



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE - LILLE 2
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**La levée des soins psychiatriques sans consentement :
Procédure légale et enjeux médicaux**

Présentée et soutenue publiquement le 16 octobre 2017 à 18h00
Au Pôle Formation
Par Juliette Frasca

JURY

Président :

Monsieur le Professeur THOMAS

Assesseurs :

Monsieur le Professeur VAIVA

Monsieur le Docteur AMAD

Directeurs de Thèse :

Monsieur le Docteur Fovet

Madame le Docteur Horn

Avertissement

La faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci
sont propres à leurs auteurs

Liste des abréviations

ARS : Agence Régionale de Santé

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CEDH : Cour Européenne des Droits de l'Homme

CHRU : Centre Hospitalier Régional Universitaire

CRPA : Centre de Réflexion et de Proposition d'action en Psychiatrie

DUP : Duration of Untreated Psychosis

ENM : Ecole Normale de la Magistrature

EPSM : Etablissement Public de Santé Mentale

HAS : Haute Autorité de Santé

HDT : Hospitalisation sur Demande d'un Tiers

HO : Hospitalisation d'Office

HSC : Hospitalisation sans consentement

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

ONU : Organisation des Nations Unies

PECS : Pôle d'Evaluation de la Justice Civile

SDRE : Soins à la Demande d'un Représentant de l'Etat

SDT : Soins à la Demande d'un Tiers

SDTPI : Soins à la Demande d'un Tiers en Péril Imminent

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

TGI : Tribunal de Grande Instance

UHSA : Unité Hospitalière Spécialement Aménagée

Table des matières

Remerciements

Liste des abréviations

Table des matières

Liste des tableaux, figures et annexes

Résumé

CHAPITRE 1 INTRODUCTION..... 3

CHAPITRE 2 LES SOINS SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE :GENERALITES5

1. LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT : ASPECTS CLINIQUES ET EPIDEMIOLOGIQUES.....	5
1.1 LE CONSENTEMENT.....	5
1.2 L’EVALUATION DE LA CAPACITE A CONSENTIR.....	8
1.3 LES INDICATIONS DE SOINS SANS CONSENTEMENT	8
1.4 LES CHIFFRES ACTUELS DES SOINS SANS CONSENTEMENT	9
2. LES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT : ASPECTS LEGISLATIFS.....	11
2.1. LA LOI DU 30 JUIN 1838	11
2.2. LA LOI DU 27 JUIN 1990	12
2.3. LA LOI DU 5 JUILLET 2011.....	14
2.3.1. LA PRISE EN CHARGE EN SOINS LIBRES.....	16
2.3.2. LA PRISE EN CHARGE SANS CONSENTEMENT	16
2.3.3. LA PERIODE D’OBSERVATION INITIALE DE 72H	17
2.3.4. L’APPARITION D’UNE MESURE DE SOINS SANS CONSENTEMENT SANS TIERS	17
2.3.5. LE CONTROLE SYSTEMATIQUE PAR LE JLD	19
2.4. LA LOI DU 27 SEPTEMBRE 2013	19
2.4.1. LES DROITS DES PATIENTS	20
2.4.2. L’INTERVENTION DU JLD	20
2.4.3. LE DEROULEMENT DE L’INSTANCE.....	22
2.4.4. LES DESACCORDS ENTRE LE REPRESENTANT DE L’ETAT DU DEPARTEMENT ET LES PSYCHIATRES	23

CHAPITRE 3 LES DIFFERENTES MODALITES DE LEVEE D’UNE MESURE DE SOINS SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE..... 25

1. LA LEVEE DE LA MESURE PAR LE JLD	25
1.1. LE CONTROLE SYSTEMATIQUE DE LA REGULARITE DES ACTES ADMINISTRATIFS PAR LE JLD	25
1.2. LA VERIFICATION DE LA REGULARITE DE LA PROCEDURE	26
1.2.1. L’INCOMPETENCE.....	26
1.2.2. LE VICE DE FORME	27
1.2.3. LE VICE DE PROCEDURE	28
1.2.3.1. LE RESPECT DU CONTRADICTOIRE ET LA NOTIFICATION DES DROITS	28
1.2.3.2. LE RESPECT DES DELAIS	29
1.2.3.3. L’AUTEUR DES CERTIFICATS MEDICAUX.....	29

1.2.3.4. LA DEMANDE DE TIERS	32
1.3. L'ORDONNANCE DU JLD.....	32
2. LA SAISINE DU JLD PAR D'AUTRES ACTEURS	33
3. LA LEVEE DE LA MESURE PAR LE PSYCHIATRE	35
3.1. LES SOINS A LA DEMANDE D'UN TIERS ET EN PERIL IMMINENT	35
3.2. LES SOINS A LA DEMANDE D'UN REPRESENTANT DE L'ETAT.....	35
3.3. LES SITUATIONS D'IRRESPONSABILITE PENALE	36
4. LA LEVEE DE LA MESURE PAR LA COMMISSION DEPARTEMENTALE DES SOINS PSYCHIATRIQUES	36
<u>CHAPITRE 4 ENQUETE AUPRES DES JUGES DES LIBERTES ET DE LA DETENTION</u>	<u>37</u>
1. PORTRAIT DU JLD	37
2. REALISATION DE L'ENQUETE : MATERIEL ET METHODE	38
2.1. LE QUESTIONNAIRE	38
2.2. LA RECEPTION DES DONNEES	49
2.2.1. DONNEES GENERALES	39
2.2.2. DONNEES INDIVIDUELLES.....	42
<u>CHAPITRE 5 SYNTHESE ET DISCUSSION.....</u>	<u>50</u>
1. SYNTHESE DES RESULTATS	50
1.1. REPONSES COMMUNES	50
1.2. REPONSES INDIVIDUELLES	52
2. MISE EN PERSPECTIVE.....	53
2.1. LA PREPARATION DE L'AUDIENCE.....	53
2.2. L'AUDIENCE	54
2.3. L'ORDONNANCE DU JLD	56
2.4. L'AMELIORATION DES PRATIQUES DE SOINS SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE	59
3. LIMITES.....	61
<u>CHAPITRE 6 CONCLUSION.....</u>	<u>62</u>
Références bibliographiques	63
Annexes.....	66

Liste des tableaux

Tableau 1 : Récapitulatif des modifications apportées par la succession des différentes lois des soins psychiatriques sans consentement

Tableau 2 : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

Tableau 3 : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence

Tableau 4 : Soins psychiatriques en cas de péril imminent

Tableau 5 : Récapitulatif des points communs et divergences retrouvés dans les avis donnés par les JLD

Tableau 6 : Motifs de mainlevées

Tableau 7 : Récapitulatif des propositions d'amélioration des pratiques de soins sans consentement en psychiatrie

Liste des figures

Figure 1 : Evolution entre 2012 et 2015 du nombre de personnes prises en charge sans consentement en psychiatrie, par mode légal

Liste des annexes

Annexe 1 : Tableau récapitulatif des formes d'admission en soins psychiatriques sans consentement et calendrier en vigueur

Annexe 2 : Questionnaire adressé aux JLD

Annexe 3 : Nombre d'hospitalisations sans consentement en 2012, 2013, 2014, en France

Annexe 4 : Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt en 2013 et 2014, en France

Annexe 5 : Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt en 2013 et 2014, en France

Annexe 6 : Demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en 2013 et 2014, en France

Annexe 7 : Nombre d'hospitalisations sans consentement en 2014 et 2015, en France

Annexe 8 : Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt en 2014 et 2015, en France

Annexe 9 : Demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en 2014 et 2015, en France

Annexe 10 : Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute autre personne agissant dans son intérêt en 2014 et 2015, en France

Résumé

Contexte :

Les soins psychiatriques sans consentement sont régis par des lois qui ont évolué progressivement depuis 1838 jusqu'à la loi actuelle 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 », modifiée le 27 septembre 2013. Cette dernière a pour objectif d'assurer le respect des droits des personnes hospitalisées en psychiatrie sans leur consentement et d'éviter les prises en charge abusives. Dans cette perspective, le législateur a imposé l'intervention du Juge des libertés et de la détention (JLD) pour garantir le renforcement des droits et la facilitation des démarches des personnes concernées. L'objectif de cette thèse est d'analyser le point de vue des JLD sur leurs pratiques en ce qui concerne les audiences relatives aux soins psychiatriques sans consentement.

Méthode :

Une enquête qualitative a été réalisée auprès des JLD du Tribunal de Grande Instance (TGI) de Lille sous la forme d'un formulaire articulé autour de quatorze questions portant sur leurs pratiques usuelles.

Résultats :

Trois JLD sur les quatre actuellement en activité ont répondu au questionnaire. Les résultats mettent en évidence des attentes précises des JLD sur de nombreux points dans les procédures de soins sans consentement : contenu des certificats médicaux, strict respect de la procédure imposée par la loi, déroulement de l'audience, accompagnement par un avocat et consentement du patient. Toutefois, certaines divergences apparaissent selon les magistrats, notamment sur l'importance de certains certificats médicaux et sur l'importance à apporter aux éléments recueillis au cours de l'audience en présence du patient. Enfin, il apparaît également qu'au cours de leur formation, les JLD ne bénéficient que de programmes d'enseignement en psychiatrie très limités.

Conclusion :

Les JLD représentent une figure influente dans les procédures de soins sans consentement en psychiatrie. Cette enquête, bien que menée sur un petit effectif, permet de mieux appréhender la place du JLD dans cette mesure et ainsi, de dégager des grands axes pour améliorer les pratiques des psychiatres en ce qui concerne les procédures de soins sans consentement.

Chapitre 1 Introduction

Le champ de la psychiatrie, aussi vaste soit-il, fait état de pathologies diverses qui peuvent altérer les capacités de discernement. C'est pourquoi il peut être difficile voire impossible pour un psychiatre d'obtenir le consentement aux soins psychiatriques des personnes souffrant de troubles mentaux. Par conséquent, la législation française autorise des soins psychiatriques sans consentement, régis par la loi du 5 juillet 2011, modifiée le 27 septembre 2013 (1).

Les soins psychiatriques sans consentement constituent un aspect important des prises en charge en hospitalisation complète dans les services de psychiatrie. Ils s'inscrivent dans la pratique quotidienne des soins qui sont dispensés en psychiatrie et s'articulent à la fois autour d'aspects médicaux et d'aspects législatifs.

Les soins dispensés sans le consentement de la personne sont actuellement organisés par 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* », modifiée le 27 septembre 2013. Elle introduit une innovation importante et modifie la répartition des pouvoirs médicaux, administratifs et judiciaires afin d'assurer la protection des droits des personnes hospitalisées en psychiatrie sans leur consentement et d'éviter les prises en charge abusives (2). Les nouvelles prérogatives apportées par cette loi renforcent la sécurisation des pratiques dans le cadre des libertés individuelles. Dans cet objectif, le législateur a imposé l'intervention du Juge des libertés et de la détention (JLD) pour assurer le renforcement des droits et la facilitation des démarches des personnes concernées (3).

Dans ce travail de thèse, nous nous sommes intéressés aux aspects cliniques et épidémiologiques des soins psychiatriques sans consentement, à l'évolution des lois qui les régissent ainsi qu'aux modalités actuelles de levée de ces mesures, basées notamment sur l'intervention des JLD. Enfin, nous avons exploré le point de vue des JLD au sein de cette procédure.

Chapitre 2 Les soins sans consentement en psychiatrie : généralités

La mise en place des soins sans consentement en psychiatrie date de 1838. Dès lors, la législation française, à travers différents projets de lois et réformes, s'est modifiée au cours du temps, pour aboutir à la loi usuelle, régissant actuellement la pratique des soins sans consentement.

En pratique, les soins psychiatriques sont dispensés aux malades en privilégiant les soins libres. Ils sont délivrés aux patients avec leur consentement, leur adhésion et à travers leur implication.

Dans le cas où un patient nécessite des soins psychiatriques mais qu'il n'est pas en mesure de donner son consentement, la loi prévoit que des soins peuvent lui être imposés pour prévenir le préjudice que pourrait engendrer l'absence de soins. Les soins sans consentement sont possibles à condition de respecter une procédure légale, qui implique la vérification du respect des libertés individuelles du patient par le JLD. Historiquement, les patients traités en psychiatrie n'ont pas toujours été protégés par ce droit et nous revenons dans la première partie de ce travail sur les aspects cliniques et épidémiologiques des soins sans consentement puis sur l'évolution des lois depuis leur création.

1. Les soins psychiatriques sans consentement : aspects cliniques et épidémiologiques

1.1. Le consentement

La question du consentement du malade est reprise dans la littérature dans de nombreux ouvrages (4) :

- C'est à travers des revues générales en droit médical que Léger D, Jonas C et Lachaux B exposent la notion de consentement. Elle trouve son fondement dans les préceptes d'habeas corpus et d'intangibilité du corps humain, relayés par les déclarations des droits de l'Homme successives (5–7).
- Savatier, Auby et Pequignot ont écrit que « *le premier attribut juridique de chaque personne est l'intangibilité de son intégrité corporelle et des principes de sa vie. Il n'y peut être touché même par le médecin, qu'avec son consentement* » (4).
- En 1990, les principes de l'Organisation des Nations Unies (ONU) estiment qu'il n'y a comme exception au consentement que le traitement urgent et nécessaire à la protection du patient ou d'autrui (8).
- Selon l'article 36 du Code de déontologie de 1995, « *le consentement 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* » (9).
- En 1997, selon la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine du Conseil de l'Europe : « *Une intervention dans le domaine de la santé ne peut être effectuée qu'après que la personne concernée y a donné son consentement libre et éclairé. La personne concernée peut à tout moment librement retirer son consentement.* » (article 2) « *La personne qui souffre d'un trouble mental grave ne peut être soumise, sans son consentement, à une intervention ayant pour objet de traiter ce trouble que lorsque l'absence d'un tel traitement risque d'être gravement préjudiciable à sa santé et sous*

réserve des conditions de protection prévues par la loi comprenant des procédures de surveillance et de contrôle ainsi que des voies de recours. » (article 7) (8).

- Selon la loi n° 2002-203 du 4 mars 2002, relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé : *« Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment. Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté » (10).*
- Selon la charte du patient hospitalisé *« Aucun acte médical ne peut être pratiqué sans le consentement de l'intéressé. Lorsque la personne n'est pas en état d'exprimer sa volonté, sauf urgence ou impossibilité, le médecin ne pourra réaliser aucune investigation ni traitement sans avoir consulté au préalable la personne de confiance, la famille ou, à défaut, un de ses proches. Le consentement de la personne doit être libre... Il doit être éclairé... » (11).*

Le consentement se définit par sa nature libre et éclairée. En psychiatrie, le « psychisme » est à la fois l'objet du soin et le support du consentement, ce qui traduit la complexité des questions sur l'information, l'entendement et le consentement , mais n'exonère pas les soignants de leur devoir d'information (4).

1.2. L'évaluation de la capacité à consentir

La question de l'évaluation de la capacité à consentir a été traitée en France par Lachaux, qui a établi une charte en cinq dimensions (4):

- capacité à recevoir une information adaptée ;
- capacité de compréhension et d'écoute ;
- capacité de raisonner ;
- capacité d'expression libre de décision ;
- capacité de maintien de la décision dans le temps.

L'ensemble de la littérature reconnaît une capacité d'insight altérée chez les personnes souffrant de troubles psychiatriques. L'évaluation de la capacité à consentir dans l'ensemble de la littérature est centrée sur la conscience du trouble, de l'hospitalisation et de ses modalités (4).

1.3. Les indications de soins sans consentement

L'évaluation du consentement implique donc l'éventualité de soins dispensés sans consentement dont les indications sont proposées par le groupe de travail de la Haute Autorité de Santé (HAS) (4):

- Le risque suicidaire ;
- Le risque d'atteinte potentielle à autrui ;
- La prise d'alcool ou de toxiques associée ;
- Le délire ou les hallucinations selon des critères de gravité ;
- Les troubles de l'humeur ;

- Le degré d'incurie (associé à des troubles cognitifs, à des troubles de l'humeur, au délire, aux hallucinations).

1.4. Les chiffres actuels des soins sans consentement

Une étude réalisée par l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES) en collaboration avec l'observatoire régional des urgences – Provence Alpes Côte d'Azur, publiée en février 2017 et intitulée « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 » (12), nous a permis de faire un point sur l'évolution du recours aux soins sans consentement en psychiatrie et sur l'intervention du JLD (données produites par le ministère de la Justice), depuis l'initiation de la loi du 5 juillet 2011.

Cette étude montre qu'en 2015, les établissements publics et privés de santé autorisés en psychiatrie ont accueilli plus de 92 000 personnes âgées de 16 ans ou plus, en soins sans consentement. Il s'agit de 5,4% de la file active totale des patients suivis en psychiatrie. En comparaison, en 2012, les personnes suivies en soins sans consentement ne représentaient que 4,8% de la file active totale. Une hausse du recours aux soins psychiatriques sans consentement est observée. Cette augmentation concerne l'ensemble des modes légaux de soins. Néanmoins, elle est plus marquée pour les soins en cas de péril imminent, introduits par la loi du 5 juillet 2011 (12) (voir **Figure 1**).

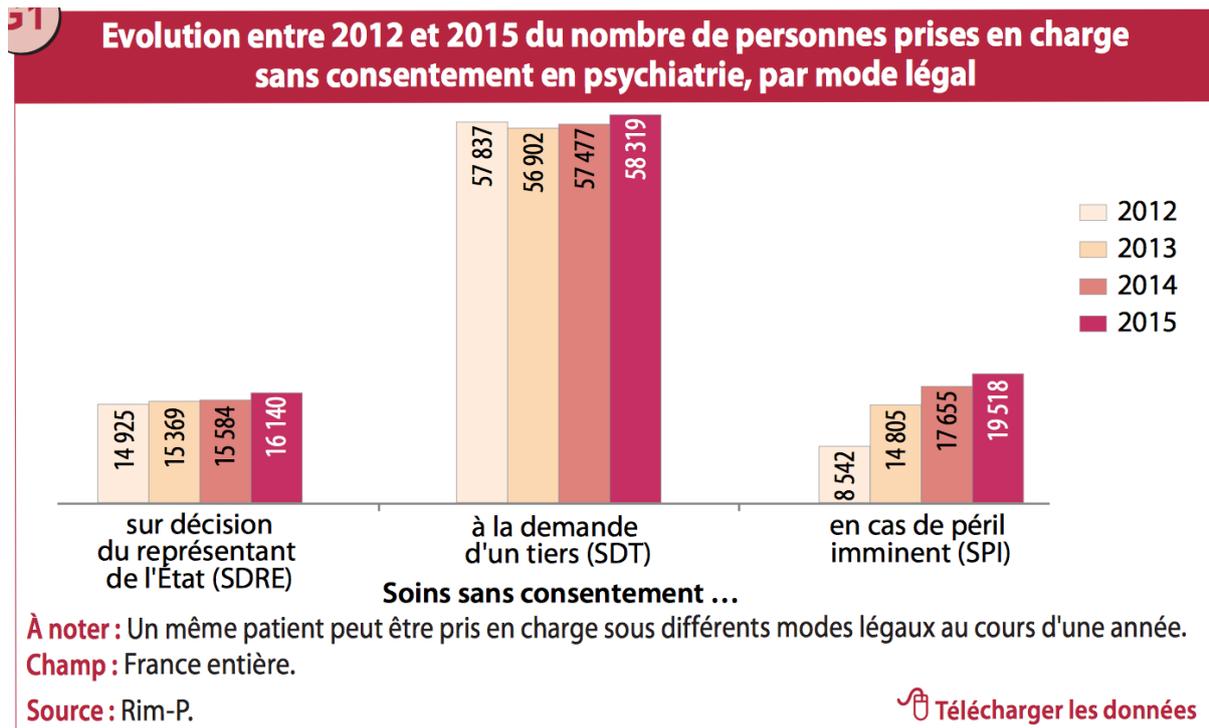


Figure 1. Evolution entre 2012 et 2015 du nombre de personnes prises en charge sans consentement en psychiatrie, par mode légal. Extrait de Coldefy M., Fernandes S., Lapalus D. (2017). « Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. ». *Irdes, Questions d'économie de la santé*, n°222, février.

L'étude donne également quelques chiffres concernant l'intervention du JLD depuis la loi du 5 juillet 2011. Le travail du JLD est de s'assurer que l'atteinte à la liberté individuelle que constitue l'hospitalisation psychiatrique sans consentement est nécessaire et proportionnée. Elle met en avant la hausse concomitante du nombre de personnes suivies sans leur consentement et du nombre total de saisines du JLD. De plus, on remarque que cette hausse est de plus en plus importante depuis la révision de la loi en 2013 et le raccourcissement à douze jours du délai réservé au JLD pour statuer sur le maintien ou non de la personne en hospitalisation complète. Cette hausse concerne essentiellement les saisines dites « obligatoires » : 94,4% en 2013 contre 96,8% en 2015. Concernant les saisines « facultatives », nous pouvons observer une diminution de 5,2% en 2013 contre 3,1% en

2015. Selon l'étude, cette diminution pourrait s'expliquer par la réduction de la durée de présentation devant le JLD (12).

S'agissant des saisines à proprement parler, près d'une saisine sur dix aboutit à une mainlevée de la mesure de soins sans consentement. Une variation importante est néanmoins observée entre les différents départements (0 à 38% en 2015). La proportion de mainlevées est plus élevée mais reste limitée pour les saisines facultatives effectuées par les personnes concernées par la mesure ou leurs proches (13,5%). Elle est plus élevée en cas de désaccord entre psychiatre et préfet (25%) (12).

En ce qui concerne les attributions du JLD, ce dernier s'appuie sur la base de documents limités, dans les délais contraints et sur entretien avec le patient, pour statuer sur la nécessité et la légitimité de la mesure de soins sans consentement avec privation de libertés individuelles. Les principaux motifs de contestation de la mesure étant les vices de procédure (59%), les vices de forme (24%) et les compétences de l'auteur de l'acte administratif (17%) (12).

2. Les soins psychiatriques sans consentement : aspects législatifs

2.1. La loi du 30 juin 1838

Avant 1838 et la première loi dite « Esquirol » régissant les hospitalisations psychiatriques, les personnes souffrant de troubles mentaux, appelées les « aliénés », dépendaient à la fois des municipalités et de la justice. Elles étaient majoritairement entassées dans des prisons pour tenir la population à l'abri du danger qu'elles pouvaient représenter.

La loi du 30 juin 1838 ordonne à chaque département d'avoir un établissement public, uniquement destiné à recevoir et à soigner les "aliénés". L'objectif étant de procurer un accès aux soins aux personnes souffrant de troubles mentaux et d'éviter leur incarcération dans des lieux dont les objectifs sont la punition et la sanction. Elle prévoit également deux sortes de placements : les placements volontaires, à la demande d'un membre de la famille ou d'un tiers et les placements d'office, ordonnés par l'autorité publique (13,14).

Cette loi légitime donc pour la première fois, à la fois le caractère médical de l'aliénation mentale et le caractère administratif de l'internement (14).

2.2. La loi du 27 juin 1990

La loi n° 90-527 dite loi « Evin » promulguée le 27 juin 1990, concernant les droits et la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, abroge celle de 1838. Cent cinquante-deux ans plus tard et après plus de quinze projets de réforme, la loi Evin entre en vigueur et transforme le régime juridique des hospitalisations psychiatriques.

Les aliénés deviennent des « malades psychiatriques ». L'hospitalisation libre devient le principe à privilégier et l'hospitalisation sans consentement fait état de deux types de prise en charge dans ce cadre : l'hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO). Les soins sans consentement ne sont possibles que dans le cadre d'une hospitalisation complète avec des sorties d'essai qui peuvent être autorisées (13,15).

L'HDT est prononcée par le directeur de l'établissement d'accueil selon les conditions suivantes :

- Une demande d'hospitalisation émanant d'un proche du malade
- Deux certificats médicaux établissant que la personne est atteinte de troubles mentaux rendant impossible son consentement et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier (16).

L'HO est décidée par le Préfet selon les conditions suivantes (16):

- Un certificat médical circonstancié rédigé par un docteur en médecine, à l'exception d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil d'une personne dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.
- Un arrêté préfectoral prononcé au vu du certificat médical.
- Dans le cadre d'une procédure en cas de danger imminent, le certificat n'est pas exigé. Un simple avis médical, valable uniquement 48 heures, peut suffire si l'examen de la personne n'est pas réalisable. Plus largement, un témoignage de la notoriété publique peut être utilisé ou encore un arrêté provisoire (valable 48 heures) signé par un maire ou un commissaire de police à Paris.

Les hospitalisations sans consentement en psychiatrie ne sont alors soumises à aucun contrôle judiciaire systématique. Toutefois, il existe un recours possible pour la personne hospitalisée sans consentement : elle peut adresser une requête au Juge des Libertés pour lui demander de vérifier les conditions de son hospitalisation. En pratique, ces recours sont extrêmement rares (15,16).

2.3. La loi du 5 juillet 2011

Lors de l'entrée en vigueur de la loi Evin du 27 juin 1990, le texte prévoit une réévaluation dès 1995. Or, aucune recommandation ne fut reprise pour modifier la loi avant le 4 mars 2002 (loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé). Pourtant, il devient urgent de rectifier les nombreuses faiblesses du dispositif en place.

Ses faiblesses sont d'ailleurs largement décrites dans le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales et de celle des affaires juridiques en mai 2005.

Le rapport décrit les points suivants :

- Absence récurrente du tiers ;
- Régime juridictionnel flou rendant aléatoire le recours au JLD ;
- Implication trop légère du JLD dans son rôle de contrôleur ;
- Nécessité de moderniser les procédures ;
- Utilisation abusive des modes d'hospitalisation sans consentement du seul fait d'absence de place en hospitalisation libre (17).

Dans le même temps, la jurisprudence nationale et internationale s'est également prononcée sur divers points tels que la qualité du tiers intervenant dans les conditions de la mesure de HDT. En effet, en 2003, le Conseil d'Etat exige que le tiers puisse démontrer un lien d'antériorité lui donnant qualité et légitimité pour prendre une telle décision (17).

En outre, la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) condamne la France pour le préjudice moral causé au patient concernant le retard du JLD à statuer sur les demandes de mainlevée d'une mesure d'HO. La CEDH fait apparaître également les difficultés d'articulation dans le droit français des décisions relevant du juge administratif ou du juge

judiciaire, principalement quand elles ont pour conséquence d'entraver les droits d'un justiciable (17).

C'est à partir de ces éléments que le projet de loi en chantier évolue. Dans un premier temps, le 26 novembre 2010, le Conseil Constitutionnel, au cours d'une question prioritaire de constitutionnalité, déclare inconstitutionnelle la teneur de l'article L. 3212-7 du Code de la santé publique qui autorise qu'un patient puisse être maintenu en hospitalisation sans consentement plus de quinze jours sans l'intervention de l'autorité judiciaire. Le Conseil Constitutionnel annule donc l'article et laisse au législateur jusqu'au 1^{er} Aout 2011 pour effectuer les modifications de la loi de 1990. Une seconde question prioritaire de constitutionnalité est adoptée le 9 juin 2011, concernant les articles L. 3212-1 et L. 3213-4 du Code de la santé publique. Ces derniers ne prévoyant pas de contrôle judiciaire suffisant dans les cas d'hospitalisation d'office. Le 16 juin 2011, est également ajouté l'article L. 3213-9-1 du Code de la santé publique en supplément de l'article L. 3213-5 existant, qui prévoit la saisine systématique du juge par le directeur en cas de conflit entre le préfet et le médecin. La loi est adoptée le 23 juin 2011 et promulguée le 5 juillet 2011 (17–20).

La loi du 5 juillet 2011 modifie une nouvelle fois le régime juridique régissant les soins psychiatriques pour assurer une solution aux obstacles à l'accès aux soins et une meilleure garantie des droits de la personne hospitalisée. Ci dessous, nous allons détailler les changements apportés par la loi.

2.3.1. La prise en charge en soins libres

Cette nouvelle loi établit à nouveau que le régime d'hospitalisation en soins libres est le principe privilégié des hospitalisations en psychiatrie comme le prévoit l'article L. 3211-2 du Code de la santé publique qui énonce qu' « *une personne faisant l'objet de soins psychiatriques avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en soins psychiatriques libres. Elle dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades soignés pour une autre cause. Cette modalité de soins est privilégiée lorsque l'état de la personne le permet* » (21)

Si le principe de privilégier les soins libres est la règle, de nouvelles dispositions sont mises en place concernant les soins sans consentement.

2.3.2. La prise en charge sans consentement

Elle peut être faite sous deux formes (15):

- L'hospitalisation complète dans un établissement psychiatrique.
- L'accès à une forme alternative de soins : Le programme de soins, qui inclut des soins ambulatoires qui peuvent comporter des soins à domicile ou des séjours séquentiels en établissement psychiatrique. Le psychiatre établit alors le type de soins requis, le lieu des soins ainsi que leur périodicité.

Le dispositif de sortie d'essai est donc supprimé.

2.3.3. La période d'observation initiale de 72h

Elle s'effectue sous la forme d'une hospitalisation complète, à l'issue de laquelle le directeur de l'établissement d'accueil ou le préfet, sur proposition du psychiatre en charge du dossier, décide de la forme de la prise en charge du malade (15,22).

2.3.4. L'apparition d'une mesure de soins sans consentement sans tiers.

Il est possible de demander des soins sans consentement de trois manières différentes (15):

- **A la demande d'un tiers** qui peut être un membre de la famille du malade ou une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade, antérieures à la demande de soins et lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci (à l'exception des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil). Deux critères cumulatifs sont requis : les troubles mentaux de la personne rendent impossible son consentement et l'état mental de la personne impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance constante en milieu hospitalier soit d'une surveillance médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme qu'en hospitalisation complète. Selon l'article L. 3212-1 du Code de la santé publique, l'admission du malade nécessite alors l'établissement de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours dont le premier est établi par un médecin extérieur à l'établissement. Néanmoins, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité physique du malade, **une procédure d'urgence** est applicable selon l'article L. 3212-3 du Code de la santé publique, qui prévoit qu'un seul certificat produit par un médecin de l'établissement est suffisant.

En cas d'impossibilité de trouver une personne répondant à l'un des deux critères et s'il est justifié de l'existence d'un **péril imminent**, il est possible de justifier de soins sans consentement par le biais du dispositif d'urgence, à la demande du directeur de l'établissement d'accueil. Dans ce cas précis, un seul certificat circonstancié datant de moins de quinze jours, établi par un médecin extérieur à l'établissement est exigé, selon l'article L. 3212-1 II 2° du Code de la santé publique.

- **A la demande du Représentant de l'Etat** lorsque les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et que ces troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public. Selon l'article L. 3213-2 du Code de la santé publique, l'admission sur décision d'un représentant de l'Etat nécessite un certificat médical circonstancié ne pouvant émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil sauf en cas d'existence d'un danger imminent pour la sûreté des personnes.

- **A la demande de l'autorité judiciaire** lorsque la chambre de l'instruction ou une juridiction prononce un arrêt ou un jugement de déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. Selon l'article 706-135 du Code de procédure pénale, il faut alors qu'une expertise psychiatrique soit établie et figure au dossier de la procédure en attestant que les troubles mentaux de l'intéressé nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.

2.3.5. Le contrôle systématique par le JLD

La loi prévoit qu'il doit s'effectuer dans un premier temps, au plus tard au bout des quinze jours d'hospitalisation complète continue et dans un second temps, au bout de six mois d'hospitalisation complète continue (23).

La saisine du quinzième jour doit comporter un certificat médical réalisé entre le cinquième et le huitième jour. Le JLD doit être saisi par le directeur de l'établissement au plus tard le douzième jour et il rend son ordonnance au plus tard le quinzième jour. La saisine du sixième mois doit s'effectuer au plus tard huit jours avant l'expiration du délai de six mois, par le directeur de l'établissement. Le JLD se prononce au plus tard à l'expiration du délai des six mois (23).

En l'absence de saisine dans les délais convenus, la mainlevée de l'hospitalisation complète est acquise sans débat (23).

2.4. La loi du 27 septembre 2013

Cette loi est entrée en vigueur immédiatement pour une partie de ses dispositions. Pour d'autres, il faudra attendre le 15 mars 2014 et le 1^{er} septembre 2014.

Les modifications sur les soins psychiatriques, apportées par cette loi, concernent les droits des patients, l'intervention du JLD, le déroulement de l'instance et le dispositif de règlement des désaccords entre le représentant de l'état dans le département et les psychiatres.

2.4.1. Les droits des patients

Tout d'abord, la loi prévoit le rétablissement des autorisations de sortie non accompagnée. En effet, la loi du 5 juillet 2011 prévoyait la suppression des sorties dites « d'essai » qui permettaient aux patients hospitalisés à temps complet, sans leur consentement, de sortir pour une courte durée sans modification de leur prise en charge. Cette loi n'autorisait plus que deux options, la sortie accompagnée ou l'élaboration d'un programme de soins qui impliquait de reprendre la procédure d'admission à chaque réintégration du patient et par conséquent la saisine du JLD dans un délai de quinze jours (24–26).

La nouvelle loi maintient la possibilité de sorties accompagnées de courte durée, n'excédant pas 12 heures. Elle rétablit également la possibilité de sorties non accompagnées pour une durée maximale de 48 heures. Dans le cadre d'une mesure de soins psychiatriques à la demande d'un tiers, l'autorisation de sortie temporaire est accordée par le directeur de l'établissement d'accueil après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement. Dans le cadre d'une procédure de soins psychiatriques sur décision du préfet, ce dernier doit être informé au moins 48 heures à l'avance et la sortie est autorisée s'il n'exprime pas d'opposition, notifiée par écrit, au plus tard 12 heures avant la date prévue.

2.4.2. L'intervention du JLD

La première modification prévue par la loi du 27 septembre 2013, concerne la réduction du délai autorisé dans lequel les mesures d'hospitalisation complète doivent être soumises au contrôle du JLD. La nouvelle loi réduit à douze jours le délai laissé au JLD pour statuer, à compter de la décision d'admission en soins sans consentement, contre quinze, précédemment fixé par la loi du 5 juillet 2011 (25,27).

Le délai de saisine du JLD est donc, par conséquent, lui aussi modifié et ramené à une durée légale de huit jours à compter de l'admission du patient. Concernant le délai de saisine du JLD pour le contrôle à la fin des six mois d'hospitalisation, ce dernier est porté de huit à quinze jours au moins avant l'expiration du délai des six mois.

Dans un souci de clarification et de simplification des procédures, la seconde modification est en lien avec le remaniement des certificats médicaux exigés par la procédure de soins sans consentement :

- Le certificat de huitaine, produit entre le cinquième et le huitième jour est supprimé ;
- L'avis conjoint des 72H est supprimé et remplacé par un avis sur la prise en charge dans le certificat des 72H ;
- L'avis conjoint pour saisir le JLD est remplacé par l'avis motivé d'un seul psychiatre. Si le patient relève du régime procédural dit « renforcé », l'avis est rendu par le collègue.

En résumé, la loi exige la production des certificats médicaux suivant :

- Le(s) certificat(s) médical(aux) initial(aux) ;
- Le certificat de 24H ;
- Le certificat de 72H ;
- L'avis motivé (à produire entre le sixième et le huitième jour).

Si la mesure de soins sans consentement est prolongée, un certificat médical doit être produit tous les mois.

En outre, un examen physique complet est obligatoire dans les 24 heures suivant l'admission du malade. Il ne donne cependant pas lieu à la rédaction d'un certificat médical mais doit figurer de manière limpide dans le dossier du malade.

2.4.3. Le déroulement de l'instance

Le premier point de changement est relatif à l'assistance obligatoire du patient par un avocat lors de son audience auprès du JLD. Jusqu'alors, la présence de l'avocat restait facultative. Dorénavant, le patient est assisté ou représenté par un avocat choisi par ses propres soins ou commis d'office (15).

Ensuite, concernant le lieu de déroulement de l'audience, la loi du 5 juillet 2011 prévoyait trois possibilités :

- Le siège du Tribunal de Grande Instance (TGI) ;
- Une salle d'audience spécialement aménagée sur l'emprise de l'établissement d'accueil ;
- Par visioconférence.

La nouvelle loi modifie et établit un ordre de priorité dans ces trois possibilités de base. Le lieu de tenue de l'audience à privilégier est celui de la salle d'audience spécialement aménagée dans l'établissement d'accueil du patient. Le second choix envisagé est celui d'une salle d'audience dans un autre établissement de santé situé dans le ressort du TGI si une convention a été établie entre ce dernier et l'Agence Régionale de Santé (ARS) dans le cadre d'une mise en commun des salles d'audience entre établissements.

Enfin, l'audience ne pourra se tenir au TGI uniquement lorsque la salle aménagée par l'établissement d'accueil ne permet pas d'assurer la clarté, la sécurité et la sincérité des

débats, ni l'accès au public. Finalement, la nouvelle loi ne permet plus le recours à la visioconférence.

2.4.4. Les désaccords entre le représentant de l'état du département et les psychiatres

Dans ce contexte, la loi du 27 septembre 2013 a pour objectif de simplifier la procédure de règlement des désaccords entre les deux partis. Elle prévoit donc deux obligations majeures (15).

Premièrement, celle pour le directeur d'établissement d'informer le préfet dans les 24 heures lorsque le psychiatre propose de mettre fin à l'hospitalisation complète ou de modifier la prise en charge. Le préfet rend son avis dans les trois jours francs après la réception du certificat médical de levée.

Deuxièmement, celle pour le préfet, lorsqu'il ne souhaite pas suivre la décision du psychiatre, d'avoir recours à un second avis d'un psychiatre désigné par le directeur de l'établissement. Si le second psychiatre confirme l'absence de nécessité de poursuite des soins sous forme de l'hospitalisation complète, le préfet peut alors prononcer la levée de la mesure de soins ou modifier la forme de la prise en charge mais uniquement sur les recommandations du premier psychiatre.

Concernant les procédures applicables lorsque le préfet a décidé de ne pas suivre l'avis du premier psychiatre et que le second psychiatre préconise également le maintien de l'hospitalisation complète, les dispositions restent inchangées et le JLD doit être saisi par le directeur de l'établissement pour trancher.

Les modifications des lois régissant les soins psychiatriques sans consentement depuis 1838 sont résumées dans le **Tableau 1** ci-dessous.

	Loi de 1838	Loi de 1990	Loi de 2011	Loi de 2013
Lieu d'hospitalisation	Création de lieux de soins dédiés aux personnes atteintes de troubles mentaux	Hôpital psychiatrique	Hôpital psychiatrique	Hôpital psychiatrique
Mode d'hospitalisation	1. Volontaire 2. D'office	1. Libre 2. HDT (directeur) 3. HO (préfet)	1. Libre 2. SDT 3. SDTU 4. SDTPI 5. SDRE	idem 2011
Mode de prise en charge		Hospitalisation complète uniquement, avec sorties d'essai	1. Hospitalisation complète 2. Programme de soins	idem 2011
Contrôle judiciaire	Pas de contrôle	Pas de contrôle systématique	Contrôle systématique à 15 jours puis tous les 6 mois	Contrôle systématique à 12 jours puis tous les six mois
Période d'observation initiale de 72h	non	non	oui	oui
Assistance d'un avocat	non	non	Facultative	Obligatoire
Certificats médicaux	absence	absence	1. Initial(aux) 2. 24h 3. 72h 4. Avis conjoint 5. Certificat de huitaine 6. Certificats mensuels	1. Initial(aux) 2. 24h 3. 72h 4. Avis motivé 5. Certificats mensuels
Lieu de l'audience	sans	sans	1. TGI 2. Salle d'audience établissement d'accueil 3. Visioconférence	1. Salle d'audience établissement d'accueil 2. TGI

Tableau 1. Récapitulatif des modifications apportées par la succession des différentes lois des soins psychiatriques sans consentement

Un Tableau récapitulatif des formes d'admission en soins psychiatriques sans consentement avec le calendrier en vigueur est consultable en **Annexe 1**.

Chapitre 3 Les différentes modalités de levée d'une mesure de soins sans consentement en psychiatrie

1. La levée de la mesure par le JLD

1.1. Le contrôle systématique de la régularité des actes administratifs par le JLD

Lorsqu'une personne fait l'objet d'une hospitalisation complète sans son consentement, la loi du 27 septembre 2013 prévoit un contrôle de la mesure de soins sans consentement par le JLD et implique le respect d'un certain nombre de mesures et d'un calendrier défini (15).

Le JLD est par conséquent saisi à différents moments de l'hospitalisation que nous allons détailler ci-après et contraint de se positionner par rapport aux conditions prévues pour poursuivre l'hospitalisation complète. Le JLD doit obligatoirement être saisi pour rencontrer le patient à l'expiration des délais prévus de douze jours puis tous les six mois.

Les auteurs de la saisine du JLD sont soit le directeur de l'établissement d'accueil du patient dans le cadre des soins à la demande d'un tiers (SDT), en cas d'urgence (SDTU) ou de péril imminent (SDTPI) ou le préfet dans le cadre des soins à la demande d'un représentant de l'état (SDRE).

La requête est transmise au greffe du TGI dans des délais imposés de huit jours à compter de l'admission pour le délai initial de douze jours et de quinze jours avant l'expiration du délai pour statuer tous les six mois.

Le délai pour statuer du JLD est de maximum douze jours à compter de la décision d'admission du patient et de six mois à compter de la décision de maintien (28).

1.2. La vérification de la régularité de la procédure

Le JLD dispose de différents moyens de contestation de la mesure de soins sous la forme d'une hospitalisation complète qu'il convient de répartir en trois catégories : l'incompétence, le vice de forme et le vice de procédure (15).

1.2.1. L'incompétence

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

Rappelons que relativement à ces exigences de compétence, en matière d'admission en soins sans consentement, celle-ci peut être prononcée uniquement par :

- Le représentant de l'état dans le département lorsque les troubles mentaux de la personne nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public.
- Le directeur d'un établissement mentionné à l'article L. 3222-1 du Code de la santé publique, désigné par le directeur général de l'ARS pour une zone géographique précisée dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens signé avec cette agence, soit à la demande d'un tiers, soit en cas de risque imminent pour la santé de la personne.

La contestation du JLD pourra alors porter sur l'impossibilité d'identifier le nom et la qualité du signataire. Effectivement, il est exigé que la décision administrative qui affecte un citoyen comporte la signature de son auteur et la mention, en caractères libres, de son prénom, de son nom et de sa qualité.

La contestation pourra également porter sur l'existence ou non d'une délégation de signature à l'auteur de l'acte. La loi prévoit que le directeur de l'établissement est la seule autorité désignée par l'article L. 3212-3 du Code de la santé publique, sauf s'il octroie une délégation régulière de signature au signataire de la décision d'admission.

1.2.2. Le vice de forme

Il concerne essentiellement l'insuffisance de motivation au travers des décisions d'admission.

D'une part, le JLD a l'obligation d'évaluer si les certificats médicaux produits sont suffisamment précis et circonstanciés au regard des conditions exigées pour des soins sans consentement.

D'autre part, les pièces administratives jointes aux certificats médicaux doivent également remplir certaines obligations :

- En cas d'admission sur décision du préfet, l'article L. 3213-1 du Code de la santé publique énonce que les arrêtés préfectoraux doivent être motivés et préciser les circonstances qui ont rendu nécessaire l'admission en soins psychiatriques. Auparavant et durant plusieurs décennies, le préfet était autorisé à motiver son arrêté par simple référence au certificat médical. Désormais, le préfet doit s'approprier le contenu du certificat et se joindre à la décision.

- En cas d'admission sur décision du directeur de l'établissement, la loi exige également de prononcer une décision d'admission dont le décret du 15 Août 2014 précise qu'elle doit être motivée contrairement à l'ancienne loi.

1.2.3. Le vice de procédure

1.2.3.1. Le respect du contradictoire et la notification des droits

La loi du 27 septembre 2013 prévoit l'obligation d'informer la personne nécessitant des soins psychiatriques. Chaque décision de maintien des soins ou de la forme de la prise en charge doit lui être notifiée pour qu'elle puisse être à même de souligner ses propres observations par tous moyens et de manière appropriée à son état (15).

De la même manière, une personne hospitalisée en SDT, en SDRE ou suite à une déclaration d'irresponsabilité pénale doit obligatoirement être notifiée dans les plus brefs délais et de manière appropriée à son état de la décision d'admission, du maintien des soins ou de la forme de la prise en charge ainsi que des raisons qui les motivent. En outre, elle doit également, dès son admission, recevoir une information claire et adaptée concernant sa situation juridique, ses droits, des voies de recours ainsi que des garanties qui lui sont imputables.

1.2.3.2. Le respect des délais

Dans le cas d'une admission sur décision du directeur de l'établissement, le défaut de production d'un des certificats médicaux ou des attestations prévus par la loi, entraîne la levée de la mesure de soins (15).

De manière équivalente, lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation sur décision du préfet, le défaut de production des arrêtés ou des certificats médicaux dans les délais impartis occasionne également la levée des soins sans consentement initialement imposés.

1.2.3.3. L'auteur des certificats médicaux

La levée de la mesure pourra être prononcée si les auteurs des certificats médicaux requis ne respectent pas les règles suivantes (15) :

Concernant les certificats initiaux, en cas d'admission en SDT, la décision du directeur de l'établissement doit être accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés datant de moins de quinze jours dont le premier doit être établi par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil du patient.

Lorsqu'il existe un péril imminent pour la personne et qu'aucun tiers n'est mobilisable (SDTPI), un seul certificat suffit, à condition qu'il émane d'un médecin extérieur à l'établissement.

Lorsqu'il s'agit d'une procédure en urgence (soins à la demande d'un tiers en cas d'urgence SDTU), le directeur de l'établissement a la possibilité, à titre exceptionnel, de se fonder sur un certificat émanant d'un médecin de l'établissement.

Enfin, en cas d'admission sur décision du préfet (SDRE), la procédure n'autorise pas que le certificat médical initial soit produit par un médecin de l'établissement d'accueil du patient.

Relativement aux autres certificats médicaux, les procédures prévoient différentes obligations selon le mode d'admission du patient (29) :

Admission à la demande d'un tiers : (voir **Tableau 2**)

- Le certificat de 24H doit être établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil différent des médecins étant à l'origine des certificats d'admission.
- Le certificat de 72H peut être établi par le même psychiatre que celui ayant réalisé le certificat de 24H.

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers					
		1er CM*	2e CM	CM 24 h	CM 72 h
Médecin A	Hors établissement	X			
	De l'établissement				
Médecin B	Hors établissement		X		
	De l'établissement		X		
Médecin C (psychiatre)	Hors établissement (si prise en charge en MCO)			X	
	De l'établissement			X	X
Médecin D (psychiatre)	Hors établissement				
	De l'établissement				X
<i>Au moins 3 avis différents</i>					

* Certificat médical.

Tableau 2. Soins psychiatriques à la demande d'un tiers, extrait de Charbonnel A. *La période d'observation et de soins initiale : ce qu'il faut mettre en place. Actual JuriSanté. Décembre 2011;(76).*

NB : Le médecin B de l'établissement peut être l'auteur du certificat de 72H s'il est psychiatre.

Admission en procédure d'urgence : (voir Tableau 3)

- Le certificat de 24H doit être établi par un psychiatre de l'établissement différent du médecin à l'origine du certificat initial d'admission.
- Le certificat de 72H doit être établi par un troisième certificateur, psychiatre dans l'établissement d'accueil, différent des deux premiers.

Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence				
		CM initial	CM 24 h	CM 72 h
Médecin A	Hors établissement	X		
	De l'établissement	X		
Médecin B (psychiatre)	Hors établissement (si prise en charge en MCO)		X	
	De l'établissement		X	
Médecin C (psychiatre)	Hors établissement			
	De l'établissement			X
Au moins 3 avis différents				

Tableau 3. Soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence, extrait de Charbonnel A. La période d'observation et de soins initiale : ce qu'il faut mettre en place. Actual JuriSanté. Décembre 2011;(76).

Admission en péril imminent : (voir Tableau 4)

- Le certificat de 24H doit être établi par un psychiatre de l'établissement.
- Le certificat de 72H doit être établi par un psychiatre de l'établissement, différent de celui qui a produit le certificat de 24H.

Soins psychiatriques en cas de péril imminent				
		CM initial	CM 24 h	CM 72 h
Médecin A	Hors établissement*	X		
	De l'établissement			
Médecin B (psychiatre)	Hors établissement (si prise en charge en MCO)		X	
	De l'établissement		X	
Médecin C (psychiatre)	Hors établissement			
	De l'établissement			X
Au moins 3 avis différents				

* Péril imminent et établissements de santé autorisés aux activités de MCO et disposant d'une autorisation d'activité en psychiatrie : « Le médecin qui établit ce certificat ne peut exercer dans l'établissement accueillant la personne malade » (article L. 3212-1 du code de la santé publique).
 Donc lorsqu'il s'avère impossible d'obtenir une demande de tiers et qu'il existe, à la date d'admission, un péril imminent pour la santé de la personne :
 - soit un médecin extérieur à l'établissement est appelé afin de rédiger le certificat médical initial
 - soit le patient est transféré dans un autre établissement psychiatrique.

Tableau 4. Soins psychiatriques en cas de péril imminent, extrait de Charbonnel A. La période d'observation et de soins initiale : ce qu'il faut mettre en place. Actual JuriSanté. Décembre 2011;(76).

Admission en soins à la demande d'un représentant de l'état :

- Le certificat de 24H doit être établi par un psychiatre de l'établissement.
- Le certificat de 72H doit être établi par un psychiatre de l'établissement qui peut être le même que celui ayant réalisé le certificat de 24H.

1.2.3.4. La demande de tiers

Le tiers désigné doit être soit un membre de la famille soit une personne justifiant de l'existence de relations avec le malade, antérieurement à la demande de soins, lui donnant qualité pour agir dans l'intérêt de celui-ci (à l'exclusion des personnels soignants exerçant dans l'établissement prenant en charge la personne malade). Le tuteur ou le curateur du malade est recevable s'il remplit les conditions sus-évoquées.

De plus, la demande de tiers doit comporter certaines mentions manuscrites telles que la formulation de la demande, le nom, le prénom, la date et le lieu de naissance de l'auteur de la demande ainsi que l'adresse de son domicile. Les mêmes renseignements sont demandés concernant la personne pour laquelle les soins sont demandés. Seront également précisés dans cette demande le degré de parenté ou la nature des relations existant entre eux ainsi que la date du jour et la signature du tiers.

1.3. L'ordonnance du JLD

Le JLD ainsi saisi détient le pouvoir d'ordonner (27) :

- La mainlevée immédiate de l'hospitalisation complète ;
- La mainlevée avec prise d'effet différée dans un délai maximal de 24 heures afin qu'un programme de soins puisse, le cas échéant, être établi par un psychiatre de l'établissement ;

- Le maintien de l'hospitalisation complète.

Un recours à la décision du JLD est possible par le biais d'un appel de l'ordonnance devant le premier président de la cour dans les dix jours. Le procureur a un délai de six heures pour faire appel qui est suspensif sur sa demande en cas de risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient ou d'autrui (28).

2. La saisine du JLD par d'autres acteurs

Le JLD peut être saisi à tout moment afin d'ordonner la mainlevée immédiate d'une mesure de soins psychiatriques, qu'elle qu'en soit la forme.

La saisine peut être faite par différents acteurs (30):

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

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

Si le demandeur est la personne soignée, il peut émettre sa requête de trois manières différentes. Il peut la formuler verbalement auprès du directeur de l'établissement qui transmet un procès verbal au greffe du TGI, envoyer une requête écrite au greffe du TGI ou la déposer au secrétariat de l'hôpital qui la transmettra.

Si le demandeur est une des autres personnes susnommées, la requête doit être formulée, par écrit, auprès du greffe du TGI et doit comporter :

- L'indication des nom, prénom, profession, domicile, nationalité, date et lieu de naissance du demandeur ;
- L'indication des nom, prénom de la personne qui fait l'objet des soins, de son domicile, de l'adresse de l'établissement où elle séjourne et s'il y a lieu des coordonnées de son tuteur, de son curateur ou des représentants légaux si la personne est mineure ;
- L'exposé des faits et son objet.

Une audience est alors programmée pour examiner la requête. Le requérant est informé de l'heure, de la date, du lieu et des modalités de la tenue de l'audience par le greffier du TGI.

Lorsqu'il statue, le JLD vérifie si la mesure de soins est justifiée et il décide, de la même manière que lors des saisines obligatoires, de la mainlevée immédiate de l'hospitalisation complète, de la mainlevée différée dans un délai maximal de 24 heures dans le cas où un programme de soins devrait être établi ou du maintien de la mesure de soins sans consentement.

Suite au jugement, le tiers ou requérant reçoit la notification de l'ordonnance établie par le JLD.

3. La levée de la mesure par le psychiatre

Elle s'effectue par un certificat médical circonstancié et doit mentionner l'évolution favorable ou la disparition des troubles ayant justifiés les soins.

3.1. Les soins à la demande d'un tiers et en péril imminent

En cas de mesure de SDT, SDTU ou SDTPI, le directeur de l'établissement d'accueil est tenu de lever la mesure dès que le psychiatre qui participe à la prise en charge du patient le propose dans son certificat médical (31).

3.2. Les soins à la demande d'un représentant de l'état

En cas de mesure de SDRE, le représentant de l'état dans le département peut à tout moment mettre fin à la mesure après avis d'un psychiatre participant à la prise en charge attestant que les conditions ayant justifié la mesure de soins ne sont plus réunies. Lorsque le psychiatre atteste que la mesure de soins sans consentement peut être levée, le directeur de l'établissement d'accueil en réfère dans les 24 heures au représentant de l'état dans le département, qui statue dans un délai de trois jours francs après la réception du certificat médical (31).

Toutefois, le représentant de l'état n'est pas tenu de suivre les conclusions du psychiatre comme nous l'avions évoqué précédemment. Pour rappel, lorsque le représentant de l'état décide de ne pas suivre l'avis du psychiatre, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui demande l'examen du patient par un second psychiatre. Ce dernier rend un avis sur la levée de la mesure.

Si les deux avis concordent, le représentant de l'état doit ordonner la levée de la mesure.

Si les deux avis divergent, la mesure de soins est maintenue. Le représentant de l'état en informe le directeur de l'établissement d'accueil qui saisit le JLD afin que ce dernier statue sur la situation (31).

3.3. Les situations d'irresponsabilité pénale

Dans ce cas précis, la levée des soins nécessite à la fois l'avis du collège pluridisciplinaire (composé du psychiatre référent, d'un représentant de l'équipe pluridisciplinaire participant à la prise en charge du patient et d'un psychiatre ne participant pas à la prise en charge du patient) justifiant que la mesure n'est plus nécessaire ainsi que les conclusions concordantes de deux experts.

Si ces avis divergent, le représentant de l'état choisit s'il maintient ou non la mesure. S'il la maintient, il en informe le directeur de l'établissement d'accueil, qui saisit le JLD afin que ce dernier statue à brefs délais sur cette situation (31).

4. La levée de la mesure par la Commission départementale des soins psychiatriques

La Commission départementale des soins psychiatriques (CDSP) de chaque département a comme mission d'examiner chaque situation pour laquelle elle serait informée d'une réclamation. A l'issue de son évaluation, elle peut demander la levée de la mesure de soins sans consentement qui est alors prononcée par le directeur de l'établissement ou le représentant de l'état selon le mode de prise en charge (31).

Chapitre 4 Enquête auprès des Juges des libertés et de la détention

Dans le cadre de notre travail, nous avons souhaité réaliser une enquête auprès des JLD actuellement en fonction au sein du TGI de Lille et ainsi étudier leurs points de vue sur les audiences se tenant pour des mesures de soins psychiatriques sans consentement. La prise en charge des patients relevant de soins psychiatriques sans consentement s'effectue sur le plan médical par le psychiatre référent et toute l'équipe soignante associée et repose, sur le plan législatif, sur les décisions prises par le JLD en charge du dossier. Effectivement, comme nous l'explicitons dans les chapitres précédents, le pouvoir décisionnel du JLD lors des audiences prévues par la loi peut présenter un impact majeur sur l'évolution de la prise en soins des patients, notamment lorsqu'une mainlevée est ordonnée à l'issue de l'audience.

1. Portrait du JLD

Le JLD est un magistrat du siège. Il juge seul et est assisté d'un greffier.

Il lui est attribué plusieurs compétences (32):

- Il décide du placement en détention provisoire d'une personne mise en cause par la justice.
- Il statue sur les demandes de mise en liberté d'une personne mais également sur les prolongations de détention provisoire.
- Il ordonne les assignations à résidence et les placements sous contrôle judiciaire.
- Il règle les contentieux de la rétention des étrangers.
- Il statue sur les soins psychiatriques sans consentement.

2. Réalisation de l'enquête : matériel et méthode

2.1. Le questionnaire

Tout d'abord, nous avons pris un premier contact avec le chef du service des JLD du TGI de Lille pour solliciter une rencontre avec lui, dans l'objectif de lui présenter notre projet. Après avoir obtenu son accord par téléphone, une rencontre a été organisée au TGI de Lille, dans les bureaux du service des JLD pour lui soumettre notre intention de réaliser une enquête auprès de tous les JLD de son service. Cette enquête se présentait sous la forme d'un formulaire contenant quatorze questions relatives à différents aspects techniques afférent à leurs activités :

- Deux questions concernaient l'activité générale d'un JLD et les missions qui lui sont attribuées ;
- Deux questions s'intéressaient à la formation individuelle de chaque JLD et à leur exercice personnel ;
- Neuf questions portaient sur l'intervention du JLD auprès des patients soumis à une mesure de soins psychiatriques sans consentement ;
- Une question se rapportait à l'aspect législatif concernant la présence des avocats dans les procédures de soins psychiatriques sans consentement depuis 2013.

Suite à notre entretien, le chef de service a accepté notre collaboration et le questionnaire (voir **Annexe 1**) lui a été transmis par messagerie électronique afin qu'il puisse en prendre connaissance et pour faciliter la diffusion à ses confrères.

2.2. La réception des données

La réception des questionnaires remplis s'est donc effectuée par e-mail. Seulement trois JLD sur les quatre qui avaient été contactés ont répondu à l'enquête qui leur était proposée, malgré de nombreuses sollicitations. Le chef de service a répondu à cinq questions au nom de l'ensemble de ses confrères, les neuf restantes ont été renseignées par chaque JLD individuellement, en leur propre nom.

2.2.1. Données générales

S'agissant des réponses communes aux trois JLD ayant accepté de participer à notre recherche, nous vous proposons d'en prendre directement connaissance ci-après :

1. Êtes-vous amené à statuer sur les mesures de soins psychiatriques sans consentement?

Si oui, s'agit-il de votre activité principale ?

« Comme tous les JLD de LILLE nous statuons sur des mesures d'Hospitalisation Sans Consentement (HSC) une semaine par mois. Il ne s'agit pas historiquement ni statistiquement de notre activité principale mais elle est en réalité à placer sur le même plan que les autres (cf. infra) »

2. Quelles sont les missions principales du JLD ?

*« Le JLD a deux missions principales **en plus** du contentieux des HSC:*

- *Il est le juge des atteintes aux libertés dans la procédure pénale et ses attributions dans ce domaine sont nombreuses; il décide des placements en détention provisoire,*

des écoutes téléphoniques demandées par le Procureur de la République, des sonorisations de véhicules, des perquisitions sans assentiment ou de nuit, des visites domiciliaires par certains services administratifs...

- *Il est le juge de la rétention administrative des étrangers faisant l'objet d'une mesure d'éloignement. »*

Depuis 2011, le JLD intervient dans le cadre des mesures de soins psychiatriques sans consentement, quels sont selon vous les apports principaux de cette intervention ?

« La Constitution française fait du juge le garant des libertés individuelles. Son intervention lorsqu'une personne est privée de sa liberté pour en vérifier la régularité et le bien fondé est une avancée. Dans ce domaine comme dans les autres, le juge vérifie le respect de la règle de droit. »

3. Pour vous, recevoir en audience un patient dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement nécessite-t-il des adaptations ? (par rapport aux autres audiences)

« Le Code de la santé publique a posé le principe selon lequel les audiences doivent se dérouler dans les établissements. Deux salles d'audience ont donc été créées dans les deux Etablissements Publics de Santé Mentale (EPSM) de l'agglomération. C'est donc le juge qui se transporte vers le patient/justiciable plus que l'inverse ce qui est une différence majeure avec les autres contentieux.

Dans les cas où le patient est transporté au tribunal (il s'agit donc à LILLE des seuls patients détenus), des précautions sont prises pour limiter l'attente et surtout éviter qu'elle ne se déroule dans les geôles du Palais de Justice. »

4. Si vous décidez d'une mainlevée de l'hospitalisation lors d'une audience, dans quel cas laissez vous un délai à l'hôpital pour laisser sortir le patient ? Dans quel cas demandez vous un programme de soins ?

« Le délai de vingt-quatre heures peut en principe être accordé dans tous les cas où la mainlevée est décidée pour des raisons de fond. Il est systématiquement accordé dans ce cas pour permettre l'éventuelle mise en place d'un programme de soins.

Dans les cas où la mainlevée est ordonnée pour des raisons de forme, de procédure elle, est en principe immédiate. »

5. Dans quelle mesure la présence récente des avocats a-t-elle modifié les audiences ?

« La procédure de saisine du JLD en matière d'HSC, qu'elle soit obligatoire ou facultative, est une procédure civile dans laquelle le juge arbitre entre deux parties et est donc liée par les arguments qui sont soulevés devant lui. Le retour des avocats en novembre 2016 à la fin de leur mouvement de protestation a donc fondamentalement changé les audiences en leur donnant du contenu, notamment procédural, et en instaurant un vrai débat juridique avec la direction des établissements.

Ni le préfet du NORD ni le directeur du Centre Hospitalier Régional Universitaire (CHRU) de LILLE n'étant présent ou représenté, les procédures les concernant sont même déséquilibrées puisqu'ils ne répondent pas aux arguments soulevés par l'avocat du patient surtout que l'assistance du patient par un avocat est obligatoire. »

2.2.2. Données individuelles

Concernant les réponses propres à chaque JLD, nous vous proposons d'en prendre connaissance ci-dessous. Afin de différencier les informations de chacun, nous adopterons une couleur distincte pour chaque JLD.

6. Depuis combien de temps exercez-vous en tant que JLD?

« Depuis le mois de septembre 2016. »

« Depuis le début du mois de septembre 2014 »

« Depuis juillet 2016 »

7. Avez-vous eu une formation spécialisée sur la psychiatrie ? Si oui, laquelle et sous quelle forme ?

« Lors de ma formation initiale à l'Ecole Normale de la Magistrature (ENM), j'ai eu une formation de plusieurs heures sur la psychiatrie. Elle était de mémoire dispensée par le professeur COUTANCEAU mais je ne me souviens plus de son format exact.

Des modules sont disponibles dans le cadre de la formation continue mais je ne les ai personnellement pas encore suivis. »

« Pas de formation particulière en ce domaine ; au cours de l'année 2017 je suis une formation dispensée par l'ENM, d'une durée de 6 jours sur le thème des principes de la psychologie appliqués au monde judiciaire ; cette formation comprend des modules sur la psychiatrie. »

« J'ai eu l'occasion de bénéficier de modules de formation sur le thème de la psychiatrie dans le cadre de la formation initiale à l'ENM et dans le cadre de la formation continue

(approches du lexique médical, distinction des cadres d'intervention du juge dans le cadre de l'injonction thérapeutique, l'obligation de soins ou l'injonction de soins). »

8. Prenez-vous connaissance des dossiers avant les audiences ? A quels éléments du dossier accordez-vous le plus d'importance ?

« Lorsque mon emploi du temps me le permet, je prépare les dossiers afin de connaître le cadre juridique de la procédure considérée.

Je m'attache donc à regarder quelle procédure a été appliquée et si les pièces qui me sont transmises sont complètes.

Je n'ai à ce stade aucune appréciation sur la régularité et le bien fondé de la procédure puisque je dépends des arguments qui seront soulevés devant moi lors de l'audience. »

« Oui, une vision rapide des dossiers avant l'audience ; l'examen de ces derniers se fait davantage dans le cadre du délibéré et au regard des débats qui se sont tenus en audience. »

« Je prends connaissance des dossiers la veille :

- vérification du cadre procédural : SDT, SDTU, SDTPI, SDRE, SDRE-UHSA

- résumé de l'ensemble des certificats et avis médicaux (certificats(s) d'admission, certificat des 24 heures, certificat des 72 heures à l'issue de la période d'observation et avis sur la prise en charge du patient) dans le cadre d'une pré-rédaction de l'exposé du litige donnant lieu à une motivation en fonction des moyens soulevés à l'audience. »

9. Lors des audiences, prenez vous d'abord connaissance des certificats ou interrogez-vous le patient en premier lieu ?

« Je prends d'abord connaissance des certificats sans toutefois les lire de façon exhaustive à l'audience. Leur contenu me permet aussi de questionner le patient surtout lorsqu'il dénie ses troubles. »

« J'interroge d'abord le patient mais j'ai déjà pris connaissance des certificats en amont ; ceci permet de cibler les questions. »

« Je laisse la parole librement au patient sur l'origine de son hospitalisation et sur son souhait de sortie ou non ayant préalablement pris connaissance des certificats avis médicaux. »

10. A quels éléments prêtez-vous le plus d'attention lorsque vous prenez connaissance des certificats ?

« Le juge n'a pas à apprécier la pertinence du diagnostic médical. Il me reste donc à apprécier la qualité de la description des troubles et surtout leur pertinence à caractériser la nécessité d'une privation de liberté et le cadre juridique choisi pour la mettre en oeuvre ou la maintenir. »

« L'avis motivé du médecin psychiatre, dernier certificat médical au dossier est primordial pour déterminer la poursuite ou non de l'hospitalisation ; pour autant, les certificats antérieurs permettent de voir l'évolution, le cas échéant. »

« Je m'attache à vérifier l'existence d'une motivation correspondant aux critères légaux de la procédure engagée comme par exemple la caractérisation du risque d'atteinte à l'intégrité physique du patient dans le cadre d'une procédure SDTU, étant précisé que le JLD, agissant en matière civile, ne se saisit jamais d'office de moyens non soulevés par la défense. Je ne

porte aucune appréciation au fond sur la motivation des certificats médicaux, cette dernière étant de la seule responsabilité du médecin psychiatre signataire. »

11. Prenez-vous en compte le contenu (description clinique) des certificats en cas de vice de procédure constaté ?

« Non, l'irrégularité procédurale est indépendante du fond, elle l'emporte dans tous les cas (s'il en résulte une atteinte aux droits de la personne conformément à l'exigence de l'article L.3216-1 du Code de la santé publique) »

« Dans l'hypothèse d'un vice de procédure il n'est pas possible de retenir la description clinique ; mais dans ce cas la levée de la mesure peut être différée à 24 heures pour permettre la mise en place d'un programme de soins. »

« A titre liminaire, l'irrégularité procédurale constatée doit causer un grief dans l'exercice des droits du patient pour entraîner la mainlevée de la mesure. La nature, et le cas échéant, la gravité des troubles mentaux du patient reprises dans les certificats et avis médicaux présents au dossier sont sans incidence sur le contrôle de régularité effectué par le JLD. »

Prenez-vous en compte le contenu (description clinique) des certificats en cas d'absence de vice de procédure constaté ? A quels éléments accordez-vous alors le plus d'importance ?

« Oui. Il s'agit alors d'apprécier le bien fondé de la mesure d'hospitalisation complète c'est à dire la nécessité de la privation de liberté.

Dans ce cas, les certificats médicaux doivent être suffisamment détaillés pour assurer le respect des conditions prévues par la loi et au sujet notamment du consentement aux soins. »

« En l'absence de vice de procédure la description clinique est particulièrement importante ; les questions posées à l'audience permettent en outre de vérifier le contenu de ces certificats, sur certains points. »

« En cas d'absence d'irrégularité procédurale, le JLD exerce un seul contrôle de proportionnalité de la mesure d'hospitalisation sous contrainte. A charge pour l'avocat du patient de produire des pièces permettant de remettre en cause la teneur des certificats et avis médicaux présents au dossier concluant de manière concordante à la nécessité du maintien de soins psychiatriques sous contrainte sous forme d'une hospitalisation complète. Ce cas d'école ne s'est jamais présenté dans le cadre de mon exercice professionnel. »

Dans quelle mesure les éléments recueillis lors de l'audience influencent-ils votre décision finale ?

« Par principe, ils m'influencent assez peu, l'appréciation de leur contenu étant une appréciation médicale.

C'est notamment le cas lorsque la personne nie ses troubles ou essaye de démontrer que l'ensemble de la procédure n'est pas fondé.

Ils sont toutefois importants lorsqu'ils confirment ou démontrent les troubles de la personnalité qui sont décrits dans les certificats médicaux. Dans ce cas, ils sont un élément de plus en faveur du maintien de l'hospitalisation lorsqu'elle est contestée sur le fond. »

Pas de réponse renseignée.

« La parole libre du patient en début d'audience permet d'avoir une première approche de sa compréhension de sa situation personnelle.

Le JLD doit statuer sur les seuls moyens juridiques soulevés par l'avocat du patient et contredits, le cas échéant, par le représentant de l'administration hospitalière, à l'audience

(principe du contradictoire en matière civile – article du code de procédure civile + principe de la charge de la preuve appartenant à la partie qui invoque un moyen). »

12. Vous est-il arrivé au cours de votre carrière de demander la levée des soins sans consentement ? Si oui, combien de fois et pour quel(s) motif(s) ?

« Le juge ne demande pas, il ordonne. Cela m'est effectivement arrivé sans que je sois capable de préciser le nombre de fois.

Les motifs retenus dépendent de ceux qui sont soulevés par les avocats. Ainsi, dans un premier temps la nette majorité des mainlevées était ordonnée pour des raisons procédurales (notification tardive des décisions administratives, absence de preuve de l'examen somatique,...) mais les procédures s'améliorant le débat se déplace plus sur le fond et en particulier sur la démonstration de la légitimité du recours aux procédures d'exception que sont les SDTU et SPI. »

« Le JLD ne demande pas la levée des soins ; il l'ordonne ; pour autant jusqu'alors je n'ai jamais ordonné une levée totale de soins, mais une levée de l'hospitalisation sans consentement. En ce qui concerne le chiffrage, je ne peux le renseigner. »

« Je n'ai pas comptabilisé le nombre de décisions rendues. Les motifs évoluent également au gré de la stabilisation de notre jurisprudence.

Pour exemples et de manière non exhaustive : absence de l'intégralité des certificats médicaux mensuels dans le cadre d'un contrôle à 6 mois de la mesure, défaut de motivation circonstanciée d'un certificat d'admission, absence de preuve de la réalisation d'un examen somatique dans le délai de 24 heures, absence de notification au patient ou à des IDE (en cas de refus ou d'impossibilité du patient) de la décision d'admission en soins psychiatriques sous contrainte, absence d'avis à la famille, absence de preuve de recherche de tiers dans le cadre d'une procédure SDTPI, absence de production au dossier du jugement de tutelle ou de

curatelle pour les majeurs protégés, absence de preuve de notification des droits au patient et des entretiens cliniques ayant donné lieu à la rédaction de certificats médicaux dans une langue que le patient comprend alors que l'audience devant le JLD se tient en présence d'un interprète. »

13. Si le patient explique au cours de l'audience, accepter la poursuite de l'hospitalisation, cela influence-t-il votre décision ? Et comment ?

« Bien sûr. Si le patient accepte l'hospitalisation complète c'est qu'il ne demande pas sa mainlevée qui ne peut donc pas être prononcée. Le juge civil ne peut prononcer ce qui ne lui est pas demandé. »

« Oui, cet accord pour la poursuite de l'hospitalisation est déterminant car c'est le choix du patient lui-même. »

« Deux possibilités :

- Le patient ne demande pas la mainlevée de la mesure d'hospitalisation sous contrainte. Le JLD ne peut s'autosaisir en matière civile d'une autre demande mais est lié par la ou les demandes des parties. Il ordonne donc la poursuite des soins sous contrainte pour une période de 6 mois sauf avis médical contraire.*
- Le patient demande la poursuite des soins psychiatriques dans le cadre d'une hospitalisation libre : cf. infra sur la question du consentement aux soins du patient. »*

14. Si le patient explique au cours de l'audience, accepter la poursuite des soins (mais en dehors de l'hôpital), cela influence-t-il votre décision ? Et comment ?

« Les patients qui ne nient pas leurs troubles et qui veulent sortir de l'hôpital acceptent tous les soins en affirmant qu'ils ont pris conscience de leur nécessité, que le nouveau traitement

est mieux ou qu'ils préfèrent être suivis par leur psychiatre en ville... Il s'agit d'arguments normaux qui ne me semblent pas de grande valeur sauf à être confirmés par les certificats médicaux dans leur partie consacrée au consentement aux soins. J'y accorde plus d'importance lorsque la personne a déjà bénéficié d'un programme de soins ce qui démontre que la prise en charge ambulatoire est possible. »

« Cet accord peut avoir une influence ; toutefois le risque d'une sortie prématurée induit un risque de mise en échec des soins dispensés jusqu'alors. »

« Non, la question du consentement aux soins relevant d'une évaluation strictement médicale au long cours.»

Chapitre 5 Synthèse et discussion

1. Synthèse des résultats

1.1. Réponses communes

S'agissant des réponses communes élaborées par le chef de service des JLD de Lille, certains éléments sont importants à noter :

- L'hospitalisation sans consentement ne représente qu'une partie de l'activité attribuée au JLD, qu'il n'exerce qu'une semaine par mois au même titre que ses autres missions (Juge des atteintes aux libertés dans la procédure pénale et Juge de la rétention administrative des étrangers faisant l'objet d'une mesure d'éloignement).
- L'intervention du juge garant des libertés individuelles, dans le cadre d'une privation de liberté, pour en vérifier le bien fondé et la régularité, apparaît comme une avancée pour les JLD.
- Des adaptations ont été faites pour recevoir les patients en audience : création de deux salles d'audience au sein même des deux EPSM de l'agglomération lilloise. Pour les détenus, les audiences se tiennent au TGI donc des adaptations sont faites pour limiter le temps d'attente et que ce dernier n'ait pas lieu dans les geôles du palais de justice.
- Le délai de 24 heures peut être accordé dans tous les cas de mainlevée sur des raisons de fond. Il l'est systématiquement pour établir un programme de soins. En cas de vice de procédure, la mainlevée est immédiate.
- Concernant la présence des avocats, selon le chef de service, il s'agit d'un changement fondamental : un contenu est donné aux audiences, notamment procédural et instaure un vrai débat juridique avec la direction des établissements. Néanmoins, ni le Préfet

du Nord, ni le Directeur du CHRU de Lille ne sont présents ou représentés lors des audiences. Les procédures sont ainsi déséquilibrées puisqu'ils ne peuvent répondre aux arguments soulevés par les avocats.

1.2. Réponses individuelles

Concernant les réponses individuelles renseignées par chacun des trois JLD, nous avons réalisé un tableau récapitulatif pour plus de lisibilité (voir **Tableau 5**) :

	Points communs	Divergences
Durée d'exercice	Depuis moins de deux ans pour les trois réponses	
Formation en psychiatrie	Très peu de formation sous la forme de modules dispensés par l'ENM pour les trois réponses	
Prise de connaissance des dossiers en amont de l'audience		Pour deux réponses, la prise de connaissance est rapide et le JLD se contente de vérifier la présence des pièces versées au dossier. Pour une réponse, le JLD prend connaissance de la présence des pièces qui sont exigées par la loi et du contenu des certificats médicaux
En audience, en premier lieu, interrogation du patient ou prise de connaissance du contenu des certificats médicaux?	Pour les trois réponses, prise de connaissance du contenu des certificats médicaux puis interrogatoire du patient	
Éléments pour lesquels le JLD prête le plus d'attention dans les certificats médicaux		Pour deux réponses, ils vérifient la qualité de la description des troubles, l'existence d'une motivation justifiant la privation de liberté et le cadre juridique choisi pour la mettre en oeuvre ou la maintenir. Pour une réponse, l'intérêt est porté quasi exclusivement au contenu de l'avis motivé
Prise en compte de la description clinique des certificats médicaux en cas de vice de procédure	Pour les trois réponses, le vice de procédure engendre l'ordonnance d'une mainlevée, indépendamment de l'état clinique décrit	
Prise en compte de la description clinique lorsqu'il n'existe pas de vice de procédure		Pour deux réponses, la description clinique est importante et doit être détaillée pour apprécier le bien fondé de la mesure et la privation de liberté. Pour une réponse, la description clinique est importante pour vérifier le contenu des certificats sur certains points au cours de l'interrogatoire du patient
Influence des éléments recueillis pendant l'audience		Une réponse n'est pas renseignée. Pour une réponse, peu d'influence car reste une appréciation médicale. Pour une réponse, influence uniquement par les moyens soulevés par l'avocat et contredits par le représentant de l'administration hospitalière
Ordonnance de mainlevée et motifs	Les trois JLD interrogés ont déjà ordonné la levée de soins psychiatriques sans consentement	Pour une réponse, les motifs ne sont pas renseignés. Pour une réponse, les deux motifs évoqués concernent un vice de procédure mais le JLD précise que les vices de forme sont de plus en plus fréquents. Pour la troisième réponse, les motifs évoqués concernent majoritairement des vices de procédure (7), un seul vice de forme est évoqué.
Influence sur la décision finale en cas d'accord donné par le patient pour la poursuite des soins sans consentement	Pour les trois réponses, le JLD ne peut se prononcer que sur ce qui lui est demandé donc pas de levée si le patient ne la demande pas.	
Influence sur la décision finale en cas de demande du patient de poursuivre les soins en ambulatoire		Pour une réponse, très peu d'influence car très peu de valeur accordée aux arguments soulevés par le patient. Pour une réponse, cela influence le JLD mais qui note qu'une sortie prématurée pourrait être délétère pour le patient. Pour une réponse, cela n'a aucune influence puisque la question du consentement aux soins relève d'une évaluation médicale.

Tableau 5. Récapitulatif des points communs et divergences retrouvés dans les avis donnés par les JLD

2. Mise en perspective

2.1. La préparation de l'audience

Chaque JLD s'accorde sur la prise de connaissance du contenu des certificats médicaux avant d'interroger le patient, que ce soit le jour même de l'audience pour certains ou en amont, lors de la préparation de leurs audiences, pour d'autres. En effet, il nous semble indispensable que les éléments cliniques soient portés à la connaissance des JLD pour qu'ils puissent prendre la mesure de la situation et avoir connaissance du degré d'inquiétude face à la pathologie présentée par le patient. En amont de l'audience, certains ne prennent connaissance que de l'existence des pièces obligatoires qui doivent être versées au dossier pour assurer la validité de la procédure. Nous pouvons souligner l'importance donnée par les JLD au respect strict des procédures légales des soins psychiatriques sans consentement.

En ce qui concerne les éléments des certificats médicaux qui attirent le plus l'attention des JLD, deux JLD s'accordent sur la qualité de la description des troubles, sur l'existence d'une motivation justifiant la privation de liberté et sur la pertinence du cadre juridique choisi. Il semble donc qu'il est capital que les auteurs des certificats médicaux s'astreignent à une description riche et détaillée de l'état clinique des patients justifiant une mesure de soins sans consentement. Les certificats médicaux doivent être circonstanciés et la description doit justifier la privation de liberté et être adaptée en fonction de la mesure de soins sans consentement choisie. Les auteurs des certificats médicaux peuvent insister sur des exemples concrets relatés sous la forme de citations entre guillemets et ne pas s'appuyer uniquement sur des termes sémiologiques. Pour un autre JLD l'intérêt est porté en majeure partie au contenu de l'avis motivé. Certes il s'agit du dernier certificat médical fourni en amont de l'audience. Il semble donc fondamental pour le psychiatre de reprendre dans l'avis motivé les éléments

primordiaux attestant de l'état clinique du patient et de s'appliquer à étoffer l'argumentaire de la nécessité de la poursuite des soins sans consentement. Néanmoins il nous semble un peu réducteur de ne s'intéresser qu'à un seul certificat quand certaines procédures demandent l'établissement de cinq certificats médicaux.

2.2. L'audience

Selon un JLD, les éléments recueillis pendant l'audience influencent peu sa décision car il considère qu'ils restent une appréciation médicale. En revanche, un autre JLD n'accorde d'importance qu'aux moyens soulevés par l'avocat et contredits, pour certaines mesures, par les représentants de l'administration hospitalière (dans le cas des mesures de soins à la demande d'un tiers). Cette dernière réflexion nous amène à la question suivante : qu'en est-il des autres éléments qui pourraient malgré tout avoir une importance capitale ? De plus, nous pouvons constater l'intérêt dans ce cas, de la présence des représentants de l'administration hospitalière pour répondre aux arguments soulevés par les avocats. Néanmoins, comme le rappelait le coordinateur des JLD, ni le Préfet, ni le directeur du CHRU ne sont présents lors des audiences qui sont alors déséquilibrées pour les patients concernés.

Concernant l'assistance des patients par des avocats lors des audiences, le JLD souligne un changement fondamental qui selon lui instaure un vrai débat juridique. Il est vrai qu'un changement radical est observé depuis le retour des avocats en novembre 2016 aux côtés des patients. Sans qu'aucune étude n'ait été réellement réalisée sur le sujet, nous avons pu observer une augmentation massive des ordonnances de mainlevée (sur le CHRU de Lille) depuis le retour des avocats. En effet, malgré l'obligation d'assistance par un avocat requise par la loi du 27 septembre 2013, un mouvement de protestation concernant leur rémunération

s'est soulevé et a duré plusieurs années. De fait, une minorité seulement de patients avaient pu bénéficier d'un accompagnement (33).

S'agissant de l'intérêt porté à la description clinique faite dans les certificats médicaux lorsqu'il n'existe pas de vice de procédure, pour deux JLD, elle est importante et doit être détaillée pour apprécier la légitimité de la mesure. De nouveau, nous pouvons noter le poids de la description clinique et des arguments de motivation pour justifier la mesure de soins sans consentement. Pour un autre JLD, elle est importante pour vérifier la cohérence entre les certificats médicaux et l'interrogatoire du patient (*« En l'absence de vice de procédure la description clinique est particulièrement importante ; les questions posées à l'audience permettent en outre de vérifier le contenu de ces certificats, sur certains points. »*). Cette dernière réponse amène à la question suivante : dans quelle mesure le JLD devrait-il comparer des éléments médicaux attestés par des spécialistes à sa propre évaluation du patient qui se présente devant lui pendant l'audience ?

A travers les réponses apportées par les trois JLD au questionnaire, nous avons pu établir un profil qui semble leur être commun : il s'agit de trois personnes dont l'activité en tant que JLD est très récente et date de moins de deux ans. Tous les trois rapportent un niveau de formation spécialisée en psychiatrie qui semble limité, ne faisant état que de quelques modules dispensés lors de leur formation à l'ENM ou lors d'une formation en cours, d'une semaine, pour l'un d'entre eux.

Des travaux menés au cours d'une mission d'évaluation par l'Assemblée Nationale, basés sur des statistiques produites par le ministère de la justice (34), établissent des constatations concernant le niveau de formation en psychiatrie des JLD. Il apparaît que des stages en centres hospitaliers sont proposés dans le cadre de leur formation initiale et que des sessions

de formation globale et de formation spécifique peuvent leur être dispensées. Nous pouvons constater dans ce rapport que le nombre de stage en centres hospitaliers a augmenté entre 2011 et 2016, passant de un à huit.

Globalement, cette formation semble limitée et apparaît largement insuffisante au vu des éléments repris en amont. De plus, il nous semble interpellant que certains JLD considèrent qu'un certain nombre d'éléments contenus dans les certificats médicaux doivent être « vérifiés ». Dans ce contexte, l'amélioration de la formation des JLD en psychiatrie apparaît primordiale, afin notamment d'illustrer auprès de ces magistrats la complexité de la sémiologie psychiatrique fondée sur un examen clinique rigoureux. L'examen clinique psychiatrique peut être assimilé à un processus dynamique linéaire qui suit un raisonnement médical classique. Malgré tout, en pratique, le déroulement de cet examen peut s'avérer beaucoup plus complexe et nécessite des connaissances et une expérience dans ce domaine (35).

2.3. L'ordonnance du JLD

Relativement aux motifs de mainlevée, pour un JLD, il s'agit le plus souvent de vices de procédure. Il précise tout de même que les vices de forme sont de plus en plus fréquents. Un autre JLD évoque multiples exemples de vices de procédure et un seul vice de forme. Une fois de plus, il semble fondamental pour les psychiatres de veiller à la régularité de la procédure.

Selon une étude intitulée « Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures », réalisée entre janvier 2012 et juillet 2015 (36), les principaux motifs de mainlevée évoqués par le JLD sont : les critères d'admission non remplis à la

lecture des certificats médicaux (21,9% des cas), l'absence de preuves que l'information sur la mesure de soins a bien été délivrée au patient (16,7% des cas), l'absence de preuves du recueil des observations du patient sur la mesure de soins (13,2% des cas) et les documents manquant lors de la saisine (8% des cas). Ces résultats (visibles dans le **Tableau 6**) corroborent les réponses données par les trois JLD et confirment que les vices de procédure sont les motifs les plus souvent retenus.

Résultats de l'étude portant sur 117 décisions judiciaires de mainlevées de mesures de soins sans consentement			
Motifs médicaux	Critères d'admission non remplis	38	21,9 %
	Médecins incompetents	3	1,7 %
	Absence d'examen somatique	2	1,2 %
	Programme de soins non conforme	3	1,7 %
	Sous-total	46	26,5 %
Motifs administratifs	Délégation de signature non conforme	11	6,4 %
	Identification du signataire impossible	6	3,4 %
	Absence de motivation des décisions	6	3,4 %
	Sous-total	23	13,2 %
Motifs transversaux	Information inadaptée	29	16,7 %
	Pas de recueil des observations	23	13,2 %
	Délais écoulés	24	13,8 %
	Absence de documents	14	8,0 %
	Procédure avec tiers irrégulière	8	4,6 %
	Irrégularités avec le mandataire judiciaire	7	4,0 %
	Sous-total	105	60,3 %
Total		174	100 %

Tableau 6. Motifs de mainlevées *extrait de Godet T, Péchillon E, Biotteau-Lacoste M, Senon J-L, Gaillard P. Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr [Internet]. 19 déc 2016*

Relativement au vice de procédure, les trois JLD se rejoignent sur le fait que dans un tel cas, l'ordonnance de mainlevée est immédiate et le contenu des certificats médicaux, relatant l'état clinique du patient n'a aucune valeur. Il est capital de relever cette information qui stipule bien que même si un patient présente un état clinique grave, qu'il peut présenter un danger pour lui même ou pour autrui et qu'il nécessite la poursuite des soins en milieu hospitalier, le vice de procédure implique forcément une mainlevée de la mesure. Il apparaît donc que dans la pratique quotidienne, les procédures doivent être respectées avec la plus grande rigueur, vérifiées et renforcées.

S'agissant du délai de 24 heures qui peut être accordé, il l'est uniquement en cas de mainlevée sur des raisons de fond et systématiquement pour établir un programme de soins. De fait, la mainlevée est donc immédiate lorsqu'il s'agit d'un vice de procédure. L'organisation du suivi ambulatoire est primordiale pour chaque patient pris en charge, quelles que soient les raisons pour lesquelles la mesure de soins sans consentement est levée. Le délai de 24 heures ne devrait-t-il pas concerner tous les patients ?

En ce qui concerne leur position vis à vis d'un patient qui ne demanderait par la levée des soins psychiatriques sans consentement, la réponse des JLD est unanime : selon eux, le JLD ne peut se prononcer sur ce qui ne lui est pas demandé. Toutefois, nous pouvons, dans ce cas, nous poser la question de la place accordée au consentement du patient, dans des soins qui sont a priori dispensés « sans le consentement du patient » ou malgré l'absence de celui-ci. Les JLD semblent, dans ce cas précis, s'arrêter au discours immédiat du patient sans s'interroger sur la modalité d'hospitalisation. Le maintien en soins sans consentement de ces patients est assez paradoxal compte tenu du fait qu'ils souhaitent poursuivre l'hospitalisation. Néanmoins, le point positif est pour les médecins qui restent les seuls juges dans ces situations et qui peuvent ainsi aménager les modalités d'hospitalisation, notamment lorsqu'il existe une ambivalence à la prise en charge, exprimée par le patient.

Enfin, lorsqu'il s'agit de leur position vis à vis d'un patient qui demanderait la poursuite des soins en ambulatoire, un JLD avoue qu'il accorde peu d'importance à une telle demande, un autre considère que cette appréciation doit rester médicale et le dernier est influencé mais garde à l'esprit qu'une sortie prématurée pourrait être délétère.

Il est tout à fait essentiel de ne pas oublier que le délai de prise en charge des patients lorsque la maladie se déclare est primordial. Dans ce sens, nous pouvons évoquer qu'en 1927, H.S Sullivan relevait déjà que « la grande majorité des patients souffrant de psychose accède au

traitement beaucoup trop tardivement » (37). En effet, selon lui, il est fréquent que les patients se présentent pour un premier épisode psychotique, seulement deux ans après l'apparition des premiers symptômes. La période entre l'apparition de la maladie et l'instauration d'un traitement adapté est appelée « Durée de psychose non traitée » (*Duration of Untreated Psychosis*, DUP). Pourtant, la majorité des déficits, qu'ils soient cognitifs ou fonctionnels, apparaissent dans les trois à cinq premières années d'évolution de la maladie. La DUP est également une phase à haut taux de comorbidités addictologiques, anxieuses et dépressives mais également une phase à haut risque suicidaire et à haut risque de désadaptation sociale. La DUP est donc identifiée comme un facteur déterminant l'évolution future de la maladie (38). Le pronostic de la maladie est d'autant plus sombre que la DUP est longue (39). C'est pourquoi il est fondamental que les patients puissent avoir accès à des soins adaptés le plus précocement possible. Néanmoins, la levée des soins psychiatriques au bout de douze jours seulement ne favorise pas une prise en charge optimale.

2.4. L'amélioration des pratiques de soins sans consentement en psychiatrie

Il apparaît que le nombre d'hospitalisations en soins psychiatriques sans consentement augmente considérablement d'années en années et que le nombre d'ordonnances de mainlevée croît également de plus en plus. Il semble de ce fait que les soins sans consentement en psychiatrie soient un sujet d'une importance capitale. Effectivement, selon des rapports statistiques établis par le pôle d'évaluation de la justice civile (PECS) et publiés par le site du Cercle de réflexion et de proposition d'actions sur la psychiatrie (CRPA), les chiffres montrent une augmentation du nombre d'hospitalisations sans consentement entre 2012 et 2014, de 54 382 à 70 807. Le nombre de mainlevées a lui aussi augmenté, de 4310 à 5699 tous modes de saisines confondus (voir **Annexes 3, 4, 5, 6**). Soit une augmentation de 7,92% des décisions du JLD en 2012 à 8,04% en 2014 (40,41). Un second rapport statistique

établi par la PECS et publié dans un article intitulé « Les mainlevées de mesures d'hospitalisations sans consentement sont en hausse relative en 2015 » sur le site Hospimedia (42), fait état de la poursuite de l'augmentation de ces données entre 2014 et 2015 : le nombre d'hospitalisations sans consentement est de 76 676 en 2015 et le pourcentage de mainlevées passe à 8,31% tous modes de saisines confondus (voir **Annexes 7, 8, 9, 10**). Ces hausses s'expliqueraient par la réduction du délai de contrôle judiciaire à douze jours.

Un tableau récapitulatif des propositions d'amélioration des pratiques de soins psychiatriques sans consentement, du point de vue médical et du point de vue législatif, que nous proposons, a été réalisé (Voir **Tableau 7** ci-dessous)

	Médecins
Procédure	Vérification de la procédure: production des certificats aux dates fixées, auteur des certificats, qualité du signataire des actes administratifs, preuve de la recherche d'un tiers, examen somatique dans les 24 heures, notification des droits au patient
Contenu des certificats médicaux	Importance d'une description clinique détaillée et circonstanciée, adaptée à la mesure de soins sans consentement choisie. Importance de la motivation justifiant la privation de liberté. Importance de la qualité de l'avis motivé.
Formation	Importance de la bonne connaissance des procédures de lois
Délai de 24 heures	Attention, délai uniquement accordé lors d'un vice de procédure
Présence des avocats	Importance du renforcement de la qualité des procédures et des contenus des certificats médicaux

Tableau 7. Récapitulatif des propositions d'amélioration des pratiques de soins sans consentement en psychiatrie

3. Limites

Notre travail présente certaines limites qu'il est important de souligner.

Premièrement, un JLD sur les quatre actuellement en activité au TGI de Lille n'a pas répondu au questionnaire. Le recueil des données a donc été fait sur un petit échantillon représenté uniquement par trois JLD, issus du même TGI, dans la région Hauts de France. Par conséquent, il serait intéressant d'étendre les recherches au niveau national.

Deuxièmement, les réponses au questionnaire restent subjectives, il s'agit d'une enquête qualitative. Néanmoins, il s'agit du premier travail réalisé en France dont l'objectif était d'interroger les JLD sur leurs activités dans le cadre des soins sans consentement en psychiatrie.

Enfin, ce travail pourrait être complété par une analyse quantitative des mesures de levée de soins psychiatriques sans consentement.

Chapitre 6 Conclusion

Les résultats mettent en évidence des attentes précises des JLD sur de nombreux points dans les procédures de soins sans consentement : contenu des certificats médicaux, strict respect de la procédure imposée par la loi, déroulement de l'audience, accompagnement par un avocat et consentement du patient. Toutefois, certaines divergences apparaissent selon les magistrats, notamment sur l'importance de certains certificats médicaux et sur l'importance à apporter aux éléments recueillis au cours de l'audience en présence du patient.

Le JLD représente une figure importante, puissante et influente dans les procédures de soins sans consentement en psychiatrie. Pourtant, il apparaît qu'au cours de leur formation, les JLD ne bénéficient que de programmes d'enseignement en psychiatrie très limités. C'est pourquoi le niveau de formation des JLD dans le domaine de notre discipline complexe qu'est la psychiatrie est une question fondamentale qu'il conviendrait d'améliorer dans le futur.

Les psychiatres quant à eux ont tout intérêt à maîtriser parfaitement les procédures de lois qui encadrent les soins psychiatriques sans consentement pour améliorer leurs pratiques quotidiennes et le niveau de prise en charge des patients.

Enfin, au niveau sanitaire, il serait intéressant d'étudier l'impact des mainlevées des mesures de soins sans consentement, d'un point de vue médical, sur les patients concernés.

Références Bibliographiques

1. Joubert F, Hechinger M, Chevallier V, Marescaux C. Hospitalisations sans consentement en psychiatrie : analyse comparative chez les personnes résidant ou non en zones urbaines sensibles. *Santé Publique*. 22 avr 2016;28(1):61-9.
2. Marques A, Daoud V, Stamatiadis L, Chaltiel P. La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou question de formalité ?, The Law of 5 July 2011 : protection of users – a question of formality ? *Inf Psychiatr*. 28 mars 2013;me 89(2):171-7.
3. guide pratique des soins sans consentement - Recherche Google [Internet]. [cité 2 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.google.fr/search?client=safari&rls=en&dcr=0&q=guide+pratique+des+soins+sans+consentement&sa=X&ved=0ahUKEwjJo4aTp4bWAhVPZVAKHc7mB28Q1QIIcSgC&biw=1295&bih=755>
4. HAS. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. 2005 avril.
5. Jonas C. Le consentement des malades mentaux à leurs soins. *Nervure*. 1990;
6. Lachaux B, Morasz I, Crison-Curinier J. Le consentement : entre légalité et légitimité, ou du consentement formel au consentement informé. *L'Encéphale*. 1998;
7. Léger D. L'influence du droit médical sur le consentement à l'hospitalisation et aux soins en psychiatrie : clinique, sémiologie et thérapeutique. *Psychol Med*. 1994;
8. Le consentement. Paris: Institut national en santé et recherche médicale; 2000.
9. Décret no 95-1000 du 6 septembre 1995 portant code de déontologie médicale. 95-1000 sept 6, 1995.
10. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé | Legifrance [Internet]. [cité 19 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000227015&categorieLien=id>
11. Ministère de la Santé et des Solidarités. Charte de la personne hospitalisée. Sicom; 2006.
12. Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie: bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Quest Déconomie Santé*. 2017;(222).

13. Trapé F. L'hospitalisation sans consentement. 2001.
14. Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. *J Fr Psychiatr.* 28 févr 2013;(38):12-5.
15. Legohérel D. Etude sur les soins psychiatriques sans consentement. 2014.
16. Loi 90-527 du 27 juin 1990 codifiée pour sa partie prise en charge des patients aux articles L. 3211-1s. Code de santé publique.
17. Génot-Pok I. Réforme des soins psychiatriques: voir clair dans une réforme encore obscure. *Actual Jurisanté.* Décembre 2011;(76).
18. Mathieu c F. Arrêt du 27 octobre 2005. CEDH, 68673/01 oct 27, 2005.
19. L.R.c F. Arrêt du 27 juin 2002. CEDH, 33395/96 juin, 2002.
20. France B c. Arrêt du 8 novembre 2010. CEDH.
21. Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Code de santé publique.
22. Boillet D, Welniarz B. La loi du 5 juillet 2011 : une loi de défiance à l'égard des malades et de leurs médecins. *Perspect Psy.* 4 janv 2012;50(3):207-9.
23. Décret n°2011-847 du 18 juillet 2011, relatif à la procédure judiciaire de mainlevée ou de contrôle des mesures de soins psychiatriques. Code de santé publique juillet, 2011.
24. Loi n°2013-869 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Code de santé publique sept 29, 2013.
25. Décret n°2014-897 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins sans consentement. Code de santé publique août, 2014.
26. Circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions de la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013. Code de santé publique août, 2014.
27. ENM. Soins psychiatriques sans consentement. 2013 Février.
28. enm-fascicule-sur-les-hsc-a-jour-loi-27-9-2013.pdf.
29. Charbonnel A. La période d'observation et de soins initiale : ce qu'il faut mettre en place. *Actual JuriSanté.* Décembre 2011;(76).
30. Inovagora. Modalités de soins en psychiatrie - Droits en psychiatrie - Psycom [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://www.psycom.org/Droits-en-psychiatrie/Modalites-de-soins-en-psychiatrie>
31. Collège National des Universitaires en psychiatrie. Référentiel de Psychiatrie et Addictologie. Presses Universitaires François Rabelais; 2016. (L'officiel ECN).

32. Justice / Portail / Juge des libertés et de la détention [Internet]. [cité 6 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.justice.gouv.fr/organisation-de-la-justice-10031/lordre-judiciaire-10033/juge-des-libertes-et-de-la-detention-25302.html>
33. Mobilisation nationale des avocats - octobre 2015 [Internet]. [cité 28 août 2017]. Disponible sur: <http://www.medranoavocat.fr/blog/actualite-judiciaire/mobilisation-nationale-des-avocats-octobre-2015.html>
34. Direction des affaires civiles et du sceau. Statistiques du ministère de la justice sur les contrôles judiciaires des soins psychiatriques sans consentement. Ministère de la justice; 2016
35. Geoffroy P, Fovet T, Benard V, Amad A. Examen clinique de l'adulte en psychiatrie. Em Consulte. Février 2017;
36. Godet T, Péchillon E, Biotteau-Lacoste M, Senon J-L, Gaillard P. Soins psychiatriques sans consentement : étude des motifs de mainlevées de 117 mesures. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr* [Internet]. 19 déc 2016 [cité 27 août 2017]; Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448716302268>
37. Sullivan H. The onset of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1927;
38. SASSOLAS M. Défense de la clinique en psychiatrie. Eres; 2014. 384 p.
39. Conus P, Polari A, Bonsack C. Intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques : objectifs et organisation du programme TIPP (Traitement et intervention dans la phase précoce des troubles psychotiques) à Lausanne, Intervention in the early phase of psychotic disorders : objectives and organization of the TIPP program (Treatment and intervention in the early phase of psychotic disorders) in Lausanne, Intervención en la fase precoz de los trastornos psicóticos : objetivos y organización del programa TIPP (Tratamiento e intervención en la fase precoz de los trastornos psicóticos) en la ciudad de Lausanne. *Inf Psychiatr*. 15 nov 2012;me 86(2):145-51.
40. 2015-07-28 (cm) Statistiques judiciaires sur les hospitalisations psychiatriques sans consentement en 2014 - • CRPA : sur l'internement psychiatrique abusif et illégal [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <https://psychiatrie.crpa.asso.fr/2015-07-28-cm-Statistiques-judiciaires-sur-les-hospitalisations-psychiatriques-sans-consentement-en-2014>
41. Statistiques en matières de soins sous contrainte, saisine du JLD en 2012, 2013 et 2014. Ministère de la justice; 2015 Juillet.
42. Psychiatrie — Les mainlevées de mesures d'hospitalisations sans con... - HOSPIMEDIA [Internet]. [cité 27 août 2017]. Disponible sur: <http://abonnes.hospimedia.fr/articles/20160218-psychiatrie-les-mainlevees-de-mesures-d-hospitalisations-sans>

Annexes

Annexe 1. Tableau récapitulatif des formes d'admission en soins psychiatriques sans consentement et calendrier en vigueur

SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT - État mental qui nécessite des soins immédiats + surveillance médicale - Impossibilité d'y consentir			
SPDT classique C1 (ext.) C2 Tiers (CNI)	SPDT urgence - Danger imminent pour la sûreté du patient - Troubles mentaux manifestes C1 Tiers (CNI)	SPPI - Péril imminent - Absence de tiers C1 (ext)	SPDRE - Compromet la sûreté des personnes - Porte atteinte, de façon grave, à l'ordre public C1 (ext)
<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Décision du Directeur de l'établissement </div>			<div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 0 auto;"> Arrêté préfectoral </div>
Période initiale d'observation et de soins	1 ^{er} -24 ^e h 48 ^e -72 ^e h	C24 + Examen somatique C72 (médecin différent de C24 sauf SPDT classique)	
Hospitalisation complète continue 6 ^e j-8 ^e j : Avis motivé audition ? / transport ? Avant le 12 ^e j : JLD Sorties de courte durée : < 12 h, accompagné < 48 h, non-accompagné	Réintégration Certificat de demande puis situation au retour à l'hôpital	Programme de soins - Type de soins - Lieu des soins - Périodicité voire durée des soins	Tant que dure la mesure (HCC ou PS) Tous les mois CM Tous les 6 mois HCC : JLD Tous les ans Avis de collège (2 psychiatres + 1 paramédical)
Levée - Psychiatre - JLD (avec PS le cas échéant) - CDSP - +/- tiers - Défauts procédure	Cas particuliers		
	En SPDRE - Délai de réponse de 48-72 h - +/- 2 ^e avis - +/- JLD si désaccord médecin/préfet	ATCD irresponsabilité pénale Avis de collège : - avant JLD - pour PS (+/- expertise) - si demande de levée (toujours avec double expertise)	
Droits du patient : être informé +++ Écrire/recevoir du courrier ; communiquer avec autorités, commission des usagers, CGLPL Prendre conseil du médecin/avocat de son choix ; droit de vote ; pratiques religieuses Si besoin : sauvegarde de justice			
Ressources documentaires http://www.psycom.org/Droits-des-usagers/Modalites-de-soins-en-psychiatrie Légifrance – Code de la santé publique – Article L32.11.1 et suivants			

Extrait de Collège National des Universitaires en psychiatrie, Association pour l'Enseignement de la sémiologie psychiatrique, *Référentiel de psychiatrie et d'addictologie*, Paris, Presses Universitaires François Rabelais, « L'Officiel ECN », 2016, 583p.

Annexe 2. Questionnaire adressé aux JLD

A l'intention des Juges des Libertés et de la Détention

Dans le cadre de mon travail de Thèse, je réalise une étude visant à analyser les cas de levée d'hospitalisations sous contrainte par le Juge des Libertés et de la Détention.

J'ai réalisé un questionnaire comprenant quatorze questions qui me permettront d'avoir une vision globale de votre travail dans ce cadre précis et qui répondront à un certain nombre d'interrogations concernant la prise en charge commune, à la fois médicale et légale de nos patients.

Le questionnaire est anonyme. Dans un souci de facilité de communication, je vous propose de le compléter directement sur ordinateur et de me le renvoyer par messagerie électronique à l'adresse suivante : . Pour tout renseignement complémentaire, je reste joignable à cette même adresse.

Je vous remercie par avance pour l'aide que vous pourriez m'apporter.

Juliette Frasca

Question n°1 :

Depuis combien de temps exercez-vous en tant que Juge des Libertés et de la Détention ?

Question n°2 :

Êtes-vous amené à statuer sur les mesures de soins psychiatriques sans consentement ? Si oui, s'agit-il de votre activité principale ?

Question n° 3 :

Quelles sont les missions principales du Juge des libertés et de la détention ?

Depuis 2011, le juge des libertés et de la détention intervient dans le cadre des mesures de soins psychiatriques sans consentement, quels sont selon vous les apports principaux de cette intervention ?

Question n° 4 :

Avez-vous eu une formation spécialisée sur la psychiatrie ? Si oui, laquelle et sous quelle forme ?

Question n°5 :

Pour vous, recevoir en audience un patient dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement nécessite-t-il des adaptations ? (par rapport aux autres audiences)

Question n°6 :

Prenez-vous connaissance des dossiers avant les audiences ? A quels éléments du dossier accordez-vous le plus d'importance ?

Question n°7 :

Lors des audiences, prenez vous d'abord connaissance des certificats ou interrogez-vous le patient en premier lieu ?

Question n° 8 :

A quels éléments prêtez-vous le plus d'attention lorsque vous prenez connaissance des certificats ?

Questions n°9 :

Prenez-vous en compte le contenu (description clinique) des certificats en cas de vice de procédure constaté ?

Prenez-vous en compte le contenu (description clinique) des certificats en cas d'absence de vice de procédure constaté ? A quels éléments accordez-vous alors le plus d'importance ?

Dans quelle mesure les éléments recueillis lors de l'audience influencent-ils votre décision finale ?

Question n°10 :

Vous est-il arrivé au cours de votre carrière de demander la levée des soins sans consentement ?

Si oui, combien de fois et pour quel(s) motif(s) ?

Question n°11 :

Si le patient explique au cours de l'audience, accepter la poursuite de l'hospitalisation, cela influence-t-il votre décision ? Et comment ?

Question n°12 :

Si le patient explique au cours de l'audience, accepter la poursuite des soins (mais en dehors de l'hôpital), cela influence-t-il votre décision ? Et comment ?

Question n°13 :

Si vous décidez d'une main levée de l'hospitalisation lors d'une audience, dans quel cas laissez vous un délai à l'hôpital pour laisser sortir le patient ? Dans quel cas demandez vous un programme de soins ?

Question n°14 :

Dans quelle mesure la présence récente des avocats a-t-elle modifié les audiences ?

Annexe 3. Nombre d'hospitalisations sans consentement en 2012, 2013, 2014, en France

	2012	2013	2014
Ensemble des saisines JLD	54 382	65 200	70 807
14I-Demande de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt	2 325	2 406	3 073
14J-Demande de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt	402	569	523
14K-Demande de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète	51 612	62 144	67 120
14L-Demande de contrôle de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en cas de désaccord entre psychiatres et préfet	43	81	91

Source : SDSE-RGC-Champ : France hors TGI de Fort de France, Béziers, Metz en 2012 et 2013

Extrait de Statistiques en matières de soins sous contrainte, saisine du JLD en 2012, 2013 et 2014. Ministère de la justice; 2015 Juillet.

Annexe 4. Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt en 2013 et 2014, en France

<i>Résultats des Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt traitées au cours des années...</i>	2013			2014		
	Effectifs	Sur 100 décisions		Effectifs	Sur 100 décisions	
Ensemble des décisions	2 172	100,0		2 831	100,0	
Décisions ne statuant pas sur la demande	357	16,4	Sur 100 décisions statuant sur la demande	301	10,6	Sur 100 décisions statuant sur la demande
- dont désistement	126	5,8		117	4,1	
- dont caducité	38	1,7		26	0,9	
- dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC (y compris décès)	58	2,7		40	1,4	
Décisions statuant sur la demande	1 815	83,6	100,0	2 530	89,4	100,0
Maintien de la mesure	1 460	67,2	80,4	2 078	73,4	82,1
Mainlevée de la mesure	355	16,3	19,6	452	16,0	17,9

Source : SDSE-RGC-Champ : France hors TGI de Fort de France, Bézier, Metz en 2013

Extrait de Statistiques en matières de soins sous contrainte, saisine du JLD en 2012, 2013 et 2014. Ministère de la justice; 2015 Juillet.

Annexe 5. Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt en 2013 et 2014, en France

<i>Résultats des Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt traitées au cours des années....</i>	2013			2014		
	Effectifs	Sur 100 décisions		Effectifs	Sur 100 décisions	
Ensemble des décisions	539	100,0		502	100,0	
Décisions ne statuant pas sur la demande	87	16,1	Sur 100 décisions statuant sur la demande	48	9,6	Sur 100 décisions statuant sur la demande
- dont désistement	19	3,5		12	2,4	
- dont caducité	8	1,5		2	0,4	
- dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC (y compris décès)	14	2,6		14	2,8	
Décisions statuant sur la demande	452	83,9	100,0	454	90,4	100,0
Maintien de la mesure	378	70,1	83,6	374	74,5	82,4
Mainlevée de la mesure	74	13,7	16,4	80	15,9	17,6

Source : SDSE-RGC-Champ : France hors TGI de Fort de France, Bézier, Metz en 2013

Extrait de Statistiques en matières de soins sous contrainte, saisine du JLD en 2012, 2013 et 2014. Ministère de la justice; 2015 Juillet.

Annexe 6. Demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en 2013 et 2014, en France

Résultats des Demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète traitées au cours des années....	2013			2014		
	Effectifs	Sur 100 décisions		Effectifs	Sur 100 décisions	
Ensemble des décisions	61 060	100,0		65 986	100,0	
Décisions ne statuant pas sur la demande	5 501	9,0		4 772	7,2	
- dont désistement	1 861	3,0	Sur 100 décisions statuant sur la demande	1 653	2,5	Sur 100 décisions statuant sur la demande
- dont caducité	1 150	1,9		968	1,5	
- dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC (y compris décès)	1 124	1,8		1 030	1,6	
Décisions statuant sur la demande	55 559	91,0	100,0	61 214	92,8	100,0
Maintien de la mesure	50 531	82,8	91,0	56 070	85,0	91,6
Mainlevée de la mesure	5 028	8,2	9,0	5 144	7,8	8,4

Source : SDSE-RGC-Champ : France hors TGI de Fort de France, Béziers, Metz en 2013

Extrait de Statistiques en matières de soins sous contrainte, saisine du JLD en 2012, 2013 et 2014. Ministère de la justice; 2015 Juillet.

Annexe 7. Nombre d'hospitalisations sans consentement en 2014 et 2015, en France

	2014	2015p
Ensemble des saisines JLD	70 807	76 676
14I-Demande de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt	3 073	1 969
14J-Demande de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt	523	399
14K-Demande de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète	67 120	74 236
14L-Demande de contrôle de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en cas de désaccord entre psychiatres et préfet	91	72

Extrait de Statistiques en matières de soins sous contrainte, saisine du JLD en 2014 et 2015. Ministère de la justice; 2016 Février.

Annexe 8. Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt en 2014 et 2015, en France

<i>Résultats des Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt traitées au cours des années....</i>	2014			2015P*		
	Effectifs	Sur 100 décisions		Effectifs	Sur 100 décisions	
Ensemble des décisions	2 831	100,0		1 857	100,0	
Décisions ne statuant pas sur la demande	301	10,6		171	9,2	
- dont désistement	117	4,1	Sur 100 décisions statuant sur la demande	56	3,0	Sur 100 décisions statuant sur la demande
- dont radiation	48	1,7		16	0,9	
- dont caducité	26	0,9		15	0,8	
- dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC (y compris décès)	40	1,4		31	1,7	
Décisions statuant sur la demande	2 530	89,4		100,0	1 686	
Maintien de la mesure	2 078	73,4	82,1	1 459	78,6	86,5
Mainlevée de la mesure	452	16,0	17,9	227	12,2	13,5

Source : SDSE-RGC

* 2015p : données provisoires

Extrait de Statistiques en matières de soins sous contrainte, saisine du JLD en 2014 et 2015. Ministère de la justice; 2016 Février.

Annexe 9. Demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète en 2014 et 2015, en France

<i>Résultats des Demandes de contrôle obligatoire périodique de la nécessité d'une mesure d'hospitalisation complète traitées au cours des années....</i>	2014			2015p*		
	Effectifs	Sur 100 décisions		Effectifs	Sur 100 décisions	
Ensemble des décisions	65 986	100,0		73 278	100,0	
Décisions ne statuant pas sur la demande	4 772	7,2		3 830	5,2	
- dont désistement	1 653	2,5	Sur 100 décisions statuant sur la demande	1 417	1,9	Sur 100 décisions statuant sur la demande
- dont radiation	217	0,3		140	0,2	
- dont caducité	968	1,5		773	1,1	
- dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC (y compris décès)	1 030	1,6		1 007	1,4	
Décisions statuant sur la demande	61 214	92,8		100,0	69 448	
Maintien de la mesure	56 070	85,0	91,6	63 373	86,5	91,3
Mainlevée de la mesure	5 144	7,8	8,4	6 075	8,3	8,7

Extrait de Statistiques en matières de soins sous contrainte, saisine du JLD en 2014 et 2015. Ministère de la justice; 2016 Février.

Annexe 10. Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt en 2014 et 2015, en France

<i>Résultats des Demandes de mainlevée d'une mesure d'hospitalisation autre que complète par le patient ou toute personne agissant dans son intérêt traitées au cours des années....</i>	2014			2015p*		
	Effectifs	Sur 100 décisions		Effectifs	Sur 100 décisions	
Ensemble des décisions	502	100,0		398	100,0	
Décisions ne statuant pas sur la demande	48	9,6	Sur 100 décisions statuant sur la demande	57	14,3	Sur 100 décisions statuant sur la demande
- dont désistement	12	2,4		19	4,8	
-dont radiation	7	1,4		4	1,0	
- dont caducité	2	0,4		3	0,8	
- dont dessaisissement au titre de l'article 384 du CPC (y compris décès)	14	2,8		9	2,3	
Décisions statuant sur la demande	454	90,4	100,0	341	85,7	100,0
Maintien de la mesure	374	74,5	82,4	286	71,9	83,9
Mainlevée de la mesure	80	15,9	17,6	55	13,8	16,1

Source : SDSE-RGC

* 2015p : données provisoires

Extrait de Statistiques en matières de soins sous contrainte, saisine du JLD en 2014 et 2015. Ministère de la justice; 2016 Février.

AUTEUR : Nom : FRASCA

Prénom : Juliette

Date de Soutenance : Lundi 16 octobre 2017

Titre de la Thèse : La levée des soins psychiatriques sans consentement : Procédure légale et enjeux médicaux

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : Psychiatrie

DES + spécialité : Psychiatrie

Mots-clés : Soins psychiatriques sans consentement, Juge des libertés et de la détention, ordonnance, mainlevée, loi, audience, certificats médicaux

Contexte : Les soins psychiatriques sans consentement sont régis par des lois qui ont évolué progressivement depuis 1838 jusqu'à la loi actuelle 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 », modifiée le 27 septembre 2013. Cette dernière a pour objectif d'assurer le respect des droits des personnes hospitalisées en psychiatrie sans leur consentement et d'éviter les prises en charge abusives. Dans cette perspective, le législateur a imposé l'intervention du Juge des libertés et de la détention (JLD) pour garantir le renforcement des droits et la facilitation des démarches des personnes concernées. L'objectif de cette thèse est d'analyser le point de vue des JLD sur leurs pratiques en ce qui concerne les audiences relatives aux soins psychiatriques sans consentement.

Méthode : Une enquête qualitative a été réalisée auprès des JLD du Tribunal de Grande Instance (TGI) de Lille sous la forme d'un formulaire articulé autour de quatorze questions portant sur leurs pratiques usuelles.

Résultats : Trois JLD sur les quatre actuellement en activité ont répondu au questionnaire. Les résultats mettent en évidence des attentes précises des JLD sur de nombreux points dans les procédures de soins sans consentement : contenu des certificats médicaux, strict respect de la procédure imposée par la loi, déroulement de l'audience, accompagnement par un avocat et consentement du patient. Toutefois, certaines divergences apparaissent selon les magistrats, notamment sur l'importance de certains certificats médicaux et sur l'importance à apporter aux éléments recueillis au cours de l'audience en présence du patient. Enfin, il apparaît également qu'au cours de leur formation, les JLD ne bénéficient que de programmes d'enseignement en psychiatrie très limités.

Conclusion : Les JLD représentent une figure influente dans les procédures de soins sans consentement en psychiatrie. Cette enquête, bien que menée sur un petit effectif, permet de mieux appréhender la place du JLD dans cette mesure et ainsi, de dégager des grands axes pour améliorer les pratiques des psychiatres en ce qui concerne les procédures de soins sans consentement.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Pierre THOMAS

Assesseurs : Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA, Monsieur le Docteur Ali Amad

Directeurs de Thèse : Monsieur le Docteur Thomas FOVET, Madame le Docteur Mathilde HORN