
- d) Que pensez-vous du fait que le psychiatre réalise une nouvelle mesure après une mainlevée ?

**5. Isolement et contention**

- a) Que pensez-vous du projet de loi concernant l'instauration d'un cadre législatif de l'isolement et la contention avec proposition d'un contrôle par les juges des libertés et de la détention ?

**6. Obstacles**

- a) Quelles sont les difficultés et obstacles dans le cadre des soins sans consentement que vous avez pu rencontrer personnellement ?
- b) Comment pensez-vous que nous pourrions améliorer les choses pour permettre la réalisation d'une prise en charge adéquate dans le respect de la liberté des patients ?

## SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.*

## **Résumé**

### **Objectifs**

La loi de juillet 2011 a renforcé la place des juges des libertés et de la détention en psychiatrie avec un contrôle systématique des mesures d'hospitalisation sans consentement, afin d'assurer la protection des droits des personnes hospitalisées sans leur consentement. Ce contrôle a modifié les pratiques médicales avec un impact sur les trajectoires de soins des patients.

### **Méthode**

Pour mieux comprendre les modalités de leur rôle et repérer des axes d'amélioration de nos pratiques, nous avons conduit une étude qualitative s'intéressant au vécu et à l'expérience des juges dans le contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement, en interrogeant des juges en exercice dans la région Occitanie, à l'aide d'un guide d'entretien semi-directif.

### **Résultats**

Les magistrats mettent l'accent sur l'importance du respect des procédures et estiment que la justification du bienfondé de la mesure appartient aux psychiatres, par le biais de certificats médicaux suffisamment détaillés. L'audience est considérée comme un temps de parole, ayant peu d'impact sur leurs décisions. En revanche, les juges expliquent être influencés par l'état de santé du patient et avoir conscience de l'impact d'une mainlevée sur les soins. Un renforcement des liens par des réunions avec le personnel hospitalier est considéré comme nécessaire, afin de faire émerger les points d'amélioration et répondre aux interrogations des psychiatres, dans l'objectif de limiter le nombre de mainlevée.

### **Conclusions**

Il apparaît essentiel pour les psychiatres de maîtriser précisément les lois encadrant les soins psychiatriques sans consentement pour améliorer leurs pratiques quotidiennes et la prise en charge des patients.

**Mots clés :** *Étude qualitative ; Hospitalisation sans consentement ; Juge des libertés et de la détention ; Loi du 5 juillet 2011*

**Keywords:** *Qualitative study; Involuntary admission; Liberties and custody judge; 5<sup>th</sup> of July 2011 act*