

Université de Poitiers
Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2013

Thèse n°

THESE

**POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 16 janvier 2004)**

MEMOIRE

**du DIPLOME D'ETUDES SPECIALISEES
DE PSYCHIATRIE
(décret du 10 septembre 1990)**

présentée et soutenue publiquement

le 23 septembre 2013 à Poitiers

par M. Geoffroy VALMY

**Évolution de la perception de l'audition du Juge des Libertés et de la
Détention chez les patients hospitalisés en soins sans consentement :
à partir d'une étude menée sur 12 patients au Centre Henri Laborit
de Poitiers.**

Composition du Jury

Président : Monsieur le Professeur Jean-Louis SENON

Membres : Monsieur le Professeur Ludovic GICQUEL

Monsieur le Professeur Olivier POURRAT

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur Guillaume DAVIGNON



UNIVERSITE DE POITIERS

Faculté de Médecine et de Pharmacie



Le Doyen,

Année universitaire 2012 - 2013

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
2. ALLAL Joseph, thérapeutique
3. BATAILLE Benoît, neurochirurgie
4. BENSADOUN René-Jean, cancérologie - radiothérapie
5. BRIDOUX Frank, néphrologie
6. BURUCOA Christophe, bactériologie - virologie
7. CARRETIER Michel, chirurgie générale
8. CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
9. CHRISTIAENS Luc, cardiologie
10. CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
11. DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
12. DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
13. DEBIAIS Françoise, rhumatologie
14. DORE Bertrand, urologie
15. DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
16. EUGENE Michel, physiologie
17. FAURE Jean-Pierre, anatomie
18. FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
19. FROMONT-HANKARD Gaëlle, anatomie et cytologie pathologiques
20. GAYET Louis-Etienne, chirurgie orthopédique et traumatologique
21. GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
22. GILBERT Brigitte, génétique
23. GOMBERT Jean-Marc, immunologie
24. GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
25. GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion
26. GUILLET Gérard, dermatologie
27. GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
28. HADJADJ Samy, endocrinologie et maladies métaboliques
29. HANKARD Régis, pédiatrie
30. HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
31. HERPIN Daniel, cardiologie
32. HOUETO Jean-Luc, neurologie
33. INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
34. IRANI Jacques, urologie
35. JABER Mohamed, cytologie et histologie
36. KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
37. KEMOUN Gilles, médecine physique et réadaptation (détachement)
38. KITZIS Alain, biologie cellulaire
39. KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino- Laryngologie
40. KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
41. LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
42. LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
43. LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
44. MAGNIN Guillaume, gynécologie-obstétrique (surnombre)
45. MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (surnombre)
46. MARECHAUD Richard, médecine interne
47. MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire
48. MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
49. MEURICE Jean-Claude, pneumologie
50. MIMOZ Olivier, anesthésiologie - réanimation
51. MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
52. NEAU Jean-Philippe, neurologie
53. ORIOT Denis, pédiatrie
54. PACCALIN Marc, gériatrie
55. PAQUEREAU Joël, physiologie
56. PERAULT Marie-Christine, pharmacologie clinique
57. PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
58. PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
59. POURRAT Olivier, médecine interne
60. PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
61. RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire
62. RICHER Jean-Pierre, anatomie
63. ROBERT René, réanimation
64. ROBLLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
65. ROBLLOT Pascal, médecine interne
66. RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie
67. SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes
68. SILVAIN Christine, hépato-gastro-entérologie
69. SOLAU-GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
70. TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
71. TOUCHARD Guy, néphrologie
72. TOURANI Jean-Marc, cancérologie
73. WAGER Michel, neurochirurgie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

1. ARIES Jacques, anesthésiologie - réanimation
2. BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie - virologie
3. BEN-BRIK Eric, médecine du travail
4. BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
5. CASTEL Olivier, bactériologie - virologie - hygiène
6. CATEAU Estelle, parasitologie et mycologie
7. CREMNITER Julie, bactériologie - virologie
8. DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie - réanimation
9. DIAZ Véronique, physiologie
10. FAVREAU Frédéric, biochimie et biologie moléculaire
11. FRASCA Denis, anesthésiologie - réanimation
12. GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
13. HURET Jean-Loup, génétique
14. JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
15. LAFAY Claire, pharmacologie clinique
16. LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
17. MIGEOT Virginie, santé publique
18. ROY Lydia, hématologie
19. SAPANET Michel, médecine légale
20. THILLE Arnaud, réanimation
21. TOUGERON David, hépato-gastro-entérologie

Professeur des universités de médecine générale

GOMES DA CUNHA José

Professeur associé des disciplines médicales

SCEPI Michel, thérapeutique et médecine d'urgence

Maîtres de Conférences associés de Médecine générale

BINDER Philippe
BIRAULT François
FRECHE Bernard
GIRARDEAU Stéphane
GRANDCOLIN Stéphanie
PARTHENAY Pascal
VALETTE Thierry

Professeur certifié d'Anglais

DEBAIL Didier

Maître de conférences des disciplines pharmaceutiques enseignant en médecine

MAGNET Sophie, bactériologie - virologie

Professeurs émérites

1. BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales
2. DABAN Alain, oncologie radiothérapie
3. FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie - virologie
4. GIL Roger, neurologie
5. LAPIERRE Françoise, neurochirurgie

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

1. ALCALAY Michel, rhumatologie
2. BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
3. BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
4. BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex émérite)
5. BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
6. BEGON François, biophysique, Médecine nucléaire
7. BOINOT Catherine, hématologie - transfusion
8. BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex émérite)
9. BURIN Pierre, histologie
10. CASTETS Monique, bactériologie - virologie - hygiène
11. CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
12. CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
13. CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
14. DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
15. DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
16. FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex émérite)
17. GOMBERT Jacques, biochimie
18. GRIGNON Bernadette, bactériologie
19. JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
20. KAMINA Pierre, anatomie (ex émérite)
21. LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
22. MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
23. MARILLAUD Albert, physiologie
24. MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
25. PATTE Dominique, médecine interne
26. PATTE Françoise, pneumologie
27. POINTREAU Philippe, biochimie
28. REISS Daniel, biochimie
29. RIDEAU Yves, anatomie
30. SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
31. TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
32. TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex émérite)
33. VANDERMARCO Guy, radiologie et imagerie médicale

Remerciements

À mon Maître et Président de Thèse :

Monsieur le Professeur Jean-Louis Senon, pour l'immense honneur que vous me faites de présider ce jury et juger ce travail. Par votre engagement au sein de l'enseignement du DES de psychiatrie et du Diplôme Inter-Universitaire de Psychiatrie Criminelle et Médico-légale, vous avez su rendre cette formation toujours plus enrichissante. Je suis ravi d'avoir pu la suivre à vos côtés durant mon internat.

À mon Juge :

Monsieur le Professeur Ludovic Gicquel, pour m'avoir fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury de thèse et de juger ce travail. Je vous sais gré de l'intérêt que vous portez à cette thèse et pour votre investissement au sein de l'enseignement de pédopsychiatrie. Vous m'avez permis de bénéficier d'une formation riche et complète durant mon internat. Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

À mon Juge :

Monsieur le Professeur Olivier Pourrat, pour l'honneur que vous m'avez fait en acceptant de siéger dans le jury de ma thèse et pour l'intérêt que vous portez à ce sujet. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

À mon Juge et Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Guillaume Davignon, pour m'avoir accompagné à chaque étape de ce travail, pour votre pragmatisme aidant et chaleureux, pour votre enseignement, votre soutien, votre confiance et votre bienveillance.

Merci,

À ma compagne, Annaïk, qui croira toujours plus en moi que je ne le ferai jamais, pour son amour au quotidien, son pragmatisme et son soutien. Merci pour sa patience et son implication dans la réalisation de cette thèse.

À mes parents, pour leur amour, pour les valeurs qu'ils m'ont transmises, pour leur soutien inconditionnel notamment tout au long de mes études de médecine, pour leurs conseils avisés, pour m'avoir permis de faire ce beau métier.

À ma sœur, Marie-Liesse, pour son amour, son soutien actif et ses conseils bienveillants durant toutes mes études.

À mon frère, Tristan, pour son amour et son soutien. Puisse la réalisation de ce travail, lui donner le courage et la persévérance dans ses études.

À ma belle famille, pour son accueil chaleureux, son soutien actif et ses conseils bienveillants.

À mes grands parents, qui auraient voulu être là, mais qui sont présents par la pensée et dans nos cœurs, pour leur force, leur courage et leur amour.

À mes co-externes et co-internes, mais surtout amis : Jean-Jacques, Sandie, Constance, Marie-Julie, pour tout ce que nous avons partagé, pour leur soutien, et pour leur amitié.

À Damien, Louise, Clarisse, Maïté, Georgia, Adrien, Marie, pour leur aide dans l'inclusion de patients dans cette étude. Sans leur aide, ce travail n'aurait pu voir le jour. À Charlotte, Edouard et Sandra pour leur aide dans le travail préliminaire à cette thèse.

Et Géraldine, Jean, les Aurore, Guillaume, Damien, pour leur confraternité solidaire, pour tous ces bons moments passés lors de notre internat, et pour leur constance dans les moments agréables et désagréables.

À mes amis, Jules, Cécile, Alexia, Caroline, Olivier, pour tous les bons moments passés ensemble et ceux à venir.

À mes amis d'ici et d'ailleurs.

Et enfin,

À ceux qui sont partis trop tôt ou qui auraient aimé être présents.

À tous les médecins du Centre Hospitalier Henri Laborit, pour m'avoir permis de réaliser ce projet dans les différents secteurs de l'établissement.

Au DIM du Centre Hospitalier Henri Laborit, pour son aide technique et logistique.

Aux Docteurs Roland Bouet et Francis Chabot, pour leurs conseils méthodologiques.

Au Docteur Cyril Manzanera, pour son enseignement et la passion de la psychiatrie qu'il m'a transmis.

Au Docteur Jean-Claude Raimond, pour l'autonomie qu'il m'a enseignée.

Au Professeur Daniel Marcelli pour ses supervisions d'une extrême richesse.

Je souhaite les remercier tous les trois pour la confiance et les encouragements qu'ils ont su me témoigner.

SOMMAIRE

TITRE	p 1
TABLEAU DES ENSEIGNANTS	p 3
REMERCIEMENTS	p 5
SOMMAIRE	p 8
TABLE DES ILLUSTRATIONS : GRAPHIQUES	p19
TABLE DES ILLUSTRATIONS : TABLEAUX	p23
LISTE DES ABRÉVIATIONS	p25
INTRODUCTION	p27
PARTIE 1 : REVUE DE LA LITTERATURE	p31
I. Historique de la place du malade mental dans la société	p32
1. Les civilisations anciennes	p32
2. L'Antiquité	p32
3. Le Moyen-âge	p34
4. Le XVI ^{ème} siècle ou la naissance de l'Hôpital Général	p35
5. Le XVII ^{ème} Siècle ou le relais des maisons de force	p35
6. Le XVIII ^{ème} Siècle : des solutions « d'enfermement » toujours insatisfaisantes	p36
7. La Révolution Française ou la difficile question du statut légal du malade mental	p36
8. Le XIX ^{ème} siècle ou la naissance de la culture asilaire	p39
II. La loi de 1938 sur les aliénés	p40
1. Le contexte de promulgation	p40
2. Le cadre légal	p42
3. La loi et son application	p42

3.1. Prévoir des établissements dans chaque département	p42
3.2. L'organisation des modalités d'internement	p43
3.2.1. Le placement volontaire	p43
3.2.2. Le placement d'office	p44
4. Les critiques	p44
III. L'époque moderne	p46
1. Le XIX ^{ème} siècle : la naissance de la clinique psychiatrique	p46
2. Le XX ^{ème} siècle : l'essor des thérapeutiques psychiatriques	p48
2.1. De la psychanalyse aux thérapeutiques médicamenteuses	p48
2.1.1. La psychanalyse	p48
2.1.2. Les thérapies « de choc »	p49
2.1.3. La psychochirurgie	p50
2.1.4. Les thérapeutiques médicamenteuses	p50
2.2. De la psychiatrie asilaire à la psychiatrie sociale	p51
2.3. La psychiatrie contemporaine	p55
2.4. L'évolution législative jusqu'à la loi du 27 juin 1990	p55
2.4.1. Les textes internationaux	p55
2.4.2. Les textes nationaux	p56
IV. La loi du 27 juin 1990	p57
1. Le contexte de promulgation	p58
2. Les droits de la personne hospitalisée sans consentement	p61
2.1. Les droits en relation avec la protection de la liberté et de la dignité de la personne	p61
2.2. Les droits en relation avec l'objectif thérapeutique	p62
2.3. La commission départementale des hospitalisations psychiatriques	p63
3. Les modes d'hospitalisation	p65
3.1. L'hospitalisation libre	p65
3.1.1. Le principe	p65

3.1.2. La procédure	p65
3.2. L'hospitalisation à la demande d'un tiers	p65
3.2.1. La procédure normale	p65
3.2.2. La procédure d'urgence	p67
3.3. L'hospitalisation d'office	p67
3.3.1. La procédure normale	p67
3.3.2. La procédure d'urgence	p68
4. Le bilan de la loi	p70
4.1. Le bilan de l'application	p70
4.1.1. Les constats sur l'application de la loi	p70
4.1.2. Les réflexions sur la loi	p71
4.1.2.1. La réflexion sur la pratique de la psychiatrie	p71
4.1.2.2. Les réflexions sur le cadre de la loi	p72
5. Les propositions	p73
5.1. L'harmonisation des pratiques	p73
5.2. La nécessité de réformes législatives	p74
5.2.1. La redéfinition des droits et le développement des associations	p74
5.2.2. L'instauration du contrôle systématique d'un magistrat	p74
V. Le Juge des Libertés et de la Détention	p75
VI. La loi du 4 mars 2002	p76
1. Le contexte de promulgation	p76
2. Le contenu	p76
2.1. L'information délivrée au patient	p77
2.2. La nécessité de recueil du consentement	p78
2.3. La désignation d'une « personne de confiance »	p78
2.4. Les précisions concernant le secret médical	p78

2.5. L'accès au dossier médical	p79
3. Les spécificités psychiatriques	p79
VII. La loi du 5 juillet 2011	p80
1. Le contexte de promulgation	p80
1.1. L'évolution de la pratique psychiatrique	p80
1.2. L'évolution législative jusqu'à la loi du 5 juillet 2011	p82
1.2.1. Au plan national	p82
1.2.2. Le discours d'Antony	p86
1.2.3. Au niveau européen	p86
1.2.3.1. La violation de l'article 5 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme	p87
1.2.3.2. La violation de l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme	p87
1.2.4. L'anti-constitutionnalité relative de la loi du 27 juin 1990	p87
2. Le contenu et l'application de la loi	p88
2.1. Les modalités de soins	p88
2.1.1. Les Soins Psychiatriques à la Demande du Directeur de l'Établissement	p88
2.1.1.1. Les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers	p88
2.1.1.2. Les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en cas d'Urgence	p90
2.1.1.3. Les Soins Psychiatriques sans tiers, en cas de péril imminent	p90
2.1.1.4. La levée de la mesure de Soins Psychiatriques à la Demande du Directeur de l'Établissement	p91
2.1.2. Les Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat ou de l'autorité judiciaire	p91
2.1.3. Les soins ambulatoires sous contrainte	p92
2.2. L'intervention du Juge des Libertés et de la Détention	p92
2.2.1. La procédure de contrôle de plein droit des mesures de soins psychiatriques	p92
2.2.1.1. La saisine du Juge des Libertés et de la Détention	p92
2.2.1.2. La tenue de l'audience	p93

2.2.1.3. Le déroulement de l'audience	p94
2.2.1.4. La procédure d'appel	p95
2.2.2. La procédure de mainlevée des mesures de soins psychiatriques	p97
2.2.2.1. La saisine formulée par un tiers	p98
2.2.2.2. La saisine d'office	p98
2.3. Le bilan de l'application de la loi	p101
2.3.1. Les saisines	p101
2.3.2. Les audiences	p102
2.3.3. Les décisions	p102
2.3.4. Les difficultés rencontrées	p103
VIII. Le Centre Hospitalier Henri Laborit	p103
1. Historique	p103
2. Organisation des soins	p104
3. Organisation des audiences du Juge des Libertés et de la Détention	p105
IX. Physiopathologie de l'émotion	p105
1. Définition de l'émotion	p106
2. Théories cognitives des émotions	p106
2.1. La théorie viscérale des émotions	p106
2.2. La théorie centrale des émotions	p106
2.3. La théorie de Schachler et Singer	p107
3. Théories biologiques de l'émotion	p107
3.1. Le circuit de Papez	p107
3.2. Le système limbique comme circuit de régulation des émotions	p107
4. Théories psychanalytiques de l'émotion	p108
5. Les émotions contrôlées	p108
5.1. Le contrôle individuel	p109
5.1.1. Les mécanismes de défense	p109

5.1.2. L'organisation verbo-viscéro-motrice	p110
5.2. Le contrôle social	p110
5.3. L'épigénèse des expressions émotionnelles	p111
6. Les conséquences d'une absence de contrôle des émotions	p111
7. Émotion et maladie mentale	p112
PARTIE 2 : ÉTUDE	p114
I. Introduction	p115
II. Méthodes	p116
1. Travail préliminaire	p116
2. Méthode	p118
2.1. Type d'étude	p118
2.2. Critères d'évaluation	p118
2.3. Échantillon	p118
2.3.1. Critères d'inclusion	p118
2.3.2. Critères d'exclusion	p119
2.3.3. Calcul de l'échantillon	p119
2.3.4. Démarche d'inclusion	p120
3. Recueil de données	p120
3.1. Questionnaire	p120
3.1.1. Description du questionnaire d'inclusion	p121
3.1.2. Formulation des questions	p123
3.1.3. Évaluation de notre questionnaire et modifications apportées	p124
3.2. Méthode	p125
3.2.1. Lieu et période de mise en place	p125
3.2.2. Réalisation pratique	p125
4. Traitement des variables	p126
4.1. Traitement de variables et analyse statistique	p126

4.2. Méthode statistique	p127
4.2.1. Méthode statistique	p127
4.2.2. Tests statistiques	p127
III. Résultats	p128
1. Analyse descriptive de l'ensemble de notre échantillon	p128
1.1. Données socio- démographiques	p128
1.2. Antécédents	p130
1.3. Conditions d'hospitalisation	p132
1.4. Diagnostic CIM 10	p134
1.5. Données relatives à l'audition du Juge des Libertés et de la Détention	p138
1.6. Évolution de la symptomatologie clinique	p139
1.6.1. Symptômes d'anxiété	p140
1.6.2. Symptômes thymiques	p143
1.6.3. Symptômes psychotiques positifs	p146
1.6.4. Symptômes psychotiques négatifs	p149
1.6.5. Manifestations pathologiques des troubles de la personnalité en lien avec l'audition du Juge des Libertés et de la Détention	p152
1.6.6. Insight de la maladie	p153
1.7. Compréhension de l'information	p153
1.8. Perception de l'information	p155
1.9. Perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention	p156
2. Analyse des variables en fonction des diagnostics ou de troubles de la personnalité associés	p161
2.1. Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20 – F29)	p161
2.1.1. Évolution de la symptomatologie clinique	p161
2.1.2. Compréhension de l'information	p166
2.1.3. Perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention	p167

2.2. Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40 –F49)	p170
2.2.1. Évolution de la symptomatologie clinique	p170
2.2.2. Compréhension de l'information	p175
2.2.3. Perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention	p176
2.3. Personnalité émotionnellement Labile	p179
2.3.1. Évolution de la symptomatologie clinique	p180
2.3.2. Compréhension de l'information	p185
2.3.3. Perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention	p186
2.3.4. Modalités de tenue de l'audition	p189
2.4. Personnalité paranoïaque	p190
2.4.1. Évolution de la symptomatologie clinique	p190
2.4.2. Compréhension de l'information	p194
2.4.3. Perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention	p195
2.4.4. Modalités de tenue de l'audition	p197

PARTIE 3 : DISCUSSION **p198**

I. Discussion des résultats **p199**

1. Données socio-démographiques	p199
1.1. Des différences dans les inclusions, mais un intérêt de chaque secteur pour cette étude	p199
1.2. Une prédominance d'hommes, d'âge moyen, célibataires, sans enfant, et ayant une activité professionnelle	p199
1.3. Des antécédents psychiatriques, et une médication précédant l'hospitalisation	p200
1.4. Des décompensations psychotiques et/ou des comportements auto-agressifs fréquents	p201
2. Conditions d'hospitalisation	p202
2.1. Des mesures de soins sans consentement « classiques »	p202
2.2. Le service fermé majoritaire en début d'hospitalisation	p203
3. Données relatives à l'audition du Juge des Libertés et de la Détention	p204

3.1. Des auditions du Juge des Libertés et de la Détention tenues dans des délais conformes, mais sans avocat présent	p204
3.2. Aucune décision de mainlevée et peu de recours de la décision du Juge des Libertés et de la Détention	p206
4. Évolution de la symptomatologie clinique	p206
4.1. Une anxiété relative à une première hospitalisation sous contrainte en psychiatrie	p206
4.2. Une tendance thymique sans lien avec l'audition du Juge des Libertés et de la Détention	p206
4.3. Des symptômes psychotiques peu influencés par l'audition du Juge des libertés et de la Détention	p207
4.4. Des manifestations pathologiques du trouble de la personnalité variables en fonction des Diagnostics	p207
4.5. Un insight de la maladie majoritairement absent en début d'hospitalisation	p208
5. Des difficultés de compréhension de l'information, mais un cadre jugé facilement intégrable	p208
6. L'audition du Juge des Libertés et de la Détention pour faire valoir ses droits... mais aussi comme une formalité	p209
7. Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)	p210
7.1. Une évolution clinique similaire à notre échantillon global	p210
7.2. Des difficultés de compréhension plus importantes, mais une angoisse moindre, pour une audition considérée comme un faire valoir des droits	p210
8. Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F49)	p211
8.1. Une angoisse importante	p211
8.2. Une angoisse majeure à propos du Juge des Libertés et de la Détention	p211
9. Personnalité émotionnellement labile	p212
9.1. Une audition du Juge des Libertés et de la Détention déstabilisant les mécanismes de défense ?	p212
9.2. La relation d'objet au centre du vécu de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention	p212
10. Personnalité paranoïaque	p213
10.1. Un contact avec le juge « apaisant » ?	p213

10.2. Une volonté de faire valoir ses droits, mais sans avocat	p214
11. Synthèse de la discussion des résultats	p215
II. Discussion de la méthode	p216
1. Choix du sujet	p216
1.1. Élaboration du sujet	p216
1.2. Étude en rapport avec notre sujet	p217
2. Discussion de la méthode	p217
2.1. Type d'étude	p217
2.2. Échantillon	p217
2.2.1. Critères d'inclusion	p217
2.2.2. Critères d'exclusion	p218
2.3. Protocole d'étude	p218
2.3.1. Période d'inclusion	p218
2.3.2. Démarche d'inclusion	p218
2.4. Recueil des données	p219
2.4.1. Choix des temps d'évaluation	p219
2.4.2. Utilisation des échelles	p220
2.4.3. Rédaction du questionnaire	p221
2.4.4. Utilisation des termes « audience » et « audition »	p221
2.5. Réalisation pratique	p222
2.5.1. Réunions de présentation	p222
2.5.2. Participation	p223
2.5.3. Durée de remplissage du questionnaire	p224
2.6. Traitement statistique	p224
III. Perspectives	p224
1. Perspectives en lien avec notre travail	p224

2. Perspectives en lien avec les textes	p226
2.1. Les rapports professionnels	p226
2.2. La proposition de réforme de la loi du 5 juillet 2011	p228
CONCLUSION	p229
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	p232
ANNEXES	p242
RÉSUMÉ	p290
SERMENT	p291

Graphiques

- Graphique 1 : Évolution du nombre de patients internés de 1700 à 1940* p 51
- Graphique 2 : Évolution de la mortalité par cachexie dans les asiles entre 1938 et 1946* p 52
- Graphique 3 : Évolution du rapport entre Hospitalisations Sous Contrainte et totalité des hospitalisations, au cours du temps* p 70
- Graphique 4 : Répartition de l'origine des saisines du JLD dans le cadre du contrôle de plein droit, sur la 1^{ère} année d'application de la loi* p 101
- Graphique 5 : Répartition du nombre d'audiences du JLD, dans les différentes juridictions entre août 2011 et juillet 2012* p 102
- Graphique 6 : Répartition de la proportion des différents types de mesure de soins psychiatriques sans consentement chez les patients de notre échantillon* p133
- Graphique 7 : Évolution des conditions d'hospitalisation, au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p 133
- Graphique 8 : Répartition de la présence d'un avocat lors des auditions, des patients de notre échantillon devant le JLD* p 138
- Graphique 9 : Répartition des recours à la décision du JLD chez les patients de notre échantillon* p 139
- Graphique 10 : Évolution de l'intensité moyenne de l'anxiété psychique au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p 140
- Graphique 11 : Évolution de l'intensité moyenne de l'anxiété somatique au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p 141
- Graphique 12 : Évolution de l'intensité moyenne de l'agitation au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p 142
- Graphique 13 : Évolution de l'intensité moyenne des difficultés de concentration au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p142
- Graphique 14 : Évolution de l'intensité moyenne de l'humeur dépressive au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p143
- Graphique 15 : Évolution de l'intensité moyenne des troubles du sommeil au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p144
- Graphique 16 : Évolution de l'intensité moyenne des troubles de l'appétit au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p145
- Graphique 17 : Évolution de l'intensité moyenne des pensées pessimistes au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p145

- Graphique 18 : Évolution de l'intensité moyenne des idées délirantes au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p146
- Graphique 19 : Évolution de l'intensité moyenne des éléments de méfiance/persécution au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p147
- Graphique 20 : Évolution de l'intensité moyenne de l'hostilité au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p147
- Graphique 21 : Évolution de l'intensité moyenne de la désorganisation conceptuelle au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p148
- Graphique 22 : Évolution de l'intensité moyenne de l'éroussement de l'expression des émotions au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p149
- Graphique 23 : Évolution de l'intensité moyenne du repli social passif/apathie au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p150
- Graphique 24 : Évolution de l'intensité moyenne des difficultés d'abstraction au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p151
- Graphique 25 : Évolution de l'intensité moyenne de l'absence de spontanéité dans le discours au cours du temps chez les patients de notre échantillon* p151
- Graphique 26 : Évolution de la qualité moyenne de l'insight de la maladie, au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p153
- Graphique 27 : Évolution de la proportion des interrogations formulées en rapport avec l'information, au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p153
- Graphique 28 : Évolution de la proportion de nécessité de reformulation de l'information durant la période « pré-audition » chez les patients de notre échantillon* p154
- Graphique 29 : Évolution de la difficulté moyenne d'intégration du cadre légal au cours du temps chez les patients de notre échantillon* p155
- Graphique 30 : Évolution de l'appréciation de l'intérêt de l'audience au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p156
- Graphique 31: Évolution de la proportion de patients de notre échantillon confondant audition du JLD avec audience pénale, au cours du temps* p157
- Graphique 32 : Évolution de la proportion des espérances erronées des attributions du JLD au cours du temps, chez les patients de notre échantillon* p157
- Graphique 33 : Évolution de la proportion de patients de notre échantillon, manifestant une angoisse anticipatoire vis-à-vis de l'audition du JLD, au cours du temps* p158
- Graphique 34 : Évolution de la proportion des différents sentiments des patients de notre échantillon, vis-à-vis du JLD, au cours du temps* p158

Graphique 35 : Évolution de la proportion de patients ressentant un biais dans la relation médecin-malade, au cours du temps p159

Graphique 36 : Évolution de la proportion des différents vécus de l'audition du JLD, au cours du temps chez les patients de notre échantillon p160

Graphique 37 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne des idées délirantes chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps p161

Graphique 38 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'émoussement de l'expression des émotions, chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps p162

Graphique 39 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne des difficultés d'abstraction, chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps p163

Graphique 40 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne du repli social passif/apathie, chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps p164

Graphique 41 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'absence de spontanéité et de fluidité du discours, chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps p165

Graphique 42: Comparaison de l'évolution de la proportion de patients ayant une angoisse anticipatoire, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps p167

Graphique 43 : Comparaison de l'évolution de la proportion de patients confondant audition du JLD et audience pénale, chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps p168

Graphique 44 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'humeur dépressive, chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps p170

Graphique 45 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'anxiété psychique, chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps p171

Graphique 46 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'anxiété somatique, chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps p172

Graphique 47 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'agitation chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps p173

Graphique 48 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne des difficultés de concentration chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps p174

Graphique 49 : Comparaison de l'évolution, de la proportion de l'angoisse anticipatoire vis-à-vis du JLD, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps p176

Graphique 50: Comparaison de l'évolution de la proportion de confusion entre audience du JLD et audience pénale, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps p177

Graphique 51: Comparaison de l'évolution de la proportion de patients ayant des espérances erronées des attributions du JLD, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps p177

Graphique 52 : Comparaison de l'évolution de la proportion de manifestations du trouble de personnalité, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps p180

Graphique 53 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'humeur dépressive chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps p181

Graphique 54 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'agitation chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps p182

Graphique 55 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne des éléments de méfiance/persécution, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps p183

Graphique 56 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'hostilité, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps p184

Graphique 57: Comparaison de l'évolution de la proportion de patients manifestant une angoisse anticipatoire, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et dans notre échantillon total, au cours du temps p186

Graphique 58: Comparaison de l'évolution de la proportion de patients confondant audition du JLD avec audience pénale, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total p187

Graphique 59: Comparaison de l'évolution de la proportion de patient ayant des espérances erronées des attributions du JLD, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps p187

Graphique 60 : Comparaison de l'évolution de la proportion de manifestations du trouble de personnalité, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total, au cours du temps p190

Graphique 61 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'agitation, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et notre échantillon total, au cours du temps p191

Graphique 62 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne des éléments de méfiance/persécution, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et notre échantillon total, au cours du temps p192

Graphique 63 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'hostilité chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et notre échantillon total, au cours du temps p193

Tableaux

<i>Tableau 1 : Tableau récapitulatif des variables évaluées au cours du temps, chez les patients de notre échantillon</i>	<i>p123</i>
<i>Tableau 2 : Données socio-démographiques des patients de notre échantillon</i>	<i>p130</i>
<i>Tableau 3 : Antécédents médicaux, psychiatriques, judiciaires et familiaux des patients de notre échantillon</i>	<i>p132</i>
<i>Tableau 4 : Diagnostics principaux de chaque patient de notre échantillon</i>	<i>p135</i>
<i>Tableau 5 : Répartition des diagnostics principaux chez les patients de notre échantillon</i>	<i>p135</i>
<i>Tableau 6 : Diagnostics de trouble de la personnalité chez les patients de notre échantillon</i>	<i>p136</i>
<i>Tableau 7 : Répartition des diagnostics de trouble de la personnalité chez les patients de notre échantillon, selon la CIM 10</i>	<i>p136</i>
<i>Tableau 8 : Répartition des diagnostics de trouble de la personnalité chez les patients de notre échantillon, selon les clusters de personnalité définis par le DSM IV</i>	<i>p137</i>
<i>Tableau 9 : Diagnostic(s) associé(s) chez les patients de notre échantillon</i>	<i>p137</i>
<i>Tableau 10 : Répartition des diagnostics associés chez les patients de notre échantillon</i>	<i>p138</i>
<i>Tableau 11 : Évolution des différentes manifestations pathologiques des troubles de la personnalité, en lien avec l'audition du JLD, chez les patients de notre échantillon</i>	<i>p152</i>
<i>Tableau 12 : Répartition de la proportion de nécessité de reformulation de l'information au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total</i>	<i>p167</i>
<i>Tableau 13: Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition du JLD, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total</i>	<i>p169</i>
<i>Tableau 14 : Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total</i>	<i>p170</i>
<i>Tableau 15 : Répartition de la proportion de la nécessité de reformulation de l'information au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total</i>	<i>p176</i>
<i>Tableau 16: Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition du JLD, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total</i>	<i>p179</i>
<i>Tableau 17: Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total</i>	<i>p179</i>
<i>Tableau 18: Répartition de la proportion de la nécessité de reformuler l'information, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total</i>	<i>p185</i>
<i>Tableau 19: Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total</i>	<i>p189</i>

Tableau 20: Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total p189

Tableau 21 : Répartition de la proportion de la nécessité de reformuler l'information, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total p194

Tableau 22 : Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total p196

Tableau 23 : Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total p196

LISTE DES ABRÉVIATIONS

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel

CDHP : Commission Départementale des Hospitalisations Psychiatriques

CDSP : Commission Départementale des Soins Psychiatriques

CEDH : Convention Européenne des Droits de l'Homme et du Citoyen

CH : Centre Hospitalier

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CMP : Centre Médico-Psychologique

CP : Code Pénal

CPC : Code de Procédure Civile

CPP : Code de Procédure Pénale

CPT : Comité Européen pour la Prévention de la Torture

CSP : Code de Santé Publique

ECT : Électroconvulsivothérapie

ET : Écart-type

FNAPSY : Fédération Nationale des Patients en Psychiatrie

HAS : Haute Autorité de Santé

HDRS : Hamilton Depression Rating Scale

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HO : Hospitalisation d'Office

HSC : Hospitalisation Sous Contrainte

IGAS : Inspection Générale des Affaires Sociales

IGSJ / IGSJ : Inspection Générale des Services Judiciaires

IPSOS : Institut de sondage français

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

JORF : Journal Officiel de la République Française

Patients 122.1 al. 1. : Patient jugé pénalement irresponsable

QPC : Question Prioritaire de Constitutionnalité

SASC : Soins Ambulatoires Sous Contrainte

SPDRE/SDRE : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État

SPDT/SDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

SPPI/SPI : Soins Psychiatriques Péril Imminent

TGI : Tribunal de Grande Instance

TI : Tribunal d'Instance

UCSA : Unité de Consultation et de Soins Ambulatoires

UMD : Unité pour Malades Difficiles

INTRODUCTION

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge a été mise en place afin de répondre à l'anti-constitutionnalité relative de la loi du 27 juin 1990. C'est suite à une QPC que le Conseil Constitutionnel a statué que la loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur condition d'hospitalisation, ne répondait pas aux exigences, notamment européennes, en matière de respect des Droits de l'Homme [25].

Cette réforme du 5 juillet 2011 a été réalisée dans un contexte particulier, en ce sens qu'elle fut initialement annoncée dans un discours du Président de la République Française le 2 Décembre 2008 à Antony, suite à un meurtre commis par un patient ayant fugué d'un hôpital psychiatrique. À cette occasion a été présentée une série de mesures visant à réformer les hospitalisations d'office et sécuriser les établissements de soins psychiatriques. Le chef de l'État soulignait vouloir « trouver un équilibre entre la protection de la société et la réinsertion du patient ». Il proposera trois modifications majeures du système de soins psychiatriques :

- Une sécurisation des établissements psychiatriques ;
- Une réforme sanitaire des procédures d'hospitalisation d'office ;
- L'instauration d'une obligation de soins.

Ces propositions annoncées par le Président de la République répondent aux craintes de l'opinion publique à propos des malades mentaux.

La loi du 5 juillet 2011 a donc pour objectif de satisfaire un besoin de sécurité grandissant dans l'opinion publique, tout en répondant aux exigences constitutionnelles en matière de liberté individuelle.

Le vote des lois concernant les malades mentaux ont toujours fait l'objet de vifs débats. Les questions soulevées par ces lois mettent en jeu plusieurs principes fondamentaux du fonctionnement de notre société :

- Quelle place accorder à la liberté individuelle lorsqu'il s'agit de malades mentaux ?
- Quelle est la place et le rôle de l'autorité publique, du juge ou encore du médecin dans ce système ?
- Comment ces différents acteurs peuvent-ils opérer dans un même objectif ?

Il existe différents courants de pensée tentant de répondre à ces questions. D'un côté, le courant humaniste privilégie le respect des libertés individuelles et le maintien du patient comme acteur de ses soins. De l'autre côté, le courant sécuritaire privilégie la « mise à l'écart » des malades mentaux, au nom d'un besoin sociétal de sécurité.

Des différentes réflexions menées durant notre histoire, sont apparues des notions telles que celles de consentement ou de responsabilité juridique. Le consentement reste une des valeurs principales du courant humaniste. Malgré ces valeurs, le Conseil Constitutionnel a déclaré que les libertés individuelles n'étaient pas suffisamment respectées lorsqu'il s'agissait de soins sans consentement. Ce respect doit être garanti par le contrôle d'un juge. Jusqu'à la mise en application de la loi du 5 juillet 2011, soit le juge n'avait aucun regard sur la régularité des placements en psychiatrie, soit le contrôle de la régularité des hospitalisations sous contrainte n'était effectué que sur demande du patient avec des délais d'intervention parfois longs. La loi du 5 juillet 2011 instaure l'intervention systématique du Juge des Libertés et de la Détention (JLD) dans le cadre du contrôle de la régularité des soins psychiatriques sans consentement. Créée lors du vote de la loi dite « présomption d'innocence », la fonction de ce magistrat se justifiait jusqu'alors, dans le cadre des procédures pénales, au regard du contentieux de la détention provisoire. La loi du 5 juillet 2011, instaure une nouvelle fonction au JLD. Cette nouvelle organisation constitue un changement important dans la pratique quotidienne et bouleverse autant la pratique des soignants que celle des magistrats. Il convient également de s'interroger sur la perception qu'ont les patients de cette nouvelle échéance, qu'est l'audience du JLD. Comment peut se manifester cette perception ? Comprennent-ils l'intérêt et les objectifs de l'intervention du JLD et le cadre de la loi?

Nous nous proposons d'étudier dans ce travail l'évolution de la perception de l'audience du JLD.

La première partie de ce travail s'attache à effectuer une revue de la littérature, afin de comprendre les enjeux et les difficultés face auxquels se trouvent les différents acteurs impliqués, en matière de législation relative à la maladie mentale. Après un rappel de la place du malade mentale dans la société, nous décrirons l'évolution du cadre légal relatif à la maladie mentale, avant de pouvoir envisager un descriptif de la loi n°2011-803. Nous envisagerons par la suite, une description de la psychopathologie de l'émotion, afin de préciser les enjeux de la subjectivité et comprendre les manifestations que les émotions et les perceptions peuvent engendrer. Enfin, nous nous attacherons à une description du

fonctionnement du Centre Hospitalier Henri Laborit, dans lequel nous avons mené notre travail.

La deuxième partie nous permettra de décrire notre protocole de travail dont l'objectif principal est d'évaluer l'évolution de la perception de l'audition du JLD, chez des patients primo-hospitalisés. Nous présenterons ensuite nos résultats.

La dernière partie de ce travail proposera une discussion des résultats obtenus avant d'envisager une réflexion plus large sur le cadre de la loi du 5 juillet 2011.

PARTIE 1 :

REVUE DE LA
LITTÉRATURE

I. Historique de la place du malade mental dans la société

Depuis les sociétés les plus primitives, il existe, aussi loin que nous pouvons remonter, une certaine conception de la « folie ». Cette dernière fait donc partie intégrante de l'Histoire de l'Humanité [86].

1. Les civilisations anciennes

Les sociétés primitives, sans avoir de réelle conception de la folie-maladie, considèrent que toute souffrance, qu'elle soit physique ou psychique, a pour origine une cause extérieure. Nous pouvons dès cette époque, noter l'existence de méthodes ayant pour objectif de soigner l'esprit. Elles sont basées sur des croyances au surnaturel. Le soin est délivré par un sorcier ou un chaman qui utilise des rites incantatoires, des trépanations, des fumigations ou encore des drogues hallucinogènes afin de créer une transe collective. Après son exorcisation, le malade est considéré comme « dépossédé », et peut réintégrer la communauté, puisqu'il ne représente, dès lors, plus un danger pour le groupe.

2. L'Antiquité

L'Antiquité est l'héritière de ces périodes primitives. La médecine et les soins ont toujours un lien étroit avec la religion. Il existe, en plus, un courant médico-philosophique sur la conception de la folie. En Mésopotamie (de -6000 à -3000 ans avant J.C.) et en Egypte Ancienne (de -3100 à -1080 ans avant J.C.), les médecins laïques s'occupent des pathologies physiques, tandis que ce sont des prêtres médecins qui, par des méthodes divinatoires et incantatoires, chassent les démons et calment les colères divines.

Les égyptiens identifient déjà ce que les grecs appelleront « hystérie ». Le mécanisme physiopathologique de cette maladie est défini comme la conséquence d'une malposition de l'utérus. Sa prise en charge est faite par des fumigations intra-vaginales. Durant la période gréco-romaine (de -500 à 500 ans après J.C.), nous assistons au développement de plusieurs

courants de pensée permettant peu à peu de différencier la conception médicale de la folie, des conceptions magiques et religieuses.

En Grèce, Hippocrate, à l'origine du courant humoral, part de l'hypothèse, que la folie, comme n'importe quelle autre pathologie, est d'origine organique. Elle peut donc s'étudier et se comprendre. Ce courant de pensée s'appuie sur la conception suivante : la santé repose sur l'équilibre des différentes humeurs que sont le sang, le flegme, la bile jaune et la bile noire. Toute maladie a pour étiologie un déséquilibre de ces humeurs. Hippocrate est, de ce fait, à l'origine de la première nosographie des maladies : le corpus hippocraticum. Dans cette classification, certaines entités faisant référence à la folie-maladie sont décrites :

- la phrénitis qui est une folie accompagnée de fièvre ;
- la mélancolie qui est un état de crainte et de tristesse ;
- la manie qui est une maladie chronique caractérisée par une agitation et un délire sans fièvre.

La prise en charge de la folie a pour objectif de déceler un éventuel déséquilibre entre les humeurs et le réguler. Les médecins pratiquent des saignées, des bains, des purgations ou encore des régimes alimentaires pour traiter la maladie. Hippocrate défend le fait que la folie est une maladie de l'âme. Cette conception engage par conséquent la médecine, mais également la philosophie, dans la mesure où l'âme est concernée.

Platon, Socrate ou Aristote, contemporains d'Hippocrate, reprennent les théories de ce dernier, et y ajoutent leur réflexion. Au-delà de la différence de conception de la maladie de l'âme, apparaissent rapidement des réflexions sur la place du fou dans la société. La folie est considérée comme la conséquence d'un malaise de l'individu avec son milieu social. L'organisation sociétale et la manière de prendre en charge le fou, font désormais partie des préoccupations de toute la communauté. La cité, comme l'âme, est susceptible de « tomber malade ». La société a pour mission de prendre en charge la folie, car la santé d'un individu dépend de la santé de tous, et réciproquement.

De nouvelles écoles voient le jour, comme l'école empirique basée sur l'expérience de médecins et sur leurs écrits, contrairement à d'autres basées sur la recherche des causes des maladies. Chez les romains, Galien adapte les théories d'Hippocrate aux exigences de la foi monothéiste chrétienne. De la même manière, d'autres courants, tels que le courant méthodiste, s'opposent à la doctrine hippocratique.

L'Antiquité est source d'une importante réflexion théorique sur la folie et en conséquence de l'élaboration de nombreux traitements. Au-delà des médications, des prises en charge plus globales, incluant musique ou théâtre complètent la thérapeutique. Parallèlement à ces théories médicales, une partie de la société, structurée par les théories stoïciennes, basées sur le fait que l'individu est responsable de sa folie comme de ses passions, commence à rejeter « ce fou qui ne lui ressemble pas ». Celse, dans son traité « De Médica », évoque le recours à la punition telle que la faim, le fouet ou encore les coups si cela est nécessaire, pour « réprimander l'audace des malades », mais aussi comme traitement. Caelius prône l'isolement des maniaques à titre privé (les asiles ou hôpitaux n'existent pas encore) [86].

3. Le Moyen âge

La charité et l'assistance sont deux valeurs essentielles dans la chrétienté médiévale. Selon Saint Thomas d'Aquin, il faut porter charité aux « faibles » au sens général. C'est dans cet esprit que naît l'hôpital : maison où l'on reçoit les hôtes. La prise en charge de la folie est composée de médications, d'hydrothérapie, ou encore de pèlerinages thérapeutiques. « Le fou », bien que considéré comme habité par le diable, n'est pas exclu de la société, mais sert plutôt d'exutoire à la communauté. Il est gardé par sa famille, qui est tenue pour responsable si elle le laisse divaguer. En effet, le faible nombre de places disponibles à l'hôpital oblige à refuser les incurables, dont « le fou » fait partie.

C'est à partir du XIII^{ème} siècle que l'on assiste à un changement de mentalité. La France entre dans une période de crise. Cette période de récession économique et d'insécurité entraîne des réactions de peur au sein de l'opinion publique [31]. La tendance est alors à l'intransigeance. Les communautés refusent de s'occuper des « fous sans aveu », estimant avoir suffisamment à faire avec ceux dont elles ont la charge. Il faut par ailleurs enfermer les « fous dangereux » ou encore certains, dont la famille ne peut assumer la responsabilité. L'emprisonnement est alors la meilleure solution pour canaliser les peurs et diminuer les coûts financiers. Les « fous furieux », dont l'irresponsabilité est reconnue, sont enfermés au nom de la précaution et non de la punition. Le statut de la folie est par ailleurs réglé par le droit civil : les fous sont des incapables civils ne pouvant passer de contrat, contracter de mariage, ou encore témoigner devant la justice.

4. Le XVI^{ème} siècle ou la naissance de l'Hôpital Général

La fin du Moyen âge et le début du XVI^{ème} siècle sont marqués par un développement important de la pauvreté et un retour inquiétant des épidémies. Les fous et les possédés, ne pouvant plus être désignés responsables d'office de ces maux de la société, la pauvreté devient progressivement le pire des vices, à la fois un délit et un fléau social.

Le 22 avril 1656, Louis XIV promulgue un Édit donnant pour ordre de faire arrêter tous les voleurs, infirmes et ribauds. L'oisiveté, la paresse, la prostitution, l'homosexualité ou encore la folie sont réprimandées. Une politique d'« assainissement » de la société se met en place. On enferme toutes les personnes « indésirables » dans de nouveaux établissements que l'on nomme « Hôpitaux Généraux ». Ces établissements assurent, par leur position, à la fois la répression et l'assistance. Cette institution est destinée à accueillir les hommes et les femmes ayant des troubles du comportement social. Les malades mentaux, même s'ils sont rapidement isolés des autres détenus, du fait de problèmes de cohabitation, posent problème à l'intérieur de ces établissements. Dès 1660, il est décidé de la création « d'un lieu pour enfermer les Fols et Folles ». Un « plan pour l'Hospital Général » prévoit donc de réunir les insensés dans des quartiers spécifiques.

5. Le XVII^{ème} siècle ou le relais des maisons de force

Consécutivement à la disette de 1662, les mendiants se trouvent de nouveau dans la rue, les Hôpitaux Généraux ne pouvant accueillir toute cette population. Face à cette situation, des substituts aux établissements déjà existants doivent être construits. Les maisons de force sont alors créées. Le placement dans ces établissements est établi dès lors qu'il existe une demande circonstanciée de placement, ainsi que l'engagement de la famille à payer une pension. L'instrument légal de placement est la lettre de cachet.

Les lettres de cachet sont des ordres particuliers du roi, expédiés par lettre close (un cachet) et portant la signature royale ou celle d'un secrétaire d'État. Elles sont créées, par opposition aux lettres « patentes », qui sont des actes souverains publics et solennels. Elles sont utilisées pour convoquer un corps judiciaire ; pour ordonner une cérémonie ou un ordre individuel d'exil, d'emprisonnement ou d'internement. La lettre de cachet constitue une manifestation de la justice personnelle du souverain, prise en général après enquête et délibération en conseil.

Cette institution permet par exemple, d'arrêter rapidement un suspect ; de réprimer un délit de presse ; ou de mettre à l'écart une personne jugée par sa famille comme « indigne ». Il existe deux catégories différentes de lettres de cachet. La première est la lettre de cachet « pour raison d'État » qui est à l'initiative du Roi. La seconde est la lettre de cachet à l'initiative des familles ou de la police. Quézel considère les lettres de cachet comme une nouvelle possibilité de placer « les fous » [86]. À cette époque, les certificats médicaux sont rares et ne précisent qu'un comportement et non un diagnostic. La plupart du temps, la famille demandeuse joint un certificat du curé afin de montrer sa bonne foi [85].

La demande de lettre de cachet doit préciser l'établissement demandé et le prix de la pension. Parallèlement, l'insensé peut aussi être interné par voie judiciaire (environ 30% des internements). Bien que la notion d'irresponsabilité soit acquise, un insensé criminel, doit rester enfermer à vie, de manière à protéger la société de toute récidive.

6. Le XVIII^{ème} siècle : des solutions « d'enfermement » toujours insatisfaisantes

Rapidement, les lettres de cachet concernent les « fous et les insensés », dont les familles veulent échapper au déshonneur. Ces lettres de cachet se multiplient, créant à nouveau une impasse en matière d'enfermement. Un autre relais aux Hôpitaux Généraux est créé en 1764 avec les dépôts de mendicité. Le dépôt de mendicité va constituer un nouveau maillon de la chaîne d'enfermement, dans laquelle la plupart des insensés indigents se trouve à la fin de l'Ancien Régime. Les conditions de vie dans les dépôts de mendicité sont rudes, avec discipline et punitions, vétusté et insalubrité des locaux.

7. La Révolution Française ou la difficile question du statut légal du malade mental

La fin de l'Ancien Régime est marquée par un puissant mouvement philanthropique, aboutissant à la doctrine d'assistance selon laquelle la misère est fille de l'état social. Les conditions d'enfermement dans les dépôts de mendicité sont alors décriées. Mirabeau déclare dans « Observations d'un voyageur anglais sur la maison de force appelée Bicêtre »: « Avec un traitement pareil faut-il être surpris si de légers accès d'aliénation d'esprit dégénèrent en paroxysmes de fureur ; si de fou on devient enragé ? Qu'un amusement aussi atroce soit souffert dans un pays civilisé, c'est une chose à peine croyable, mais qu'on le tolère chez une

nation aussi persuadée et aussi fière de son humanité que la nation française, c'est ce que l'on ne pouvait jamais imaginer ». La question de l'assistance publique agite peu à peu les débats. La pratique des lettres de cachet est vivement critiquée au siècle des Lumières. Dans les années 1780, elle est de plus en plus réglementée par Louis XVI qui souhaite les rendre «insoupçonnables » et exemptes de l'arbitraire royal. Un certificat médical joint à la demande d'internement est recommandé mais non obligatoire [14].

La Révolution Française, basée sur un courant libertaire, aboutit à l'abolition des lettres de cachet le 16 juin 1789. Les décrets des 16-26 mars 1790 définissent la libération des emprisonnés par lettre de cachet et demandent que les détenus pour démence soient examinés par un médecin afin « de les faire soigner dans des hôpitaux ». Cependant, la lutte contre les internements arbitraires crée un vide juridique. Aucune solution alternative aux établissements d'enfermement déjà existants n'est prévue et les modalités de prise en charge des malades mentaux posent toujours un problème.

L'opinion publique est toujours méfiante vis-à-vis des « insensés ». Cette opinion se distingue dans la loi du 16 et 24 août 1790 sur l'organisation judiciaire, qui traite des « insensés furieux en liberté » et « animaux malfaisants et féroces » au même titre, au sujet de la sécurité de la société.

La législation révolutionnaire crée les dépôts de sureté, dans lesquels on place les insensés en attendant qu'un juge se prononce sur l'existence ou non d'une folie et dirige alors l'insensé vers un établissement adapté. C'est à l'autorité judiciaire et non administrative de décider du placement dans un asile, si la sécurité publique n'a pas, au préalable, exigé un emprisonnement ou ordonné une mise en liberté « si l'individu déclaré fou par jugement recouvre sa raison ». La loi des 19-21 Juillet 1791 sanctionne pénalement les familles qui laissent divaguer les insensés de leur famille, et stipule que la privation de liberté des aliénés doit dans tous les cas être entérinée par un tribunal. Cette formalité est justifiée par une volonté de maintenir l'ordre public tout en faisant respecter les droits du citoyen-aliéné en donnant un caractère légal à son enfermement. Si l'autorité administrative peut décider de la détention d'un aliéné troublant l'ordre public, c'est au pouvoir judiciaire de statuer définitivement sur la nécessité de maintenir ou de relaxer l'individu.

Dans cette recherche d'équilibre entre sécurité et liberté, le Code Pénal de 1791 et le code des délits et des peines de l'an IV se réfèrent au postulat que le sujet, conçu comme source des actes, peut seul fournir la clef interprétative des actes. L'élément intellectuel est le seul capable d'expliquer l'élément matériel du crime. L'examen de l'intériorité du criminel se

défini dès lors sur la moralité de l'acte, et aboutit à l'estimation de la faute commise et de la culpabilité du criminel. Le jugement envisage alors que le malade doit être confié à sa famille ou bien enfermé dans une maison de correction [44].

Le Code Civil des Français ou Code Napoléon, promulgué en 1804, regroupe les lois relatives au droit civil français qui déterminent le statut des personnes, celui des biens et celui des relations entre les personnes privées. La loi régit tous les rapports sociaux, y compris le droit de la famille, indépendamment de toute considération morale, religieuse ou politique. Le Code Civil de 1804, renforce la volonté de garantir la sécurité de la communauté, tout en tentant de respecter les libertés individuelles. Les autorités publiques ne doivent intervenir que dans les cas prévus dans l'article 491 où la « fureur » de l'insensé menace « le repos et la sûreté publique », et « l'interdiction n'est provoquée ni par l'époux ni par les parents ». Dans tous les autres cas, c'est à la famille seule de statuer sur l'avenir de l'aliéné (art. 490) et de l'empêcher de troubler l'ordre public.

Le Code Civil est complété par le Code de Procédure Civile en 1806, du Code d'Instruction Criminelle en 1808 et du Code Pénal en 1810 [22]. Le Code pénal de 1810 se substitue aux diverses lois adoptées au cours de la Révolution Française et dont le socle était le Code Pénal des 25 septembre-6 octobre 1791 et le Code des délits et des peines de l'an IV. Une particularité importante de ces deux textes, est la fixité des peines. Ils imposent aux magistrats de condamner systématiquement à la peine la plus lourde. Au travers du Code Pénal, Napoléon envisage une solution médiane, qui laisse une relative liberté des magistrats, tout en rétablissant des sanctions rigoureuses.

Le Code Pénal de 1810 renforce la dynamique des articles 490 et 491 du Code Civil, en prévoyant des peines de police pour les personnes ayant laissé « divaguer des fous ou des furieux étant sous leur garde » (art. 475 n° 7).

Il apporte une notion jusqu'alors absente des textes législatifs, et permet de mettre fin à un vide juridique existant [98]. L'article 64 du Code Pénal permet une nette distinction entre le criminel, d'un côté, et le malade mental, de l'autre côté. « Il n'y a ni crime ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action, ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pu résister » (Art.64 CP 1810) [88].

Parallèlement, la conception de la folie continue à évoluer, notamment avec Descartes qui approfondit le concept du dualisme du corps et de l'âme, ou Spinoza pour qui l'âme et le corps sont une perception différente d'une même réalité.

8. Le XIX^{ème} ou la naissance de la culture asilaire

Le Docteur Philippe Pinel est nommé en 1793 à Bicêtre, au « 7ème emploi » : les loges des insensés agités. Avec son surveillant-chef, Jean-Baptiste Pussin, ils sont affectés par la suite à la Salpêtrière. Ils réalisent durant plusieurs années de multiples observations de malades et travaillent à supprimer les punitions physiques des fous ainsi que le maintien des chaînes en faveur de camisoles, laissant une plus grande liberté aux malades. En 1800, le Docteur Pinel publie un « Traité Médico-philosophique sur l'aliénation mentale », où il reprend les concepts de la Société Médicale d'Emulation et avance entre autre l'intérêt « de former un établissement qui nous mette au dessus de ce que possèdent, en ce genre, les nations les plus éclairées ». Le mot « psychiatre » apparaît en 1802 et le terme « psychiatrie » arrive dans le dictionnaire en 1842.

Le Docteur Esquirol, élève du Docteur Pinel, considère l'aliénation mentale « comme un objet de la médecine clinique » et engage des « recherches pratiques ». En 1818, il présente un rapport : « Des établissements consacrés aux aliénés en France, et des moyens de les améliorer ». Il conçoit l'asile de la manière suivante : « une maison d'aliénés est un instrument de guérison ; entre les mains d'un médecin habile, c'est l'agent thérapeutique le plus puissant contre les maladies mentales ».

Durant cette période où s'invente progressivement la psychiatrie, la prise en charge du malade mental pose encore problème sur le terrain et dans les textes. Il n'existe en effet toujours pas d'établissement spécifique à la prise en charge de la maladie mentale, et l'internement des aliénés n'est encadré par aucun support légal satisfaisant, malgré les réponses législatives ébauchées sur le statut des malades mentaux. L'autorité judiciaire et l'autorité administrative sont les deux institutions qui décident du devenir des patients et de la possibilité de déclarer la folie d'une personne. Parallèlement le corps médical se considère comme étant le plus compétent pour déclarer une personne comme malade mental. Il faut attendre 1832, pour que la question des aliénés revienne au premier plan, lorsque la Chambre des Députés rejette le projet de loi inscrivant les dépenses des aliénés indigents dans les dépenses municipales

obligatoires. La remise en question du statut légal de l'aliéné a pour fondement la question du financement de leur prise en charge.

II. La loi de 1838 sur les aliénés

La loi de 1838 va, pour la première fois, définir légalement le statut du malade mental et les modalités de son internement. Elle réalise un consensus entre l'opinion selon laquelle il faut empêcher l'aliéné de nuire (y compris à lui-même) et celle défendant la priorité à lui prodiguer des soins pour le traiter. Un rapport réalisé sous le régime de l'Empire énonce d'ailleurs clairement ce difficile équilibre : « il est assez difficile de déterminer si les établissements d'insensés doivent être considérés plutôt comme des hospices ou comme des maisons de détention. D'un côté, il s'agit de renfermer les individus qui peuvent nuire à la société ; d'un autre, il s'agit de procurer des moyens de guérison à des individus malades » [86].

1. Le contexte de promulgation

La circulaire du ministre de l'intérieur, Adolphe Tiers, datant du 29 juin 1835, est un véritable prélude à la mise en discussion d'une loi sur les aliénés. Le principal sentiment de ce texte se résume par la citation suivante : « la sûreté publique est souvent compromise par des insensés en état de liberté. Des meurtres et des incendies ont été commis par eux, et tout semble annoncer que les désordres et les accidents graves dont ils sont la cause deviennent chaque jour plus fréquents ». Ces paroles reflètent la confusion de l'opinion publique, entre criminalité et maladie mentale. Malgré le mouvement des aliénistes philanthropes, la peur du désordre social causée par les malades mentaux n'a jamais disparu, et s'impose progressivement, notamment durant la Monarchie de Juillet [88].

Une autre difficulté de la société est d'ordre budgétaire. La prise en charge financière des aliénés est évoquée lors du vote du budget en 1836. La question médicale n'est que peu présente puisqu'elle ne représente qu'un seul paragraphe dans ce texte. Il y est pourtant souligné le devoir ou plutôt le droit de demander à la loi et à la société les moyens d'ouvrir

aux insensés indigents, des asiles où ils puissent recevoir un traitement curatif, si leur maladie est susceptible de guérison, et, dans le cas contraire, les soins et le secours que les infirmes et les vieillards pauvres reçoivent dans nos hospices».

Moins d'un mois plus tard, avant le vote de la loi de finances, dans laquelle le statut des aliénés est considéré pour la première fois, une énième enquête ministérielle (circulaire du 25 juin 1836) tente encore de mieux définir la place de l'aliéné dans la société. C'est la dernière d'une longue série de rapports et d'enquêtes qui, depuis l'Empire, s'évertue à éclairer la question des aliénés, à défaut de la régler [86].

Adrien-Estienne de Gasparin, Ministre de l'Intérieur, présente devant la Chambre des Députés le 6 janvier 1837, un projet de loi sur les aliénés conçu par le Conseil d'État en 1836. Lors de son examen, ce projet de loi est jugé insuffisant. Par la suite, une commission est nommée pour approfondir le sujet. C'est le 18 mars 1837 que Vivien, rapporteur de cette commission, expose son travail à la Chambre des Députés. Finalement, la loi fait l'objet de cinq rapports à la Chambre des Députés et à la Chambre des Pairs. Discutée à deux reprises au sein de ses deux Chambres, cette loi est définitivement adoptée le 30 juin 1838 [40].

Au total, les débats durent près de 18 mois (du 6 janvier 1837 au 14 juin 1838). Cette durée révèle bien la complexité de la définition de la place de l'aliéné dans la société et la difficulté à pouvoir trouver une juste mesure entre humanité, médecine, ordre social et considérations financières [86].

La jeune psychiatrie est loin d'être pleinement intégrée à ces débats qui la concernent pourtant au plus haut point. Nous pouvons citer pour exemple que sur plus de 1000 pages de procès-verbaux, Pinel n'a droit qu'à cinq lignes [86].

Dans cette partie ayant trait au contexte, nous devons parler du courant des grands aliénistes. Parmi eux, nous pouvons citer les Docteurs Esquirol, Ferrus et Falret. D'un côté, le positionnement du Docteur Ferrus face à cette loi est singulier puisqu'il décide de ne pas délivrer de rapport à proprement parler sur ce projet de loi, mais plutôt un ouvrage plus global, dans « Des aliénés ». D'après lui, il est fondamental de préserver la liberté individuelle. L'autorité, en général, peut être dangereuse pour la liberté. C'est pour cette raison qu'il plaide pour un placement subordonné à l'autorité judiciaire. Pour lui, une autorité exclusivement détenue par le médecin pourrait être dangereuse. Il le décrit en ces mots : « Cette autorité exclusive du médecin m'a toujours paru exorbitante et je me suis fortifié dans cette opinion

par les difficultés majeures que j'éprouve à l'exercer » [86]. De l'autre côté le Docteur Esquirol, rend un rapport qui ne paraît qu'en 1838, dans lequel il se réjouit que l'autorité administrative puisse prendre le pas sur l'autorité judiciaire [36]. Tout comme le Docteur Falret, le Docteur Esquirol pense qu'il est plus logique que le maire, plus proche de ses administrés que le préfet, prononce l'internement d'office. En définitive, le Docteur Esquirol n'est pas satisfait de ce projet. À son sens, cette loi est difficilement applicable pour deux raisons. Premièrement, il n'est pas assez pris en considération de l'intérêt des familles. Deuxièmement, il existe un trop grand nombre d'obligations pour chacun des acteurs impliqués [86].

2. Le cadre légal

Avant le vote de la loi de 1838, aucun cadre législatif relatif à la prise en charge des malades mentaux dans des établissements de soins spécialement prévus à cet effet n'existe, malgré les diverses ébauches de réponse législative à ce propos.

La loi sera adoptée à l'unanimité par la Chambre des Pairs le 14 juin 1838 et par 216 voix contre 16 par la Chambre des Députés le 30 juin 1838 [86].

3. La loi et son application

3.1. Prévoir des établissements dans chaque département

« Article 1er - Chaque département est tenu d'avoir un établissement public, spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés, ou de traiter, à cet effet, avec un établissement public ou privé, soit de ce département, soit d'un autre département. Les traités passés avec les établissements publics ou privés devront être approuvés par le ministre de l'intérieur».

Il devient obligatoire pour chaque département de se munir d'un asile d'aliénés ou d'établir un accord avec un établissement public ou privé afin de pouvoir recevoir ces patients [86].

L'organisation des établissements de soins apportés pour les malades mentaux est abordée dans le « Titre Premier- Des établissements d'aliénés ».

« Article. 2 - Les établissements publics consacrés aux aliénés sont placés sous la direction de l'autorité publique».

« Article. 3 - Les établissements privés consacrés aux aliénés sont placés sous la surveillance de l'autorité publique».

C'est l'autorité publique qui exerce la direction des établissements publics et la surveillance des établissements privés.

En plus de prévoir des établissements dans chaque département, la loi aborde également la question du financement de la prise en charge des aliénés dans la section III du Titre II. L'article 25 dispose que « les aliénés dont le placement aura été ordonné par le préfet, et dont les familles n'auront pas demandé l'admission dans un établissement privé, seront conduits dans l'établissement appartenant au département ou avec lequel il aura traité. Les aliénés dont l'état mental ne compromettrait point l'ordre public ou la sûreté des personnes y seront également admis, dans les formes, dans les circonstances et aux conditions qui seront réglées par le conseil général, sur la proposition du préfet, et approuvées par le ministre. »

3.2. L'organisation des modalités d'internement

Les placements sont désormais soumis à une réglementation bien précise. Il existe désormais deux modalités de placement : le placement volontaire (Titre II-section Première de la loi) et le placement ordonné par l'autorité publique (Titre II-Section II de la loi.)

3.2.1. Le placement volontaire

Le placement volontaire est soumis à la demande de la famille. Un certificat médical est rédigé par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil et n'étant pas référent de cette famille sur le plan médical. Un second certificat émanant d'un médecin de l'établissement doit être rédigé. L'ensemble des documents doit être remis au préfet dans les 24 premières heures d'hospitalisation. Le préfet a pour rôle de notifier le placement au procureur du Roi (Article 8). Un troisième certificat doit être rédigé dans les quinze premiers jours par un médecin de l'établissement d'accueil et adressé au préfet, afin de confirmer ou d'infirmer les premiers certificats. Il est important de noter que tout placement volontaire peut entraîner une sortie, même sans guérison, si le placeur en fait la demande. Si cette sortie est susceptible de

compromettre l'ordre public ou la sûreté publique, le maire peut alors faire appel au préfet pour ordonner un placement d'office (Article 11).

3.2.2. Le placement d'office

C'est le placement ordonné par l'autorité publique. Afin d'éviter les internements abusifs, cette modalité de placement est positionnée à l'interface entre trois institutions : préfectorale, judiciaire et médicale. C'est le préfet qui ordonne le placement de manière motivée pour les personnes « dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public ou la sûreté des personnes » (Titre II-Section II-article 18). Le préfet doit statuer sous 24 heures maximum, sur toute mesure d'internement provisoire à laquelle les établissements sont soumis. Ce placement, à partir de ce moment, ne peut plus s'effectuer dans une prison. Seuls les hospices et hôpitaux sont à même de recevoir ces patients (Titre II-Section II-article 19).

Par la suite, à chaque « premier mois de semestre », le médecin de l'établissement a pour obligation de rédiger un « rapport de l'état de chaque personne qui sera retenu, sur la nature de la maladie et les résultats du traitement », qu'il est tenu de transmettre au préfet. Ce dernier se « prononcera sur chacune individuellement, ordonnera sa maintenance dans l'établissement ou sa sortie » (Titre II- Section II-Article 20).

4. Critiques

La loi du 30 juin 1838 tente d'offrir des garanties sécuritaires à la société. Il n'en demeure pas moins qu'elle est la première loi qui légifère sur le statut légal des malades mentaux. De plus, elle envisage le soin des aliénés puisqu'elle parle de soumettre les internements « volontaires » et d'office à un contrôle à la fois médical et administratif. À noter, que dans les faits, les précautions législatives sont suivies de peu d'effet. Le Conseil d'État décide, même, en 1855 que la décision préfectorale du placement d'office est un « [...] acte de police administrative qui n'est susceptible d'aucune appréciation par la voie contentieuse » [86].

Une des grandes discussions se déroulant devant la Chambre des Pairs et la Chambre des Députés en 1837 et 1838 a trait à l'attribution du pouvoir de placement d'office au préfet. En effet, selon le Député Isambert, le respect de cette base fondamentale qu'est la liberté individuelle, ne peut être ordonné que par le procureur du Roi et le président du tribunal, au

nom du principe de séparation des pouvoirs administratifs et judiciaires. Le pouvoir confié au préfet, délégué direct du Ministre de la Police Générale, est ,pour ce député, un retour à l'arbitraire des lettres de cachet en « substituant l'interdiction administrative à l'interdiction judiciaire » sans les garanties indiscutables qu'offre le Code Civil. De plus, le préfet n'a même pas l'obligation de recourir à la certification d'un médecin, ni celle de notifier la décision à l'intéressé.

Dans les années 1860, une campagne de presse ayant des propos très tranchés saisit l'opinion publique. En 1895, la polémique continue, et dans l'Echo de Paris du 21 Août, un article intitulé « Lettres de cachet » est publié. Il y est écrit que « la loi de 1838 n'est pas à améliorer mais à changer de fond en comble. Il faut ouvrir les portes des asiles et des maisons de santé toutes grandes afin que tout intéressé, parent, ami, fonctionnaire électif, puisse voir ce qui se passe dans ces fabriques de fou » [39]. La communauté scientifique rejoint ce mouvement. Lapérouse écrit un article dans l'Annuaire des Sociétés Savantes de France et des Congrès Scientifiques en 1865, où il insiste sur la croissance du nombre d'internements et les dépenses croissantes du point de vue de l'institution. Chez les praticiens, les avis sont partagés. Pour le Docteur Thulié, le traitement délivré aux aliénés au sein des asiles n'est pas à remettre en cause [117]. C'est la loi elle-même qui ne garantit pas assez le sort de l'aliéné. Il dit en substance que cette loi permet d'attenter à la liberté individuelle de l'Homme, et surtout de l'Homme « sain d'esprit ». Le danger, d'après lui, réside dans le fait qu'un seul médecin ait le pouvoir de faire interner une personne. Il insiste sur le fait que dans de nombreux cas, une divergence de diagnostic peut apparaître, alors que chaque médecin est honnête et compétent. Le pouvoir de décision d'un internement doit donc être remis au juge dont la mission est de rechercher un avis médical [40].

Certains hommes de loi prennent position à propos de cette loi. Léon Dayras, président de la Chambre à la cour d'appel de Besançon, estime que la loi de 1838 est avant tout une « réforme urgente » [30]. Elle constitue un progrès immense concernant la reconnaissance des « fous » dans leur statut de malade. Cependant, il faut reconnaître qu'elle ne protège « pas de manière satisfaisante les libertés individuelles », surtout dans les cas des aliénés inoffensifs. Il note un oubli important de cette loi en ce sens que la défense de la société n'est pas assurée de manière satisfaisante, puisque la situation des aliénés criminels n'est pas traitée [40]. Il propose finalement des solutions déjà évoquées par les aliénistes, en évoquant la création

d'asiles spéciaux destinés à prendre en charge les sujets se situant à mi-chemin entre crime et maladie mentale [88].

Suite à toutes ces critiques faites envers cette loi et à leurs retentissements, une modification du texte est envisagée lorsque le Sénat nomme une commission spéciale en 1869. Cependant les travaux sont interrompus, suite à la déclaration de guerre de Napoléon III à la Prusse. Il faut attendre 1881 et la création d'une commission extra-parlementaire présidée par Bourneville, pour voir la gestation d'un projet de loi. Ce projet est déposé au Sénat le 23 novembre 1881. Le Docteur Théophile Roussel, sénateur de la Lozère, fait un projet de loi très novateur en proposant, entre autre, un placement définitif sur décision judiciaire ; l'admission provisoire dans un quartier d'observations ; ou encore une hospitalisation à la demande de l'intéressé et des sorties d'essai. Ce texte est voté par le Sénat le 11 mars 1887 puis est transmis à la Chambre des députés où il est rapporté par le Député Bourneville en 1889 [12]. Ce projet ne se concrétise pas, car les députés ne se prononcent pas avant la fin de leur législature. Les tentatives de légiférer se multiplient par la suite, afin de prévenir les enfermements abusifs ayant fait scandale durant le Second Empire. De nombreuses propositions et projets sont élaborés, mais sans jamais aboutir, en raison du contexte des différentes époques qui suivirent (guerres, progrès médicaux...).

III. L'époque moderne

1. Le XIX^{ème} Siècle : La naissance de la clinique psychiatrique

Le XIX^{ème} siècle marque l'apparition de la clinique psychiatrique contemporaine. Le Docteur Esquirol envisage la nosographie des maladies mentales selon quatre groupes principaux : la démence, l'idiotie, la manie, et les monomanies. Cette classification n'envisage que peu l'évolution des pathologies. Au cours de ce siècle, les théories aliénistes sont progressivement délaissées, au profit de nouveaux courants de pensée. Le Professeur Griesinger, appartenant au courant organiciste, déclare à ce propos que « la médecine mentale doit, de plus en plus, sortir du cercle étroit auquel elle était astreinte autrefois ; il est temps de la cultiver comme une branche de la pathologie du cerveau et du système nerveux en général, et de lui appliquer

les méthodes sérieuses du diagnostic usitées maintenant dans toutes les branches de la médecine. La psychiatrie ne doit pas se départir de son rôle scientifique pour dégénérer en sentimentalité qui conviendrait à peine aux gens du monde » [48]. Poursuivant le courant organiciste, le Docteur Moreau de Tours considère la folie comme « une affection neurologique pure et simple ». Il envisage l'évolution de la pathologie mentale comme un état de surexcitation, une « névrose congestive », aux prodromes vagues et mal définis, se localisant dans le système nerveux central. Cet état engendre des « lésions fonctionnelles d'où découlent comme autant de ruisseaux d'une même source toutes les formes de folie », propices au développement de délires. Le traitement moral défendu par les aliénistes ne peut, selon Moreau de Tours, avoir d'impact thérapeutique sur les lésions à l'origine de la folie.

Le courant organiciste, s'attachant entre autre, à la prise en compte de l'évolutivité et à la chronicité des pathologies mentales s'impose progressivement comme « dogme ». Parmi les médecins défendant ce courant, le Docteur Baillarger décrit la « folie à double forme », qui sera appelée plus tard « psychose maniaco-dépressive ».

Le Docteur Lasègue est l'un des rares médecins à s'opposer au « dogme » du courant organiciste en mettant en avant les enjeux de la relation médecin-malade, dans le traitement moral du malade mental, qu'il appelle « cure individuelle ». Ce concept constitue ce que nous appelons aujourd'hui l'alliance thérapeutique. Le Docteur Falret reste également fidèle au courant aliéniste.

Le Docteur Morel s'intéresse au caractère héréditaire de la maladie mentale. Selon lui, la dégénérescence est une déviation malade de l'espèce qui s'aggrave à chaque génération. Cependant, il n'envisage pas de perspective eugéniste au travers de cette conception, mais y perçoit plutôt le travail de dépistage de la maladie mentale par le psychiatre. Le rôle du psychiatre s'étoffe de nouveaux champs de compétence, incluant l'aspect des diagnostics différentiels, et du pronostic des pathologies. Le concept de dégénérescence est repris plus tard par le Docteur Magnan, qui le complète par une approche clinique.

De manière contemporaine aux travaux du Docteur Magnan, le Professeur Charcot, travaille sur l'hystérie. Il décrit la « grande hystérie ». Sa description est basée entre autre, sur la reproduction de « crises hystériques », par l'utilisation de l'hypnose. Il collabore avec le Professeur Janet, qui poursuit ce travail. Tous deux individualisent progressivement les névroses, que le Professeur Janet décrit comme « un groupe de troubles morbides qui est formé par les phénomènes les plus bizarres et les plus disparates que l'on ne sait rattacher les

uns avec les autres » [106]. Docteur Freud, reprend les travaux du Professeur Charcot sur l'hystérie et collabore avec le Docteur Breuer. En 1895, le Docteur Freud crée la technique psychanalytique, qui se base sur la libre association d'images, de souvenirs et d'idées et permet d'explorer l'inconscient.

En 1899, le Professeur Kraepelin décrit la « démence précoce » en distinguant quatre formes : hébéphrénique, catatonique, délirante paranoïde et paranoïde atténuée. En 1911, le Professeur Bleuler complète l'apport du Professeur Kraepelin, notamment en renommant la « démence précoce » en schizophrénie. Pour lui, la schizophrénie est un groupe de syndromes cliniques d'origine organique, caractérisé en particulier par une défaillance des mécanismes associatifs.

La paranoïa est décrite par le Docteur Heinroth, comme une maladie des fonctions du jugement et de l'entendement, s'opposant à celle des émotions et des sentiments. Le Docteur Lasègue la décrit comme un délire de persécution. Par la suite, le Docteur Magnan précise les caractères du délire chronique à évolution systématique, en l'opposant aux délires non systématisés. Ses élèves, les Docteurs Sérieux et Capgras décrivent le délire qui portera leur nom, appelé alors « folie raisonnante » [48].

2. Le XX^{ème} Siècle : l'essor des thérapeutiques psychiatriques

2.1. De la psychanalyse aux thérapeutiques médicamenteuses

2.1.1. La psychanalyse

Le Docteur Freud assiste pendant quelques mois aux leçons cliniques du Professeur Charcot à l'hôpital de la Salpêtrière (d'octobre 1885 à février 1886). Installé comme neurologue, il commence par utiliser, en vain, les méthodes thérapeutiques habituelles, avant de se décider à hypnotiser ses malades selon la technique apprise auprès du Professeur Charcot mais aussi auprès du Docteur Bernheim. En utilisant l'hypnose sur les patients souffrant d'hystérie, le Docteur Freud décrit la théorie du refoulement, conçue comme mécanisme actif, dans le cadre d'une lutte intrapsychique [78].

Le Docteur Freud, crée la psychanalyse en 1895, qui aborde le psychisme selon un point de vue dynamique ; un point de vue économique ; et un point de vue topique. Le point de vue topique envisage l'appareil psychique, selon trois systèmes : l'Inconscient, le Préconscient, et

le Conscient. Le point de vue économique considère que l'esprit est traversé par une énergie, encore appelée affect. Le point de vue dynamique correspond à l'étude des forces et conflits psychiques.

Fort de cette nouvelle pratique qu'est la psychanalyse, le Docteur Freud forme d'autres médecins à sa discipline. Parmi eux, se trouve le Docteur Adler, qui par la suite, formera son propre courant de psychanalyse, appelée psychologie individuelle. Elle se base sur la notion que l'homme remplace efficacement son refoulement sexuel en un complexe d'infériorité.

Le Docteur Yung émet également des divergences avec les théories freudiennes. Il crée son courant psychanalytique : la psychologie analytique. Ce courant envisage la construction du psychisme d'un individu, autour d'éléments de la vie personnelle, mais également autour de représentations d'un inconscient collectif faisant référence à des mythes et des symboles universels. Le travail psychothérapeutique se structure autour du patient et vise au développement du « Soi », par la découverte de cette totalité psychique à travers la notion d'individuation.

2.1.2. Les thérapies « de choc »

Historiquement la première thérapie de choc date de 1917. Le Docteur Von Jauregg diminue les troubles psychiques des paralytiques généraux en provoquant un choc thermique induit par l'inoculation du paludisme. Il est d'ailleurs récompensé pour cette découverte en 1927, en obtenant le prix Nobel de Médecine [48].

C'est à partir des années 1930 que se développent les traitements dits « de choc ». Ils se développent suite à l'observation du fait que les épileptiques développent peu de psychoses délirantes ou thymiques [122]. En 1933, le Docteur Sakel développe la pratique du choc insulinique, qui consiste à provoquer des comas hypoglycémiques répétés avec réveil progressif, par rééquilibration glycémique accompagnée d'un maternage infirmier. Ce nursing est destiné à rétablir un mode relationnel des patients avec le monde extérieur. En 1937, le Docteur Von Méduna élabore le choc au Cardiazol[®], en provoquant des crises convulsives chez les patients. La thérapie de choc la plus connue est certainement celle dérivée du choc électrique développée en 1938 par le Professeur Bini et le Docteur Cerletti. Cette dernière pratique est à l'origine de l'ECT actuelle [106].

2.1.3. La psychochirurgie

La toute première évocation de ce type de pratique émane du Docteur Burckhardt dans les années 1880. C'est le Professeur Moniz qui la met en pratique pour la première fois en 1935. Il obtient le prix Nobel de Médecine en 1949. Ce type de chirurgie est basé sur des méthodes stéréotaxiques permettant d'intervenir sur une partie du tissu cérébral. Diverses techniques telles que la capsulotomie, la cingulotomie, ou la leucotomie du système limbique sont mises au point.

2.1.4. Les thérapeutiques médicamenteuses

Excepté le chloral utilisé en 1869 et le phénobarbital (Gardéna[®]) synthétisé en 1912, les chimiothérapies connaissent un essor majeur à partir des années 1950. La chlorpromazine (Largactil[®]) est découverte par Henri Laborit. Cette molécule est utilisée comme neuroleptique dès 1952 par les Professeurs Delay et Deniker. La même année, apparaissent les premiers Inhibiteurs de la Mono-Amine-Oxydase dérivés du Rimifon[®]. En 1957, le Docteur Kuhn démontre l'activité antidépressive de l'imipramine (Tofranil[®]), qui deviendra le chef de file des antidépresseurs tricycliques. Par la suite, dans les années 1960, se développent les tranquillisants comme les carbamates et les benzodiazépines. Au cours de la même décennie, l'action thymorégulatrice des sels de lithium est démontrée par le Docteur Schou. Ils ne seront utilisés qu'à partir du moment où le dosage de la lithiémie permettra leur utilisation de manière fiable et contrôlable [106].

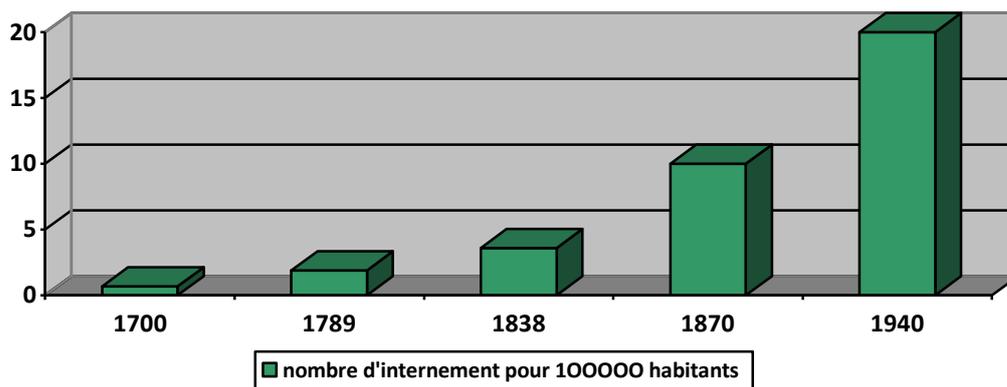
Les voies de recherche en psychopharmacologie se multiplient et permettent la découverte de multiples neuromédiateurs, ainsi que la prise en compte de l'évolution du neurone, dans ses rapports avec les influences de l'environnement. Les théories neuro-développementales se développent progressivement.

L'avancée de la pratique psychiatrique vers les multiples solutions médicamenteuses qui apparaissent, permet désormais d'envisager la prise en charge des malades mentaux d'une manière nouvelle. Il est maintenant possible d'améliorer et/ou stabiliser l'état clinique des patients. Cette possibilité ouvre les projets thérapeutiques vers la réadaptation et la réinsertion sociale.

2.2. De la psychiatrie asilaire à la psychiatrie sociale

Nous l'avons vu précédemment, la loi de 1838 a permis d'encadrer légalement le statut des malades mentaux ainsi que les conditions et modalités nécessaires à leur internement. Malgré les multiples critiques formulées au cours du XIX^{ème} siècle, ce modèle de l'assistance psychiatrique marquant « l'âge d'or » de l'aliénisme, n'est pas concrètement remis en cause jusqu'aux premières décennies du XX^{ème} siècle. Les divers événements politiques successifs amènent les différents pouvoirs exécutifs et législatifs, à travailler sur d'autres problématiques. C'est pourquoi, les différentes tentatives de réforme de la loi de 1838 n'aboutissent pas.

Dans les faits, le nombre de patients internés dans les asiles est de plus en plus important [86].



Graphique 1 : Évolution du nombre de patients internés de 1700 à 1940. (D'après C.Quetel)

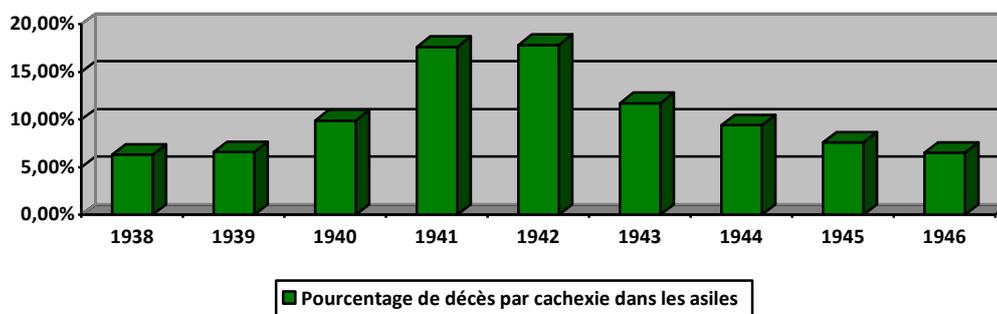
La psychanalyse permet peu à peu d'ouvrir la psychiatrie et amende progressivement les conceptions aliénistes de la psychiatrie. En 1922, le Docteur Toulouse crée la Ligue Française pour la Santé Mentale, et ouvre le premier « service libre » en psychiatrie. Ce service est dédié à une activité de consultations ambulatoires et d'hospitalisations sans contrainte [1]. Le terme « asile d'aliénés » disparaît officiellement en 1937, au profit de celui d'« hôpital psychiatrique ». En 1938, le « gardien des fous » devient l'« infirmier psychiatrique ».

Le mouvement de contestation du cadre législatif des malades mentaux devient plus pressant après la Première Guerre Mondiale. L'image véhiculée par l'asile se dégrade

progressivement. La fin du mouvement asilaire peut être symbolisée par le suicide très médiatisé du Docteur De Clérambault en 1934.

Dans la presse, l'un des textes les plus emblématiques du mouvement de contestation est celui d'Albert Londres dans son livre « Chez les fous », publié en 1925. Il dénonce le fait que « la loi de 1838 n'a pas pour base de soigner et de guérir les hommes atteints d'une maladie mentale, mais la crainte que ces hommes inspirent à la société ». Cette loi, « en déclarant le psychiatre infaillible et tout puissant, permet des internements arbitraires ». L'auteur déclare ressentir de l'« effroi, [de l'] horreur, [...] [et du] dégoût, devant Monsieur Psychiatre qui joue de la médecine comme d'autres jouent du cor de chasse » [67].

Durant la Seconde Guerre Mondiale, les conditions de vie des aliénés se dégradent particulièrement [75]. D'une part, il existe une surpopulation des aliénés dans l'institution. En 1940, 105 200 malades sont internés, sur le plan national, pour une capacité d'accueil maximale de 88 000 patients. Cette population est en majorité constituée de patients placés à la demande de l'État ou d'un tiers (à la demande de la famille principalement). Ce constat est le témoin, dans une certaine mesure, d'un « abandon » des aliénés par leurs proches mais aussi par les pouvoirs publics. D'autre part, au-delà du problème de surpopulation des asiles, un problème de surmortalité majeure existe dans ces établissements. Cette surmortalité est mise en relation par les médecins, avec une sous alimentation majeure. Plusieurs raisons sont avancées. Premièrement, les asiles sont des établissements construits relativement en dehors des villes, engendrant des difficultés supplémentaires d'approvisionnement en nourriture. Deuxièmement, le rationnement de base est défini en fonction de huit catégories distinctes, allant de l'enfant de 3 à 6 ans, aux personnes de plus de 70 ans. Pour ces derniers, par exemple, la ration journalière est constituée de 200 grammes de pain.



Graphique 2 : Évolution de la mortalité par cachexie dans les asiles entre 1938 et 1946, (d'après Quételet).

C'est en 1942 que le corps médical saisit l'opinion publique et le gouvernement, lors de la séance du 22 juin 1942 de la Société Médico-Psychologique, puis lors du Congrès de Montpellier en novembre 1942. La circulaire du 4 décembre 1942 du Secrétariat d'État à la Famille et à la Santé accorde des suppléments aux hôpitaux psychiatriques. La ration journalière passe alors à 225 kilocalories par jour et par personne. Bien que minime, cette augmentation des rations alimentaires des aliénés permet, associée à une plus grande vigilance et à une modification des organisations locales, de faire reculer la surmortalité à partir de 1943. On peut ainsi constater que l'administration préfectorale ne semble pas avoir eu de dessein biocratique en vue d'un eugénisme à l'égard des malades mentaux. Quérel précise que l'administration a été submergée par les demandes de suppléments alimentaires, et a hiérarchisé ses actions. Il rajoute que l'hôpital psychiatrique ne faisait pas partie des priorités [75 ; 86].

Après la Seconde Guerre Mondiale, la France voit naître une nouvelle conception de la psychiatrie. La critique de la psychiatrie asilaire se développe après les constatations faites à la suite de la Guerre. Beaucoup d'hôpitaux au fonctionnement asilaire, bien que sans ressources, ont permis à leurs malades de survivre, grâce à l'instauration d'une « micro-économie » qui a permis aux soignants d'observer que tous les patients, y compris les plus régressifs, étaient capables de s'autonomiser. Ainsi naît la psychiatrie institutionnelle, d'inspiration psychanalytique et sociogénique. Dans un rapport du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, le Docteur Chaigneau définit la psychiatrie institutionnelle comme une « psychiatrie de lutte contre l'oppression du monde asilaire » [107]. La psychiatrie institutionnelle en France peut être rapprochée du mouvement de l'antipsychiatrie dans d'autres pays. En Angleterre, le Docteur Cooper, propose une solution alternative à la solution asilaire, par la création de « communautés thérapeutiques » ayant pour objectif de responsabiliser et d'autonomiser les malades dans leur prise en charge [106]. Le Docteur Laing, propose une autre solution. L'hypothèse qu'il propose, est de considérer la maladie mentale comme le résultat de l'oppression sociale et familiale. Elle peut être guérie en la laissant évoluer jusqu'à son paroxysme qu'il nomme « métanoïa ».

La sectorisation de la psychiatrie est créée dans la dynamique d'ouverture du monde psychiatrique vers l'extérieur. L'objectif est de rendre cette discipline plus « humaine », en déplaçant au maximum l'intervention des équipes spécialisées, au plus proche du domicile des patients.

Dans les années 1960, il existe deux réalités bien distinctes ; d'un côté, le système asilaire, régit par la loi de 1838 toujours en vigueur et de l'autre, la psychiatrie sociale, ouverte, inscrite dans un autre cadre de l'hygiène mental et faisant office de nouvelle norme. La circulaire du 15 mars 1960 relative au plan directeur des hôpitaux psychiatriques anciens, encadre pour la première fois la psychiatrie de secteur en prévoyant quatre dispositions :

- Des hospitalisations les plus brèves possibles ;
- Le travail de prévention, les traitements ambulatoires et les prises en charge en post-cure ;
- L'organisation de structures extra hospitalières et de dispensaires ;
- La dispensation des soins par la même équipe de professionnels de santé sur des structures intra et extra-hospitalières.

Par la suite, plusieurs textes encadrent la nouvelle pratique de la psychiatrie. Nous pouvons citer parmi ces textes :

- La circulaire n°12 du 24 janvier 1969 relative à la bisexualisation des hôpitaux psychiatriques qui prévoit la mixité dans les hôpitaux psychiatriques ;
- La loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière qui crée la notion de « service publique hospitalier » et pose les principes d'égalité d'accès, de traitement et de continuité de service de soins [114] ;
- La circulaire n°896 AS 2 du 15 juin 1979 relative à l'accueil et aux urgences en psychiatrie, qui précise, que les objectifs à atteindre dans chaque département sont les suivants : la permanence téléphonique, l'intervention d'un psychiatre sur les lieux de la crise, le transport et accueil des malades.

La psychiatrie de secteur naît officiellement lors de la promulgation de la loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 portant diverses dispositions d'ordre social. Le secteur psychiatrique étant généralisé et légalisé, nous assistons à une rapide diminution du nombre de lits dans les hôpitaux psychiatriques et à une diminution des admissions en placement volontaire et d'office. Cette nouvelle pratique envisage l'abord du patient dans son environnement afin de le cerner dans sa globalité.

2.3. La psychiatrie contemporaine

La phénoménologie et le comportementalisme se développent dans les années 1970. Suite au développement croissant des diverses approches théoriques, le modèle bio-psycho-social est créé aux États-Unis. Il envisage la maladie mentale comme la conjonction entre une fragilité biologique, une faille de l'aménagement défensif, et une influence de l'environnement social. Le modèle athéorique marque également la psychiatrie contemporaine. Ce modèle vise à décrire et à classer les symptômes en syndromes et/ou maladie. Les ouvrages les plus représentatifs de ce modèle sont le DSM IV et la CIM10 [2 ; 76]

2.4. L'évolution législative jusqu'à la loi du 27 juin 1990

Nous l'avons vu, malgré les divers événements historiques, les mouvements de contestation, et l'évolution de la pratique psychiatrique, le cadre législatif de 1838 relatif à la prise en charge des malades mentaux reste inchangé. Pourtant, suite aux crimes commis durant la Seconde Guerre Mondiale, il devient nécessaire de légiférer au niveau européen pour pouvoir définir et protéger les droits et libertés de chaque individu.

2.4.1. Les textes internationaux

Au lendemain de la Seconde Guerre Mondiale, l'Europe tente de se reconstruire par la paix. En 1946, le Premier Ministre britannique, Sir Winston Churchill, appelle de ses vœux, la constitution "d'Etats-Unis d'Europe" et la création d'un Conseil de l'Europe. Le Congrès de la Haye travaille deux ans plus tard, en 1948, sur la structure de la future organisation et le Conseil de l'Europe est officiellement créé par le traité de Londres du 5 mai 1949, qui est à l'époque signé par dix pays dont la France.

Poursuivant comme principal objectif la promotion des Droits de l'Homme en Europe, le Conseil de l'Europe se dote le 4 novembre 1950 d'une Convention Européenne de Sauvegarde des Droits de l'Homme (CEDH), qui entre en vigueur en 1953. Elle n'est ratifiée par la France qu'en 1974. La Cour Européenne des Droits de l'Homme, pendant juridictionnel du Conseil de l'Europe et de la CEDH, voit le jour le 18 septembre 1959. Cette entité européenne a pour mission de veiller au respect de la CEDH. Elle est compétente pour traiter les recours portés

contre un État membre du Conseil de l'Europe qui, ayant ratifié la CEDH, ne respecterait pas les droits et les libertés qui y sont reconnus.

À l'époque de sa signature, la CEDH consacre, d'une part, une série de droits et libertés et organise, d'autre part, un mécanisme visant à garantir le respect par les États des obligations contractées par eux.

Le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, adopté par l'ONU est un autre texte ayant une portée majeure de cette période de reconstruction. Il interdit la privation de liberté en dehors des dispositions prévues par la loi.

Ces deux textes ont un impact majeur sur les réformes des législations nationales. Concernant la psychiatrie, les hospitalisations sans consentement sont directement mises en cause, car elles constituent des mesures de privation de liberté. Par les deux textes sus-cités, les internements sans consentement sont susceptibles de ne pas respecter la Convention Européenne des Droits de l'Homme dans trois domaines distincts :

- Les conditions relatives à la privation de liberté ;
- Les recours juridictionnels possibles à propos des mesures de privation de liberté ;
- Le respect de la dignité de la personne privée de liberté.

2.4.2. Les textes nationaux

Au plan national, plusieurs circulaires et décrets vont encadrer la psychiatrie et sa nouvelle orientation vers la psychiatrie de secteur, mais aucun texte n'envisage de réformer la loi de 1838, afin de se mettre en conformité avec les exigences européennes en matière de respect des Droits de l'Homme [15 ; 16 ; 41]. Le seul texte légiférant dans ce sens est la loi n°81-82 du 2 février 1981 renforçant la sécurité et protégeant la liberté des personnes, dite loi « Sécurité Liberté ». Cette loi complète celle de 1838 en apportant quelques garanties procédurales supplémentaires pour les personnes hospitalisées sous contrainte. Elle précise que le président du TGI, lorsqu'il est saisi d'une demande de mainlevée de la décision d'hospitalisation, doit motiver sa décision et peut donc contredire les motifs de l'administration en assurant parallèlement un contrôle rigoureux de l'action administrative. Maître Stark décrit cette loi comme la première mettant en place « une véritable procédure

d'*abeas corpus* en contraignant le magistrat à organiser un *débat contradictoire* ce qui faisait passer la procédure de sortie judiciaire, jusque là gracieuse, à une procédure contradictoire» [114]. Ce texte s'explique par un arrêt de 1979 rendu par la Cour Européenne des Droits de l'Homme, qui précise la nécessité, pour la personne hospitalisée sans consentement, de pouvoir contredire les constatations médicales et sociales à l'origine de la mesure. La loi de 1981 ordonne au juge judiciaire de s'assurer que la décision d'hospitalisation sous contrainte, ainsi que les certificats rédigés sont conformes au CSP et sont justifiés.

La loi « Sécurité Liberté » prend en compte les exigences de l'article 5§4 de la CEDH, en énonçant que le juge judiciaire doit statuer « en la forme des référés ».

C'est dans une démarche de respect des textes internationaux signés par la France, de la prise en considération des recommandations européennes en matière de respect des Droits de l'Homme, et dans une dynamique d'évolution législative amorcée par la loi « Sécurité Liberté », que la loi du 27 juin 1990 vient se substituer à la loi du 30 juin 1838.

IV. La loi du 27 juin 1990

La loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation réforme la loi de 1838 et redéfinit le cadre des hospitalisations en établissement de soins psychiatriques [60]. Cette loi est promulguée afin de protéger et de veiller au respect des droits fondamentaux des patients hospitalisés sans leur consentement. Par cet aspect, elle modifie fondamentalement le texte de 1838, qui n'envisageait pas la question du droit des patients hospitalisés sous contrainte. Lorsqu'elle relève d'une hospitalisation sans consentement, la dite personne hospitalisée voit l'exercice de ses libertés individuelles restreint en fonction de son état de santé, et adapté aux exigences de la mise en oeuvre du traitement nécessaire, dans le respect de sa dignité. Dans un souci de promouvoir l'accès aux soins, cette loi cherche à favoriser la réadaptation des patients, et intègre la nécessité de garantir la « sûreté des patients» [68].

Cette loi détermine trois modes d'hospitalisation en psychiatrie. L'hospitalisation libre demeure la règle. Dans l'objectif de protection des droits des patients, le consentement devient une des pierres angulaires de la réforme. Deux autres modes d'hospitalisation sont prévus : l'hospitalisation à la demande d'un tiers ; et l'hospitalisation d'office. Ces deux derniers modes d'hospitalisation, exerçant une contrainte avec privation de liberté, doivent rester l'exception.

1. Le contexte de promulgation

Les textes internationaux tels que la CEDH et le Pacte international relatif aux droits civils et politiques, ont un impact important sur les législations, les pratiques nationales et le cadre de la psychiatrie [77].

Les hospitalisations sans consentement sont analysées par la Cour Européenne des Droits de l'Homme et du Citoyen, garante du respect de la CEDH. Trois aspects de ces mesures de privation de liberté sont susceptibles de violer des principes essentiels de la CEDH. Ces trois principes sont :

- Les conditions de privation de liberté ;
- Les recours juridiques allant contre la privation de liberté ;
- Le respect de la dignité de la personne.

En 1977, l'assemblée parlementaire du Conseil de l'Europe, dans la recommandation 818, relative à la situation des malades mentaux, constate que les conditions présidant l'internement des malades mentaux « en hôpital psychiatrique et leur élargissement préoccupent une grande partie de l'opinion publique dans les pays membres, et que les erreurs et abus commis à cet égard sont parfois à l'origine de tragédies humaines ». Elle rajoute qu'au « cours des trente années qui se sont écoulées depuis la seconde guerre mondiale, les attitudes à l'égard de la maladie mentale ont beaucoup évolué en Europe, tant au sein du corps médical que dans le grand public ». Secondairement à la recommandation 818, la Cour Européenne des Droits de l'Homme et du Citoyen émet une première recommandation auprès de la France à propos des recours juridiques de la loi de 1838 dans la recommandation R(83) 2, portant sur la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux et hospitalisées sans leur

consentement (adopté par le Comité des Ministres le 22 février 1983). Cette recommandation préconise :

- Un système de placement involontaire par le juge ou par « toute autre autorité appropriée désignée par la loi » ;
- Un instrument décisionnel différent des personnes ayant demandé le placement du patient ;
- Une possibilité de recours auprès de l'organe judiciaire, simple et rapide ;
- Une assistance possible à ce recours.

Les projets de remplacement de la loi de 1838 se discutent, afin d'envisager un projet permettant de garantir le respect des libertés individuelles, appuyé par les instances européennes qui défendent la pertinence du contrôle du juge judiciaire, tout en garantissant une protection de la société. Deux types de conception de la nouvelle loi s'opposent. Certains politiques revendiquent une loi de judiciarisation du placement volontaire. D'autres défendent une loi instituant un droit commun, par l'abrogation de lois spécifiques en vigueur. La réappropriation par les instances judiciaires du pouvoir de décider du placement volontaire ou d'office, en accord avec les avis des professionnels de santé, reste le point de discussion central de toutes les propositions de réforme. Des années 1960 aux années 1980, les psychiatres s'opposent à la judiciarisation des mesures de soins contraints et se positionnent plutôt en faveur d'un contrôle à posteriori de ce type de mesure. Cette opposition à la judiciarisation est relative à la défense de la compétence médicale dans le domaine des soins psychiatriques sous contrainte. La plupart des psychiatres revendiquent la compétence de l'observation régulière de l'état clinique du patient. Cette évaluation clinique est requise pour apprécier la capacité de juger de l'opportunité des soins sans consentement. De plus, les psychiatres de la commission de la réforme des maladies mentales précisent que la capacité médicale consiste à évaluer la nécessité des soins et la validité du jugement du patient. Ils estiment par ailleurs, que la capacité d'apprécier la dangerosité d'une personne revient au préfet, et celle de contrôler de la régularité de la mise en œuvre des pouvoirs respectifs de chacun revient au juge [89].

Lors des débats parlementaires, les psychiatres défendent une période d'observation de 72 heures, avant que l'autorité préfectorale ne statue sur le cas des hospitalisations d'office. Suite aux divers débats, et afin de se mettre en conformité avec les exigences européennes, la loi du

27 juin 1990 remplace la loi du 30 juin 1938 pour redéfinir le cadre des hospitalisations sans consentement en psychiatrie. Claude Évin, alors Ministre de la Santé, déclare la loi du 30 juin 1838 « désuète, obsolète et inadaptée » [35].

Cette loi charge le juge de s'assurer du respect de ces principes. Il est par ailleurs, prévu une révision de la loi tous les cinq ans, afin de faire évoluer le cadre législatif, en fonction des résultats de rapports d'évaluation. Le premier bilan est réalisé par un groupe de travail présidé par Madame Strohl, Inspecteur général des affaires sociales. Il conclut au fait que « l'évolution de la psychiatrie doit se situer dans une logique sanitaire et sortir définitivement de la logique sécuritaire de la loi du 30 juin 1838. La logique du soin au malade considéré comme un usager, doit remplacer la logique de l'institution » [115].

Au niveau européen apparaît la recommandation R1235 (1994) du 12 avril 1994 de l'Assemblée Parlementaire du Conseil de l'Europe, qui modifie la recommandation R83(2). Elle supprime la possibilité à « toute autre autorité appropriée désignée par la loi » que le juge, à pouvoir ordonner un placement sous contrainte. La France, où les hospitalisations sous contrainte sont décrétées par le préfet ou le par le directeur d'établissement d'accueil, n'est pas en adéquation avec les recommandations européennes. Dans ce contexte, la France demande une dérogation à cette recommandation [77]. En lien avec cette nouvelle recommandation, est créé un groupe de travail sur la psychiatrie et les droits de l'Homme, le CDPBI-PH, subordonné au comité directeur pour la bioéthique. Son rôle est de s'assurer du respect de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, ainsi que du respect de l'ensemble des droits de l'Homme. Ce groupe de travail rend ses conclusions en publiant son Livre Blanc, en 2000, dans lequel le Conseil de l'Europe réaffirme plusieurs principes, dont [77]:

- La nécessité d'un examen clinique médical préalable à la mise en place de tout placement involontaire ;
- La recommandation R1235 (1994) de l'Assemblée Parlementaire ;
- Le droit permanent au recours juridique contre la décision d'hospitalisation.

Plus tard, la loi du 4 mars 2002 modifiera la loi du 27 juin 1990, en renforçant la protection des libertés individuelles. La HAS rédigera en 2005, des recommandations ayant pour objectif d'assurer une mise en œuvre efficiente des soins sous contrainte.

2. Les droits de la personne hospitalisée sans consentement

La loi n° 90-527 du 27 juin 1990 maintient le système d'hospitalisation sous contrainte selon les deux modes mis en place par la législation précédente. Cependant des garanties sont apportées et certaines appellations sont modifiées comparativement au texte de 1838. Au sein de l'article L. 3211-3 du CSP, la réforme établit la liste des droits de la personne hospitalisée sans consentement [23]. Le patient peut faire valoir ses droits en tout état de cause. Nous allons maintenant détailler ces droits.

2.1 Les droits en relation avec la protection de la liberté et de la dignité de la personne

Tout d'abord, le patient dispose du droit [40 ; 60] :

- De communiquer avec les autorités citées par l'article L. 3222-4 ;
- De saisir la commission prévue par l'article L. 3222-5 ;
- De prendre conseil auprès d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;
- D'émettre ou de recevoir des courriers ;
- De consulter le règlement intérieur de l'établissement tel que le définit l'article L. 3222-3 et de bénéficier d'explications en rapport avec celui-ci ;
- D'exercer son droit de vote ;
- De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

En raison de certaines pathologies, et en fonction de l'évaluation clinique du médecin, ces droits peuvent être temporairement limités.

- Les droits liés à la protection de la liberté individuelle
 - L'administration est dans l'obligation d'informer le patient hospitalisé de sa situation juridique et de ses droits dès son admission, et elle doit renouveler cette information en fonction de la demande du patient.
 - Pour que la protection de la liberté individuelle soit complète, le patient a le droit de communiquer avec les autorités : le préfet ou son représentant, le juge du TI, le président du TGI ou son délégué, le maire ou son représentant et le procureur de la République.

- Les droits liés et nécessaires à la dignité de la personne

Le patient dispose des droits suivants :

- Le droit au secret de la correspondance ;
- Le droit d'exercer son droit de vote ;
- Le droit de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Concernant ce dernier droit, on peut relever l'esprit « universaliste » qui soutient cette disposition.

En dehors de ces droits inaliénables, les droits de la personne hospitalisée sous contrainte peuvent subir des restrictions [20 ; 40].

2.2. Les droits en relation avec l'objectif thérapeutique

Des dispositions similaires à celles énoncées dans l'article L. 3211-3 du CSP sont contenues dans la Recommandation R(83)2 [40] :

- La notion de traitement approprié
 - Dans l'article 3211-4 du CSP, il est précisé qu'« un protocole thérapeutique pratiqué en psychiatrie ne peut être mis en œuvre que dans le strict respect des règles déontologiques et éthiques en vigueur » [23]. Au niveau européen, la Cour de Strasbourg vérifie que les restrictions concernant les libertés individuelles sont indispensables par rapport à l'objectif thérapeutique ;
 - La notion de traitement approprié implique qu'« en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée ». (Article L. 3211-3 CSP) ;

- Les droits restreints

Toute entrave à la liberté d'aller et venir doit être motivée par la nécessité d'un traitement en rapport avec l'état de santé de la personne, en sous-pesant le rapport bénéfice-risque pour le patient. Cette entrave doit être limitée à la durée strictement nécessaire [40].

- L'isolement et les moyens de contention physique

Le recours à l'isolement des patients à lieu en cas d'état d'agitation et/ou de comportements agressifs. Dans le rapport du 6 au 18 octobre 1996, le CPT indique qu'il n'existe aucune indication justifiant le recours à l'isolement de longue durée, et que l'utilisation des moyens de contention physique doit rester exceptionnelle. Dans la recommandation de 2004 du Comité des Ministres, il est stipulé que le recours à l'isolement et aux moyens de contention physique ne doit être autorisé que dans le but de prévenir un dommage imminent pour la personne concernée ou autrui, et doit être proportionné en fonction du risque. Il est proposé de placer ces moyens sous le contrôle d'un médecin et de faire l'objet/bénéficiaire d'un suivi régulier.

- Le droit à des visites :

Les visites sont le fait de se rendre auprès de quelqu'un pour lui tenir compagnie, s'entretenir avec lui, prendre de ses nouvelles. Elles assurent la continuité de la vie familiale et de la vie sociale. Les visites sont réglementées par le droit de la personne à une vie privée. En fonction de l'état mental du patient et de l'objectif thérapeutique, ce droit ne peut être réduit plus que nécessaire.

Deux types d'atteintes peuvent violer ce droit :

- La surveillance des visites par le personnel est possible si le patient est jugé dangereux ;
- L'interdiction des visites peut rentrer dans le cadre d'une nécessité thérapeutique qui doit être argumentée et démontrée.

2.3. La commission départementale des hospitalisations psychiatriques

La CDHP est instituée par la loi du 27 juin 1990. Son rôle est d'examiner la situation des patients hospitalisés pour des troubles mentaux à la lumière du respect des droits en relation avec la protection de la liberté et de la dignité de la personne.

Elle se compose de six membres :

- Deux psychiatres dont un seul peut pratiquer dans un établissement autorisé à prendre en charge des patients hospitalisés sous contrainte ;
- Un magistrat désigné par le premier président de la cour d'appel ;

- Deux représentants d'associations agréées respectivement de personnes malades et de familles de personnes atteintes de troubles mentaux, désignés par le représentant de l'État dans le département ;
- Un médecin généraliste désigné par le représentant de l'État dans le département.

Les fonctions de la CDHP sont énumérées dans l'article L. 3223-1 du CSP, et sont les suivantes :

- Elle est informée de toute hospitalisation sans le consentement du malade, de tout renouvellement et de toute levée d'hospitalisation ;
- Elle doit établir, chaque année, un bilan de l'utilisation des procédures d'hospitalisation en urgence sur demande d'un tiers ou d'office ;
- Elle examine la situation des personnes hospitalisées et, obligatoirement, celles des personnes hospitalisées sur demande d'un tiers qui se prolonge au-delà de trois mois ;
- Éventuellement, elle saisit le préfet ou le procureur de la République de la situation des personnes hospitalisées ;
- Elle visite les établissements habilités à accueillir des malades hospitalisés sans leur consentement ;
- Elle reçoit les réclamations des personnes hospitalisées ou de leur conseil ;
- Elle vérifie la tenue du registre prévu par l'article L. 3212-11 ;
- Elle établit un rapport annuel de son activité. Ce rapport est adressé au préfet, au procureur de la République et présenté au Conseil Départemental de Santé Mentale ;
- Elle peut proposer au JLD du TGI d'ordonner une sortie immédiate de toute personne hospitalisée sans son consentement ou retenue dans un établissement défini par l'article L3222-1 CSP en empruntant la procédure prévue à l'article L. 3211-12 CSP.

3. Les modes d'hospitalisation [Annexe 3]

3.1. L'hospitalisation libre

3.1.1. Le principe

Ce type d'hospitalisation demeure la règle. Son principe est énoncé dans l'article 16-3 du Code Civil : « le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement, hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir » [51]. La personne hospitalisée « dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que ceux qui sont reconnus aux malades hospitalisés pour une autre cause » [118].

3.1.2. La procédure

Théoriquement, deux documents sont nécessaires : un certificat médical d'admission et une correspondance médicale. Le certificat médical d'admission est rédigé par le médecin traitant. Il indique la discipline dans laquelle doit être admis le patient mais ne doit pas préciser de diagnostic. Il est censé être accompagné d'un courrier médical décrivant les renseignements médicaux utiles pour la prise en charge du patient.

Concernant le patient, il est amené à signer à l'entrée, un document d'admission par lequel il signifie son consentement éclairé à l'hospitalisation et aux soins. Il est considéré que l'éventuelle altération de ses capacités mentales n'altère pas son libre arbitre ni sa capacité à comprendre les informations sur la maladie et les soins délivrés [42].

3.2. L'hospitalisation sur demande d'un tiers [40]

3.2.1. La procédure normale

Dans l'article L. 3212-1 du CSP nous pouvons trouver les conditions indispensables requises lors d'une HDT : « Une personne atteinte de troubles mentaux ne peut être hospitalisée sans son consentement sur demande d'un tiers que si :

1° Ses troubles rendent impossible son consentement ;

2° Son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier. [...] »

Les situations cliniques pouvant relever d'une HSC sont [46] :

- crise suicidaire d'urgence élevée ;
- atteinte potentielle à autrui si et seulement si elle est en lien avec le trouble mental ;
- prise d'alcool ou de toxiques après prise en charge somatique de l'intoxication aiguë, à condition qu'elle soit associée :
 - à un trouble psychiatrique et/ou ;
 - à des antécédents de passage à l'acte et/ou ;
 - à un risque prévisible pour le patient et/ou pour autrui.
- délire ou hallucination troubles de l'humeur ;
- incurie à condition qu'elle soit associée :
 - à des troubles cognitifs et/ou
 - à des troubles de l'humeur et/ou
 - à un délire et/ou
 - à des hallucinations.

La demande du tiers obéit à deux dispositions :

1° L'intensité des troubles et la gravité de la maladie qui peut justifier une demande ;

2° L'état de santé du patient doit nécessiter une prise en charge thérapeutique immédiate et sous surveillance constante en milieu hospitalier.

Cette procédure dépend de la seule initiative d'un proche, d'un membre de la famille ou de personne pouvant prétendre à vouloir agir dans le seul intérêt du patient. Elle n'est nullement concernée par l'autorité publique qui n'est pas habilitée à opérer dans cette procédure.

Deux certificats médicaux circonstanciés doivent être initialement rédigés. Le premier doit être fait par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil, tandis que le deuxième peut être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil.

Ce type d'hospitalisation est soumis à un contrôle régulier organisé de la manière suivante :

- Un certificat médical doit être établi à la 24^{ème} heure après l'admission afin de confirmer ou non le maintien de l'HSC ;
- Un nouveau certificat est rédigé dans les trois jours qui précèdent l'expiration des quinze premiers jours d'hospitalisation ;
- Un certificat doit être écrit par la suite mensuellement.

Pour encore plus de transparence, le législateur prévoit que tous ces certificats doivent être transmis à l'autorité préfectorale, à la CDHP, aux procureurs de la République concernés et au tiers qui a demandé l'hospitalisation.

3.2.2. La procédure d'urgence

En cas de danger immédiat pour la santé du patient, la procédure d'admission est assouplie. C'est ce qui est explicité dans l'article L. 3212-3 du CSP : « À titre exceptionnel et en cas de péril imminent pour la santé du malade dûment constaté par le médecin, le directeur d'établissement peut prononcer l'admission au vu d'un seul certificat médical émanant éventuellement d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil. »

À l'aide de ce texte nous comprenons que le législateur a souhaité concilier les libertés de l'individu avec le principe de respect de la vie dans un contexte de danger imminent. Dans ce cas très précis d'urgence, l'hospitalisation sans consentement peut être décidée et effective avec un seul certificat médical émanant d'un médecin qui peut exercer dans l'établissement d'accueil. Dans le cadre de cette procédure, l'hospitalisation n'est décidée que sur l'avis d'un seul médecin hospitalier. C'est pourquoi cette modalité d'admission doit rester exceptionnelle [40].

3.3. L'hospitalisation d'office

3.3.1. La procédure normale

Il est dit dans l'article L. 3213-1 du CSP : « À Paris, le préfet de police et, dans les départements, les représentants de l'État prononcent par arrêté, au vu d'un certificat médical circonstancié, l'hospitalisation d'office dans un établissement mentionné à l'article L. 3222-1

des personnes dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public. [...] »

L'hospitalisation d'office est une mesure légitimée par des conditions bien définies :

- Les troubles à l'ordre public, ou ;
- Une menace pesant sur la sécurité des personnes ayant pour origine les troubles mentaux de l'individu.

Même si cette décision émane essentiellement du représentant de l'État, qui garantit l'ordre public et la sûreté des personnes, elle repose également sur un avis médical qui est rendu au travers d'un certificat qui doit préciser les circonstances au cours desquelles le médecin est amené à constater la présence de troubles mentaux chez la personne. Le préfet a pour devoir de motiver et de détailler avec précision les circonstances qui ont rendu l'hospitalisation nécessaire. Cette mesure apporte une garantie supplémentaire à la protection de l'atteinte aux droits de la personne engendrée. C'est dans ce contexte que doit pouvoir ressortir un lien entre les troubles mentaux et les troubles à l'ordre public ou la menace pour la sûreté des personnes. Ce lien peut être contrôlé par un juge administratif pour la régularité formelle, et par le juge judiciaire, pour la réalité du danger pour l'ordre public.

3.3.2. La procédure d'urgence

Dans cette procédure, ce sont des autorités proches de l'administré, le maire et, à Paris les commissaires de police, qui ont en charge, de prendre par arrêté, toutes les mesures provisoires nécessaires envers les individus dont le comportement traduit l'existence de troubles mentaux et qui constituent un danger imminent pour l'ordre public et la sûreté des personnes. Dans ce contexte d'urgence, il n'est pas demandé de certificat médical circonstancié comme dans l'article L. 3213-1 du CSP, mais un avis médical. Cet avis requiert un examen un plus sommaire que le certificat, tout en étant suffisant pour attester de troubles mentaux manifestes. Le rôle du médecin est de déterminer si l'état mental de l'individu représente un danger ou non pour la sûreté des personnes.

Face à un danger imminent, le législateur a allégé la procédure, en proposant une deuxième alternative qui existait déjà dans la loi de 1838. À défaut d'un avis médical, dans le cadre d'un danger imminent, la notoriété publique peut suffire. J-L. Gautier pointe du doigt : « Le recours à la notoriété publique peut susciter de l'inquiétude, mais la disposition est réaliste » [40].

Une garantie est apportée à ce texte par le fait que l'auteur des mesures doit « en référer dans les vingt-quatre heures au représentant de l'État dans le département qui statue sans délai et prononce, s'il y a lieu, un arrêté d'hospitalisation d'office dans les formes prévues à l'article L. 3213-1 ». Durant les vingt-quatre premières heures d'hospitalisation, la mesure reste provisoire, tandis que le préfet doit être averti sans délai. C'est ce dernier qui se prononcera sur le maintien ou non de la mesure.

La loi de 1990 est novatrice par rapport à celle de 1838 en donnant un caractère provisoire à la mesure. La dernière phrase de l'article L. 3213-2 du CSP parle de l'éventualité où le préfet ne serait pas informé dans les vingt-quatre premières heures d'hospitalisation : « Faute de décision préfectorale, ces mesures provisoires sont caduques au terme d'une durée de quarante-huit heures. »

Au total, la loi « Évin » reprend les deux procédures d'hospitalisations sans consentement de la loi de 1838 :

1° La première, établie sur l'état de santé de l'individu incapable de consentir aux soins en raison de troubles mentaux, dans le cas où l'état du patient viendrait à se dégrader : (article L. 3212-1 CSP).

2° La seconde, légitimée par le fait de vouloir « prévenir » les risques de troubles à l'ordre public ou en lien avec la sûreté des personnes en raison de troubles mentaux : (article L. 3213-1CP).

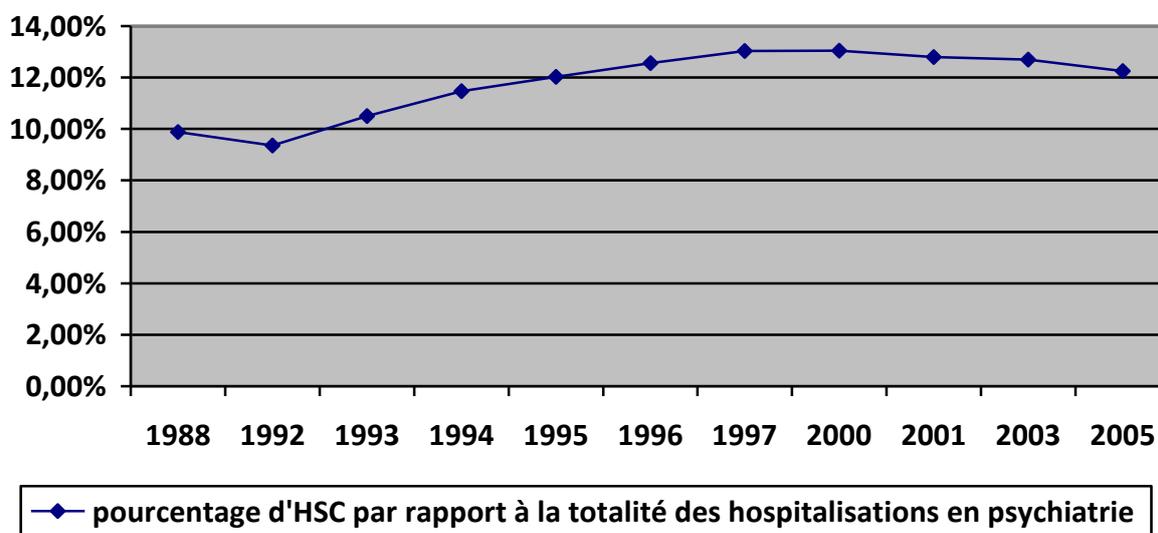
Concernant ces éléments, J-L. Gautier se demande si : « [...] la volonté du législateur de maintenir les deux modes d'hospitalisation sans consentement et l'absence de référence au danger pour la personne même de l'intéressé dans l'article L. 3213-1, procèdent-elles de l'esprit libéral qui anime le droit français et limite le pouvoir de la puissance publique à l'intérêt public ? »

4. Le bilan de la loi

4.1. Le bilan de l'application

4.1.1. Les constats sur l'application de la loi

Suite à la promulgation de la loi de 1990, certains auteurs constatent une évolution du nombre d'HSC [40]. En effet, alors que le pourcentage d'HSC diminue jusqu'en 1993, les chiffres ne cessent d'augmenter à partir de cette date. En 1992, les HSC représentent 9,36 % des hospitalisations en psychiatrie ; en 1996 elles sont mesurées à 12,56% des hospitalisations ; et en 2000, elles atteignent 13,04 % des hospitalisations en psychiatrie. A partir de 2002, le rapport HSC/hospitalisations totales diminue progressivement pour atteindre 12,25% en 2005 [116].



Graphique 3 : Évolution du rapport entre hospitalisations sous contrainte et totalité des hospitalisations

Plusieurs facteurs sont mis en cause pour expliquer ces résultats. Les CDHP avancent que l'augmentation du nombre d'HSC n'implique pas nécessairement d'augmentation du nombre de patient concernés. La Direction Générale de la Santé explique que le recours grandissant aux soins psychiatriques participe à l'augmentation des hospitalisations à temps plein.

Gaultier évoque encore la diminution des moyens de la psychiatrie entraînant une baisse des activités de prévention et une augmentation des situations de crise ; la préoccupation croissante pour les conséquences médico-légales ; ou encore une inquiétude majeure de l'opinion publique concernant la dangerosité, sont des explications également avancées [116].

Par ailleurs, dans l'application de la loi, des disparités départementales ont pu être constatées [42].

4.1.2. Les réflexions sur la loi

Les différentes constatations évoquées ci-dessus ont interpellé certains parlementaires. Plusieurs questions ont été posées au ministre de la Santé sur la loi de 1990. Ceci a abouti à une large consultation des acteurs sociaux et des usagers, mais aussi à certaines réflexions de la part des professionnels.

4.1.2.1. La réflexion sur la pratique de la psychiatrie

- La politique de prévention des maladies psychiatriques

La prévention implique un accès aux soins facilité et amélioré à la fois dans le temps et dans les modalités de prise en charge. Ainsi, le rapport Strohl préconise de « développer une prévention de l'hospitalisation par l'intervention à domicile » [115].

- Les sorties d'essai

Les sorties d'essai sont des modalités de soins permettant au patient d'entretenir une vie sociale et familiale tout en bénéficiant d'une surveillance médicale pour éviter une rechute. Le problème principal soulevé par les sorties d'essai est leur durée. L'article L3211-11 du CSP limite la durée de ces mesures à trois mois maximum. Cependant, aucune limite au renouvellement n'est envisagée [40].

Le seconde remarque en rapport avec les sorties d'essai est l'absence de contrainte de la poursuite des soins. L'absence d'un régime spécifique des sorties d'essai est en cause [115].

4.1.2.2. Les réflexions sur le cadre de la loi

- Le contrôle du bien-fondé des mesures sans consentement

Les rapports remarquent que les visites des établissements par les autorités désignées sont variables en fréquence selon les départements [68]. Les CDHP sont tenues de visiter les établissements psychiatriques deux fois par an pour :

- établir un bilan du recours aux procédures d'urgence ;
- examiner les dossiers des personnes en HDT depuis plus de trois mois ;
- rédiger un rapport annuel d'activité.

L'activité des CDHP a été en deçà de ce qui avait été espéré initialement dans son ensemble [40]. Le rapport Strohl propose que les CDHP envoient des représentants afin de contrôler systématiquement les établissements et la conformité des mesures.

- Les modalités de contrôle du juge

Le juge judiciaire intervient à de nombreuses étapes des procédures d'hospitalisation sans consentement. Il fait partie des CDHP, et reste compétent lors des recours visant à obtenir des sorties immédiates.

Le juge administratif prend en charge les recours visant à contester la régularité formelle des actes de décision d'hospitalisation ou la motivation des arrêtés du préfet. Ensuite, le juge judiciaire reprend le relais car lui seul peut ordonner que la mesure soit levée. Depuis la loi n°2000-516 du 15 juin 2000, c'est au JLD de statuer dans ces situations.

Le tiers ayant demandé l'hospitalisation, mais également le conjoint, le concubin, le tuteur, le curateur, un parent, le procureur de la République ou toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt de la personne hospitalisée, peut saisir le juge judiciaire pour demander une sortie immédiate. Le juge peut également se saisir d'office. Le faible nombre de recours s'explique, selon le Docteur Lopez, par l'information insuffisante donnée aux patients ainsi que par un « cadre procédural flou » [68].

- La confusion entre dangerosité et psychiatrie

Selon le groupe national d'évaluation Strohl, la loi ne prévoit pas les dispositions nécessaires pour distinguer l'admission en HO ou en HDT, bien que les conditions de sorties soient

différentes. Le rapport suggère de les unifier sous un même régime. Il est pointé le fait qu'envisager l'HO dans la perspective de troubles à l'ordre public ne répondrait pas à l'objectif sanitaire de la loi du 27 juin 1990 [115].

Les Docteurs Piel et Roelandt suggèrent de supprimer toute référence à l'ordre public dans les indications à l'HO. Si un danger à l'ordre public est avéré, il doit alors être associé à des mesures de police, et éventuellement à des soins. La seule mesure d'admission en HO n'est alors pas justifiée [81]. Strohl constate que «L'hôpital psychiatrique sert ainsi d'institution de "décharge" pour y interner des personnes qu'on ne supporte plus au dehors. L'ordre public est une manière de gérer l'intolérance sociale grandissante, la perte des solidarités de voisinage, l'incivilité sociale collective » [115].

Elle souligne la nécessité de définir les termes de « péril imminent pour la santé du malade » en cas de HDT et de « danger imminent pour la sûreté des personnes » en cas d'HO. Ces termes font-ils référence à un danger « avéré, potentiel, prévisible ? ».

- La stigmatisation de l'image de la psychiatrie.

Le rapport Strohl souligne le décalage entre l'image que les médias véhiculent sur les « fous-dangereux » et la réalité [115]. Cet aspect est confirmé par le Docteur Roelandt qui précise qu'« en 2005 par exemple, sur 51 411 affaires jugées (crime, délit ou contravention) il y a eu 212 non-lieux pour irresponsabilité pénale, dont 173 suivies d'une HO (soit 0,027 % du total des hospitalisations en psychiatrie la même année) » [92].

5. Les propositions

5.1. L'harmonisation des pratiques

Le rapport Strohl préconise l'«harmonisation des pratiques administratives (notification, transport, fugues, soins somatiques, transfert) et médicales (clarification des indications de l'hospitalisation sans consentement, protocole sur les chambres d'isolement), une meilleure information des acteurs concernés, une amélioration des dispositifs et que soient abordés les problèmes pratiques actuellement non abordées par les textes ». Il est proposé une série de réformes visant à simplifier les modalités d'accès à l'hospitalisation sans consentement. La procédure en urgence étant le plus souvent invoquée, la suppression du second certificat est envisagée. Cela impliquerait que le premier certificat et les suivants soient plus circonstanciés

et plus précis. L'organisation des services, les modalités de sorties d'essai et la sensibilisation des personnes hospitalisées sur leurs droits sont tout autant de domaines que les Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques souhaitent voir réformés [115]

D'autres textes proposent une « période d'observation vis[ant] à rendre plus fiable l'expertise médicale et à mieux garantir l'orientation des patients vers le mode d'hospitalisation dont ils relèvent en droit » [90]. Les docteurs Piel et Roelandt, proposent que la durée soit de 72 heures [81]. Ce délai permettrait à la Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) de rechercher « d'éventuels antécédents médicaux rapprochés mais aussi de chercher à obtenir le consentement du patient à ses soins afin de pouvoir lever la contrainte le plus rapidement possible » [68 ; 90].

5.2 La nécessité de réformes législatives

5.2.1. La redéfinition des droits et le développement des associations

Les rapports réclament une redéfinition des droits fondamentaux des personnes atteintes de troubles mentaux, et l'amélioration de l'accès aux soins. Les docteurs Piel et Roelandt soutiennent l'idée d'une participation des patients aux prises de décision de leur traitement, d'une information systématisée des gestes qu'ils subissent, et d'un accès direct au dossier médical : des réformes qui ont depuis été mises en place [81].

5.2.2. L'instauration du contrôle systématique d'un magistrat

Le rapport d'Hélène Strohl prend pour exemple certains pays comme l'Allemagne et l'Espagne. Elle déclare qu'« [...] un juge du siège, serait mieux désigné pour prendre une décision privative de liberté pour un malade, en toute indépendance, par rapport à l'opinion, aux administrés, à la famille et au système de soins » [115]. Il s'agirait d'un contrôle a posteriori car « un contrôle a priori rallongerait la procédure, nécessiterait des moyens financiers importants et agrandirait le périmètre d'action des juges au détriment de l'indépendance des médecins » [68].

V. Le Juge des Libertés et de la Détention

Le Juge des Libertés et de la Détention est un magistrat, dont la fonction est créée par la loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes ou loi dite « présomption d'innocence ». La fonction du JLD se justifie pour mettre fin aux difficultés rencontrées par le Juge d'Instruction au regard du contentieux de la détention provisoire. Par la suite, les compétences du JLD sont étendues à la protection des droits fondamentaux des individus. C'est dans le cadre de cette dernière compétence que le JLD intervient dans le contrôle systématique des mesures de soins psychiatriques sans consentement. Ce magistrat de la détention provisoire est appelé dans un premier temps « Juge des Libertés », puis dans un second temps « Juge de la Détention ». Enfin il est nommé Juge des Libertés et de la Détention [71].

Le JLD possède une compétence en matière de détention provisoire, qui était précédemment confiée au Juge d'Instruction. Il peut ordonner ou prolonger la détention provisoire par ordonnance motivée, prise après un débat contradictoire tenu en public. Il est également compétent en cas de violation des obligations du contrôle judiciaire, ainsi que pour les demandes de mises en liberté auxquelles le Juge d'Instruction n'a pas fait droit.

Le JLD possède, également, certaines attributions en matière de protection de la liberté individuelle, auparavant confiées au président du TGI. Il est ainsi compétent pour autoriser certaines perquisitions ou certaines prolongations exceptionnelles de garde à vue. Il statue également sur le maintien des étrangers en situation irrégulière en zone d'attente au-delà d'un certain délai.

Enfin, la loi du 5 juillet 2011 lui confie le contrôle de la régularité des hospitalisations sans consentement.

VI. La loi du 4 mars 2002

La loi n°2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé constitue un tournant dans la qualité des relations entre professionnels de santé et patients [50].

1. Le contexte de promulgation

Très attendue par les associations de malades, elle confirme la jurisprudence des années précédentes. Elle témoigne d'une évolution sociologique manifeste des relations médecin-patient et aborde la transition entre une médecine paternaliste vers une pratique médicale plaçant le patient comme acteur de ses soins [110].

Certains droits des patients sont déjà reconnus dans la législation. La loi du 31 juillet 1991 a pour objectif d'unifier les droits des personnes malades. Cette volonté est renforcée par la « charte du patient hospitalisé sous contrainte » qui est publiée en annexe d'une circulaire du 6 mai 1995. Cette charte est rapidement considérée comme insatisfaisante par les associations de patients, concernant la protection des droits fondamentaux des malades. Pour répondre aux attentes de ces associations, le Premier Ministre annonce, en juin 1999, la présentation au Parlement d'un texte relatif aux droits des malades. C'est dans ce contexte qu'est votée la loi du 4 mars 2002, qui ordonne une unification des droits des personnes malades. Ces droits sont reconnus à toute personne suivie par un professionnel de santé, quel que soit son mode d'exercice ou son mode de prise en charge. Le champ d'application de ces droits est ainsi étendu [27]. La loi du 4 mars 2002 permet d'attribuer à des droits préexistants une valeur législative, et permet de reconnaître à toutes les personnes malades, les mêmes droits.

2. Le contenu

Cette loi modifie de manière sensible le CSP en traitant plusieurs aspects de la pratique médicale [110]:

- Le titre I, intitulé « solidarité envers les personnes », concerne l'indemnisation du handicap congénital. Il établit que la naissance ne peut en soi constituer un préjudice.

- Le titre II, « démocratie sanitaire », redéfinit plusieurs concepts et leur modalité d'application. Parmi ces points, on peut citer le secret professionnel, l'information donnée au patient, la règle du consentement, ou encore l'accès direct au dossier médical.
- Le titre III, nommé « qualité du système de santé » traite les dispositions relatives à la formation médicale continue, la réforme des ordres professionnels, la prévention, les réseaux de santé, les coopérations en santé publique, l'évaluation des compétences professionnelles ou encore la possibilité de mesures suspensives d'un praticien déclaré incompetent par le préfet.
- Le titre IV est intitulé « réparation des risques sanitaires ». Il définit notamment les modalités d'indemnisation en cas d'aléa thérapeutique.

2.1. L'information délivrée au patient

La loi du 4 mars 2002 ordonne que « toute personne a le droit d'être informée sur son état de santé. Cette information porte sur les différentes investigations, les traitements ou actions de prévention qui sont proposées, leur utilité, leur urgence éventuelle, leurs conséquences, les risques fréquents ou graves normalement prévisibles qu'ils comportent ainsi que sur les autres solutions possibles et sur les conséquences prévisibles en cas de refus ». La nécessité de délivrance de l'information au patient, est de fournir à ce dernier, tous les éléments nécessaires à une prise de décision adaptée à sa santé. Elle se justifie également pour que le patient puisse s'engager et s'inscrire dans une alliance thérapeutique [49]. L'information délivrée concerne les éléments contenus dans son dossier médical et ceux relatifs au coût des explorations, des traitements, et des conditions de prise en charge des soins proposés par le médecin.

La loi ordonne également qu'il appartient aux professionnels ou aux établissements de santé « d'apporter la preuve que l'information a été délivrée à l'intéressé ». Cette preuve est apportée par tout moyen.

2.2. La nécessité de recueil du consentement

« 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 » (art L 1111-4 CSP). Même dans le cas où le refus de la personne met sa santé en danger, le médecin « doit respecter la volonté » mais il « doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables ». Dans le cas, relativement fréquent en psychiatrie, où la personne n'est pas en 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 ». Le médecin doit systématiquement recueillir un consentement, et en priorité celui de l'intéressé. En cas d'impossibilité de recueil du consentement du patient, il convient de prendre celui d'un proche lui portant intérêt.

2.3. La désignation d'une « personne de confiance »

Nous venons de le voir, lorsque le recueil du consentement du patient n'est pas possible, il convient de recueillir celui d'un proche. C'est dans l'objectif de mieux définir le statut du « proche portant intérêt au malade » qu'a été créée la notion de « personne de confiance ». La « personne de confiance » doit être un parent, un proche ou encore le médecin traitant. Si le patient est en incapacité d'exprimer sa volonté et/ou recevoir l'information, l'avis de la « personne de confiance » est consulté. La « personne de confiance » peut également participer, à la demande du malade, aux entretiens médicaux afin d'aider ce dernier, dans ses décisions et de l'accompagner dans les démarches nécessaires aux soins [49].

2.4. Les précisions concernant le secret médical

L'un des piliers de l'exercice de la médecine est le respect du secret médical. La loi du 4 mars 2002 précise que tout membre du personnel d'un établissement de santé est tenu à ce secret. Tous les agents, qu'ils aient une fonction de soignant ou pas, sont soumis au secret médical. La loi définit également la notion de secret partagé. Cette notion était jugé auparavant comme floue par les professionnels [49]. Sauf opposition de la personne, qui doit être avertie au préalable, deux ou plusieurs professionnels de santé peuvent échanger des informations

relatives à une personne prise en charge afin d'assurer la continuité des soins ou de déterminer la meilleure prise en charge possible.

2.5. L'accès au dossier médical

Les modalités d'accès du patient à son dossier médical sont revues dans la loi du 4 mars 2002. Auparavant, le dossier médical n'était communiqué qu'à la demande du patient hospitalisé ou ayant été hospitalisé, par l'intermédiaire d'un médecin désigné par le patient à cette fonction. Dans la nouvelle loi, le patient bénéficie du choix entre une transmission par l'intermédiaire d'un praticien qu'il choisit, ou l'accès direct aux informations sur sa santé.

3. Les spécificités psychiatriques

Concernant la psychiatrie, ce texte encadre de manière plus stricte les modalités d'hospitalisation sans consentement. Elle apporte un aspect limitatif à l'indication des mesures de HO. Le critère de nécessité de soins devient indispensable et prioritaire. L'argument de sécurité publique, même s'il reste effectif, est restreint aux atteintes à l'ordre public présentant un critère de gravité [119].

Les sorties accompagnées sont désormais accordées par le directeur de l'établissement sur avis du psychiatre concernant les patients en HDT ; et par le préfet après transmission de l'avis du psychiatre et du directeur de l'établissement concernant les patients en HO.

Dans le but de renforcer les droits des patients, la loi prévoit la possibilité, pour chaque patient, d'accéder aux informations médicales détenues dans son dossier médical. Les patients hospitalisés sous contrainte bénéficient également de ce droit, selon des dispositions spécifiques. Il est également instauré la désignation d'une « personne de confiance ».

Enfin, les CDHP se voient attribuer un droit d'accès aux informations d'ordre médical, qui leur était, jusqu'alors, interdit. Ces commissions peuvent examiner les situations personnelles de chaque patient. Cet examen est obligatoire chez les patients dont les mesures d'HDT se prolongent plus de 3 mois.

VII. La loi du 5 juillet 2011

La loi du 27 juin 1990 envisageait une révision des dispositions définies par la loi de 1838, en tentant de mettre en avant le respect des libertés individuelles, le consentement des patients et leur dignité. Initialement prévue pour être révisée tous les 5 ans, cette loi a persisté sans modification jusqu'en 2011. Elle s'est confrontée à divers avertissements et recommandations des hautes instances européennes et nationales, mais également à une évolution des mentalités, qui ont rendu sa mise en pratique de plus en plus discutable. C'est dans ce contexte qu'a été entreprise la réforme de la loi du 27 juin 1990.

1. Le contexte de promulgation

1.1. L'évolution de la pratique psychiatrique

Les années 1990 sont marquées par des modifications importantes dans la manière d'aborder la maladie mentale et dans la manière de prodiguer les soins psychiatriques. On assiste peu à peu au déclin de la psychanalyse et à la naissance d'autres types de psychothérapie telles que les psychothérapies cognitivo-comportementales. Les classifications nosographiques se développent également de manière significative, comme en atteste le manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM). Une pratique basée sur les classifications catégorielles s'impose progressivement.

Concernant l'offre de soins psychiatriques, elle est prépondérante dans le secteur public, mais inégalement répartie selon les départements. La transition d'une offre de soins, où l'hospitalisation complète est le mode de prise en charge principal, vers davantage de soins ambulatoires n'apparaît pas achevée dans tous les départements [81].

Plusieurs faiblesses du cadre d'application des soins psychiatriques sont identifiées. Le Docteur Lopez, dans son rapport de 2005, évoque trois types de faiblesses dans l'application de la loi du 27 juin 1990 [68] :

- La première faiblesse identifiée concerne la réponse sanitaire. Dans une politique de prévention de la maladie mentale, l'accès aux soins est considéré comme limité. Selon

le Docteur Lopez, il n'existe pas assez d'alternatives à l'hôpital. Il est également décrit des difficultés lors des hospitalisations « du fait du mélange fréquent de pathologies et de l'inadaptation des locaux à la coexistence de malades en hospitalisation libre et en hospitalisation sous contrainte ».

- La seconde faiblesse est relative aux garanties reconnues aux personnes ayant des troubles mentaux. Il est observé que ces garanties ont « une efficacité relative » car « les magistrats chargés [paraissent] insuffisamment impliqués ». Les CDPH « paraissent bien trop effacées ». De plus, l'information délivrée aux patients est jugée « souvent insuffisante ».
- La troisième faiblesse constatée par le Docteur Lopez, concerne la sûreté des personnes. Selon lui, une amélioration doit être envisagée, afin de renforcer notamment les autorisations de délivrance d'armes et d'envisager des « suites » lors des fugues de patients hospitalisés sous contrainte.

Dans la société, l'image de la psychiatrie et des patients psychiatriques est à la fois négative et ambivalente. Roelandt écrit que « les " fous " hier, " malades mentaux " aujourd'hui sont perçus comme dangereux, et leurs actes et paroles comme échappant à toute considération rationnelle. De ce fait, toute personne ayant des troubles mentaux aura beaucoup de difficultés à s'identifier à ces images et, par contre coup, à admettre ses troubles » [81]. Certains auteurs constatent que l'équilibre relatif entre besoin sociétal de sécurité et soins psychiatriques est de plus difficile à maintenir [102]. Il est évoqué l'existence d'un cloisonnement entre « justice-psychiatrie et psychiatrie-réadaptation sociale ». D'un côté un courant revendique le droit au respect des libertés individuelles et milite contre une psychiatrie jugée liberticide. D'un autre côté, l'opinion publique considère que la maladie mentale est dans une grande majorité des cas synonyme de dangerosité. D'après le Docteur Roelandt, la corrélation entre actes violents et maladie mentale ne représente qu'un faible pourcentage de la totalité des affaires jugées. Le décalage entre l'opinion publique et la réalité s'explique par plusieurs facteurs [92] :

- Premièrement, il existe une demande de la justice d'expertiser certains individus, pour juger de la responsabilité de leurs actes sur le plan pénal. En conséquence, la confusion existe entre trouble psychique et responsabilité pénale. Ceci est d'autant plus renforcé que l'on trouve dans les hôpitaux psychiatriques des populations extrêmement variées avec des patients en hospitalisation libre, des patients

hospitalisés en HDT ou des patients hospitalisés en HO pour de multiples raisons. Parmi celles-ci, on peut citer les troubles à l'ordre public, les patients jugés irresponsables sur le plan pénal, les détenus nécessitant des soins psychiatriques.

- Deuxièmement, la mise en place des suivis médico-judiciaires des auteurs de violences sexuelles et/ou des personnalités pathologiques a également favorisé l'augmentation du nombre d'expertises, ainsi que le nombre de mesures de soins sous contrainte en ambulatoire (obligation de soins, injonction de soins). Du fait qu'il soit prévu des sanctions judiciaires en cas de non-respect de ces soins, la limite entre la justice et le soin psychiatrique, l'hôpital et la prison est extrêmement difficile à cerner pour les citoyens n'ayant pas de connaissance précise dans ce domaine.
- Troisièmement, l'opinion publique a toujours eu une crainte des malades mentaux. Cette peur est d'autant plus exacerbée par la médiatisation de certains drames. Le Professeur Senon explique que « plus le crime se rapproche de la vie quotidienne, plus il suscite une crainte de contamination et plus grande est l'exigence de punition ». De même, « plus la médiatisation généralise et rend universel, plus s'estompe en nous la capacité à prendre en compte une information objective et pondérée » [100].

1.2. L'évolution législative jusqu'à la loi du 5 juillet 2011

1.2.1. Au plan national

Plusieurs lois concernant la psychiatrie sont votées entre 1990 et 2011. Certaines sont portées par le courant libertaire, tandis que d'autres par le courant sécuritaire [41].

Concernant le courant sécuritaire, le Professeur Senon constate « un empilage de lois répressives » [109]. Nous pouvons citer, parmi elles :

- la loi du 22 juillet 1992

Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes, modifie la définition sur l'irresponsabilité pénale datée du Code Pénal de 1810 [22 ; 61].

Alors que l'article 64 du CP disposait qu' « il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action ou lorsqu'il a été contraint par une force à laquelle il n'a pas pu résister », l'article 122-1 se montre plus précis. L'alinéa 1 spécifie : « n'est pas pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement ou le contrôle de ses actes ». L'alinéa 2 précise que : « la personne qui était atteinte au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant altéré son discernement a entravé le contrôle de ses actes demeure responsable, toutefois, la juridiction tient compte de cette circonstance lorsqu'elle détermine la peine et en fixe le régime ». L'alinéa 2 de l'article 122-1 du CP a eu pour effet de renforcer les mesures sécuritaires envers les malades mentaux. Certains auteurs rapportent une majoration de la responsabilité pénale et une « surpénalisation », en décrivant les constatations d'un rapport de l'IGAS. « Plusieurs procureurs et procureurs généraux ont signalé que paradoxalement, le deuxième alinéa de l'article 122-1 pouvait jouer contre les prévenus, dans la mesure où il ne comporte pas une atténuation systématique de la peine, comme l'excuse de minorité. Au contraire, dès que le prévenu présente les troubles mentaux, des peines plus lourdes sont parfois décidées, et les réquisitions du parquet sont de plus en plus dépassées par les cours d'assise » [102].

- La loi du 17 Juin 1998 [62]

La loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs, crée le soin socio-judiciaire et procède à une redéfinition des mesures de prévention, ainsi qu'à un durcissement des moyens de répression. Le suivi socio-judiciaire comporte l'obligation pour le condamné de se soumettre à des mesures de surveillance, d'assistance, et éventuellement de soin, destinées à prévenir la récidive. L'exécution du suivi socio-judiciaire est placée sous le contrôle du Juge de l'Application des Peines. Sa durée est fixée par la juridiction de condamnation dans la limite de dix ans en cas de condamnation pour délit et de vingt ans en cas de condamnation pour crime. Le suivi socio-judiciaire comporte des mesures de surveillance, des mesures d'assistance et, si la juridiction la prononce, une injonction de soins. Les mesures de surveillance permettent au Juge de

l'Application des Peines d'exercer réellement son contrôle (obligation de se présenter aux convocations, de fournir des justificatifs, d'aviser des changements de résidence ...). L'injonction de soins est l'obligation de se soumettre aux examens, soins et traitements proposés. Elle ne peut être prononcée que s'il est établi après une expertise médicale que la personne condamnée est susceptible de faire l'objet d'un traitement.

Cette loi marque une étape importante dans le travail collaboratif entre justice et médecine.

- La loi du 25 février 2008 [65]

La loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental, est votée dans un contexte de médiatisation de crimes commis par des malades mentaux. Face à un sentiment d'insécurité croissant de la part de l'opinion publique vis-à-vis des malades mentaux, ainsi que dans le cadre d'une action politique sécuritaire, les pouvoirs publics votent cette loi afin d'apaiser ce sentiment, en durcissant les condamnations prévues par loi pour les crimes. Elle reste une des mesures importantes mises en place avant la loi du 5 juillet 2011, puisqu'elle modifie le CP sur le sujet de la responsabilité pénale des malades mentaux [102]. Alors qu'auparavant, lorsque l'auteur d'un crime avait purgé sa peine, il avait « payé sa dette » envers la société, la loi du 25 février 2008 ajoute désormais un souci de prévention du risque de récidive. Si le principe est énoncé lors de la décision de condamnation rendue par le président d'assises, au moins un an avant la date prévue de libération du condamné, une évaluation de sa « dangerosité » est effectuée dans un « service spécialisé chargé de l'observation des personnes détenues » aux fins d'une évaluation pluridisciplinaire de dangerosité assortie d'une expertise médicale réalisée par deux experts ». La rétention de sûreté est prononcée par une juridiction compétente pour une durée d'un an renouvelable, si l'individu est considéré comme dangereux. Durant la période de rétention de sûreté, les personnes concernées doivent bénéficier d'une prise en charge médicale et psychiatrique [103]. Concernant cette disposition, le Professeur Bénézech constate un « empilement progressif de dispositions complémentaires concernant les « personnes dangereuses condamnées » [...] : sursis avec mise à l'épreuve (article 132-40 du CP), libération conditionnelle (article 729 du CPP),

suivi socio-judiciaire (article 131-36-1 du CP) avec possibilité d'une injonction de soins (article 131-36-4 du CP) et d'une surveillance électronique mobile (article 131-36-9 du CP) , surveillance judiciaire (article 723-29 du CPP) » [6].

La loi de 2008 prévoit également une nouvelle procédure concernant l'irresponsabilité pénale pour trouble mental. Lorsqu'une irresponsabilité pénale est reconnue, deux décisions peuvent être prises :

- La première est une HO dans un établissement public. Dans ce cas, la fin de l'hospitalisation n'est possible qu'après l'avis conforme de deux psychiatres établissant que l'intéressé « n'est plus dangereux ni pour lui-même ni pour les autres ».
- La seconde consiste à prendre des mesures de sureté, qui ne sont pas incompatibles avec le soin, que le patient soit hospitalisé d'office ou pas. Elles concernent plusieurs dispositions :
 - Communiquer avec la victime, certaines personnes ou catégories de personnes ;
 - Paraître en certains lieux ;
 - Détenir ou porter une arme ;
 - Exercer certaines activités professionnelles ou bénévoles ;
 - Conduire un véhicule.

Concernant les lois allant dans le sens du courant libertaire, nous pouvons citer :

- La loi du 4 mars 2002

La loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reste un tournant dans la qualité de la relation médecin-malade, en plaçant le malade comme acteur de ses soins.

- La loi du 15 juin 2000

La loi n°2000-516 sur la présomption d'innocence institue le JLD, et retire au Juge d'Instruction, la compétence pour placer en détention provisoire ou pour refuser une demande de mise en liberté dans le cadre des procédures pénales. Le JLD est garant du respect des libertés individuelles.

- La loi du 30 octobre 2007 [64]

La loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté, crée une autorité chargée « de contrôler les conditions de prise en charge des personnes privées de liberté afin de s’assurer du respect de leurs droits fondamentaux ». Le champ d’intervention de ce Contrôleur général des lieux de privation de liberté, couvre les établissements de santé accueillant les personnes hospitalisées sans leur consentement. L’objectif de cette loi est d’améliorer le respect des droits des patients hospitalisés sans consentement et d’en renforcer le contrôle.

1.2.2. Le discours d’Antony

Le 2 décembre 2008, le Président de la République, après une visite dans l’hôpital psychiatrique d’Antony prononce un discours annonçant la réforme de la loi de 1990 [70]. Cette visite fait suite à un fait dramatique hautement médiatisé, et suscitant un émoi tout particulier, ainsi qu’une majoration de sentiment d’insécurité de l’opinion publique envers les malades mentaux. Un schizophrène de 56 ans, ayant déjà été jugé pénalement irresponsable pour des agressions à l’arme blanche, poignarde un étudiant de 26 ans dans les rues de Grenoble, dans un contexte de fugue de l’hôpital.

Lors de son discours, le Président de la République présente une réforme de la loi du 27 juin 1990, sur un versant sécuritaire. Au travers de trois axes, plusieurs mesures visant à réformer l’hospitalisation d’office et à sécuriser les établissements sont évoquées au travers de trois axes :

- La sécurisation des établissements,
- La réforme sanitaire des procédures d’hospitalisation d’office,
- L’instauration d’une obligation de soins « effective ».

1.2.3. Au niveau européen

Parallèlement à ces différentes lois, d’autres facteurs précipitent et justifient la réforme de la loi du 27 juin 1990. Plusieurs condamnations sont prononcées par la Cour Européenne des Droits de l’Homme à l’encontre de la France [114]. Ces condamnations sont secondaires à la constatation de la violation des articles 5 et 6 de la CEDH.

1.2.3.1. La violation de l'article 5 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme

La Cour Européenne des Droits de l'Homme condamne à plusieurs reprises la France, concernant le respect de l'article 5 de la CEDH. Elle constate que les procédures de référés ne permettent pas au juge administratif d'examiner la légalité de la décision d'hospitalisation sous contrainte, et met en avant le fait que les recours ne sont pas en accord avec l'article 5§4 relatif au droit de faire statuer à bref délai sur la légalité de la détention d'une personne privée de liberté.

1.2.3.2. La violation de l'article 6 de la Convention Européenne des Droits de l'Homme

Concernant l'article 6 de la CEDH, la Cour Européenne des Droits de l'Homme sanctionne la France par rapport au délai jugé déraisonnable de la procédure en fonction des critères qu'elle a elle-même fixés. Parmi ces critères, on peut citer la complexité de l'affaire, le comportement des requérants et celui des autorités compétentes. Ainsi, lorsque l'affaire n'est pas complexe et que le requérant n'a pas contribué à ralentir la procédure au niveau national, elle accorde une indemnité en réparation du préjudice subi.

1.2.4. L'anti-constitutionnalité relative de la loi du 27 juin 1990

C'est à la suite de la décision n°2010-71 QPC du 26 novembre 2010 que le Conseil Constitutionnel statue à propos du respect de la constitution par la loi du 27 Juin 1990. Il déclare inconstitutionnel l'article L3212-7 du CSP qui prévoit qu'une HO peut être maintenue au-delà de 15 jours sans intervention d'une juridiction [25].

Le Conseil Constitutionnel rend par la suite, sa décision n°2011-135/140 QPC du 09 juin 2011, en réponse à deux nouvelles QPC. Les articles L3213-1 et L3213-4 du CSP ne sont pas constitutionnels en ce sens qu'il n'existe pas de contrôle judiciaire suffisant concernant les HO. Cette décision fait suite à l'avis du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, du 15 février 2011, qui affirme que « dans ces conflits entre praticiens, malades, autorités et protection des tiers, l'autorité judiciaire doit jouer davantage son rôle. À minima, il est par conséquent, souhaitable qu'en cas de désaccord entre le corps médical et l'autorité administrative, en matière administrative, le juge compétent soit amené à trancher, le directeur de l'établissement étant alors tenu de lui en référer sans formalité » [3].

2. Le contenu et l'application de la loi [66]

La loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, a été votée pour renforcer la protection des patients par une meilleure garantie de leurs droits et libertés, et s'adapter aux évolutions de la pratique psychiatrique [104].

2.1. Les modalités de soins

À la notion d'hospitalisations sans consentement se substitue la notion de soins sans consentement. Ces soins se présentent selon plusieurs modalités:

- Les Soins à la Demande du Directeur de l'Établissement (SDDE) selon trois modalités possibles :
 - Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) ;
 - Soins Psychiatriques à la demande d'un tiers, en cas de Péril Imminent (SPPI) ;
 - Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SDTU).
- Les Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (SPDRE) qui remplacent les HO,
- Les soins ambulatoires sous contrainte (SASC) qui constituent une nouveauté par rapport aux précédents cadres législatifs.

2.1.1. Les Soins Psychiatriques à la Demande du Directeur de l'Établissement

2.1.1.1. Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers [Annexe 4]

Cette mesure de soins se justifie lorsque deux conditions sont réunies :

- Les troubles mentaux du patient rendent impossible son consentement ;
- L'état mental du patient impose des soins immédiats assortis soit d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète, soit d'une surveillance

médicale régulière justifiant une prise en charge sous une autre forme que l'hospitalisation complète (article L3212-1 du CSP) .

Une demande d'admission d'un tiers doit être jointe dans le dossier pour que la procédure soit valable. Cette demande du tiers doit comporter les mentions manuscrites suivantes :

- La formulation de demande d'admission en soins psychiatriques ;
- Les renseignements nécessaires en rapport avec le tiers et le patient (identité, nature des relations) ;
- La date et la signature.

Deux certificats médicaux doivent être établis par deux médecins différents. Le premier certificat est fait par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil et le deuxième certificat, par un médecin pouvant exercer dans l'établissement d'accueil.

La décision d'admission est ensuite prononcée par le directeur de l'établissement d'accueil.

Par la suite, d'autres certificats médicaux doivent être rédigés durant les premiers jours d'hospitalisation. L'intérêt de la rédaction de ces certificats est de démontrer, à plusieurs reprises, l'existence de troubles mentaux nécessitant des soins et l'impossibilité du patient à consentir, afin d'assurer au mieux le respect du droit des patients. Dans la pratique, un certificat rédigé par un psychiatre différent de celui ayant rédigé l'un des certificats initiaux doit être fait dans les 24 premières heures après l'admission. À ce délai de 24 heures, doit également être réalisé un examen complet du patient par un médecin. À la 72^{ème} heure, un nouveau certificat doit être rédigé éventuellement par le psychiatre ayant signé le certificat « des 24 heures ». Après le 5^{ème} jour et avant le 8^{ème} jour d'hospitalisation, un autre certificat doit être établi par le psychiatre référant avec un avis conjoint de deux autres psychiatres. Cette échéance établit le maintien ou non de la mesure de placement. En cas de maintien de la mesure de placement, l'avis doit être transmis au plus tard au douzième jour au JLD par le directeur de l'établissement pour prévoir l'audience au quinzième jour d'hospitalisation complète continue. Au terme de cette audience, le JLD statue sur la mesure en cours via une ordonnance. Enfin, en cas de poursuite de l'hospitalisation, un nouveau certificat doit être réalisé chaque mois ; c'est le certificat mensuel. Par la suite, un autre certificat doit être rédigé huit jours avant le 6^{ème} mois d'hospitalisation complète continue, pour être fourni au JLD, qui doit revoir les patients après six mois d'hospitalisation.

2.1.1.2. Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence [Annexe 4]

En cas d'urgence, c'est-à-dire lorsqu'il existe un risque grave à l'intégrité du malade, le directeur de l'établissement d'accueil, peut à titre exceptionnel, prononcer une procédure de SPDTU. Dans cette situation, un seul certificat pouvant émaner d'un médecin de l'établissement d'accueil est exigé. Par la suite, le certificat des 24 heures est rédigé par un psychiatre différent du médecin ayant rédigé le certificat initial. Le certificat des 72 heures est également rédigé par un psychiatre distinct des deux médecins précédemment cités. Le directeur de l'établissement doit, avant de prononcer ce type d'admission, s'assurer que la demande de soins a été établie de manière conforme aux règles définies, et s'assurer de l'identité de la personne malade et de celle demandant les soins.

2.1.1.3. Les soins psychiatriques sans tiers, en cas de péril imminent [Annexe 4]

Il s'agit d'une nouvelle modalité d'admission sans consentement introduite par la loi. Les critères nécessaires sont cumulatifs, et regroupent l'existence de troubles mentaux de la personne rendant impossible son consentement et l'absence d'un état mental de la personne imposant des soins immédiats. Ces soins doivent être 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. Il doit également exister un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade. Cette procédure est réservée aux situations où aucun tiers ne peut être sollicité.

Un seul certificat d'admission, ne pouvant être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil, est nécessaire. Les certificats « des 24 heures » et « des 72 heures » doivent par contre être rédigés par deux psychiatres distincts. Une autre condition particulière de validité concerne l'obligation pour le directeur de l'établissement d'informer dans les 24 heures suivant l'admission, la famille de la personne malade et le cas échéant son tuteur ou son curateur. À défaut, il existe une obligation pour le directeur de l'établissement d'informer dans les 24 heures toute 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.

2.1.1.4. La levée de la mesure de Soins Psychiatriques à la Demande du Directeur de l'Établissement

Plusieurs situations peuvent justifier une levée des mesures de placement sous contrainte à la demande d'un tiers. Parmi elles, on trouve :

- La levée de mesures de soins sur avis médical ;
- La levée sur décision du JLD ;
- La levée pour défaut de décision du JLD ;
- La levée par suite d'un constat judiciaire de mainlevée, en cas de saisine tardive, rendant impossible la tenue d'un débat contradictoire ;
- La levée sur demande de la CDSF ;
- La levée sur la demande d'un membre de la famille ou d'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.

2.1.2. Les Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État ou de l'autorité judiciaire [Annexe 4]

Les critères justifiant la mise en place de cette procédure sont cumulatifs et associent :

- L'existence de troubles mentaux nécessitant des soins ;
- Le fait que ces troubles compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte de façon grave à l'ordre public.

Un certificat médical circonstancié, ne pouvant émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil, doit être établi. Par la suite, le préfet prononce un arrêt d'admission en soins psychiatriques. Lorsque cette demande d'admission est faite par l'autorité judiciaire, la procédure est assez similaire : l'autorité judiciaire motive un arrêt ou un jugement prononçant l'admission en soins psychiatriques et ordonnant le placement provisoire. Le préfet doit alors immédiatement être avisé de cette décision et la met alors en œuvre. Il n'a pas à reprendre un arrêté d'admission en soins psychiatriques. Par la suite, les certificats des 24^{ème} et 72^{ème} heures sont rédigés par le psychiatre assurant la prise en charge du patient. Puis, comme dans la procédure de SPDT, un nouveau certificat doit être établi après le 5^{ème} et avant le 8^{ème} jour d'hospitalisation complète continue. L'intérêt de ces certificats est de confirmer la nécessité de la mesure de placement, qui sera contrôlée systématiquement par le

JLD. Ensuite, d'autres certificats sont rédigés au cours de l'hospitalisation de manière mensuelle.

2.1.3. Les soins ambulatoires sous contrainte

C'est l'une des nouvelles mesures de soins introduite par la loi n°2011-803. Désormais, après proposition par le psychiatre référant, d'un programme de soins, le patient peut bénéficier de soins sous contrainte en ambulatoire. La prise en charge des patients sous contrainte peut ainsi s'effectuer par exemple en hôpital de jour, en consultation dans un CMP ou encore en CATTP. L'objectif de cette mesure est de favoriser le suivi des patients, mais également leur réinsertion sociale.

2.2. L'intervention du Juge des Libertés et de la Détention

[34]

2.2.1. La procédure de contrôle de plein droit des mesures de soins psychiatriques

2.2.1.1. La saisine du Juge des Libertés et de la Détention

Lors des hospitalisations complètes continues, le JLD est saisi soit par le directeur de l'établissement d'accueil des patients, soit par le préfet. Cette saisine doit être faite au minimum 3 jours avant l'expiration du délai de 15 jours à compter de l'admission, c'est-à-dire avant le 12^{ème} jour d'hospitalisation complète continue. Lorsque l'hospitalisation se prolonge, le JLD doit être saisi au minimum 8 jours avant la date d'anniversaire des 6 mois d'hospitalisation. Cette saisine du JLD doit être accompagnée d'un avis conjoint de deux psychiatres de l'établissement, dont un seul participe à la prise en charge du patient. Ainsi le JLD doit contrôler de manière systématique le bien-fondé de la mesure de maintien en hospitalisation sans consentement.

Le greffe enregistre alors la demande de saisine et communique ensuite cette information à plusieurs personnes :

- Au tiers ayant demandé les soins psychiatriques sous contrainte ;
- À la personne hospitalisée ;
- Au tuteur ou au curateur, le cas échéant ;

- Au ministère public.

Le juge fixe secondairement les modalités relatives à la tenue de l'audience (lieu, date et heure). Ces informations sont ensuite communiquées aux personnes citées ci-dessus via le greffe par un avis d'audience.

Les patients hospitalisés sous contrainte doivent être informés de la possibilité d'être assistés d'un avocat de leur choix ou bien commis d'office. Lors de l'instruction et avant l'audience, le JLD peut ordonner sans débat une ou deux expertises dans certaines conditions.

Ces conditions particulières concernent :

- Les personnes hospitalisées sous contrainte à la demande de l'autorité judiciaire ou par une juridiction pénale ;
- Les patients faisant l'objet d'une hospitalisation à la demande d'un représentant de l'État décidée par le préfet et ayant, dans les 10 ans précédents, fait l'objet d'une mesure de soins décidée par le préfet à la demande de l'autorité judiciaire ou ordonnée par une juridiction pénale.

Dans ce cas, les experts ne peuvent exercer dans l'établissement d'accueil et doivent s'entretenir avec le patient de manière séparée. Leur rapport doit être remis selon les exigences du juge et au plus tard dans les 10 jours suivant leur désignation.

2.2.1.2. La tenue de l'audience

Le principe de tenue des audiences est que ces dernières se déroulent au siège du TGI. Cependant, sur décision du juge et en fonction des possibilités matérielles, l'audience peut se dérouler dans une salle d'audience spécialement aménagée à cet effet, au sein de l'établissement d'accueil. Ce dernier type d'audience est appelé « audience foraine ». L'audience peut encore se dérouler, toujours à la demande du JLD, dans la salle d'audience spécialement aménagée par visioconférence. Il est à noter que dans ce dernier cas, un avis médical doit attester que l'état de santé de la personne est compatible avec ce procédé. De plus, le directeur de l'établissement doit s'assurer du consentement du patient à cette forme d'audience. Si le patient désire être assisté d'un avocat, celui-ci peut se trouver, soit dans la salle d'audience en présence du JLD, soit dans la salle d'audience en présence du patient. Dans tous les cas, l'avocat doit avoir la possibilité de s'entretenir de manière confidentielle avec son client, et avoir à disposition l'intégralité de son dossier.

La plupart du temps, magistrats et greffe effectuent l'audience en robe, afin de garantir une solennité essentielle à ce type de procédure.

Le JLD statue publiquement lors de cette audience, mais à son initiative et conformément à l'article 435 du CPC, l'audience peut se dérouler en Chambre du Conseil : c'est-à-dire à huis clos. Le huis clos peut se justifier s'il doit résulter de la publicité une atteinte à la vie privée ; si les parties le demandent ; ou s'il survient des désordres de nature à troubler la sérénité de la justice. En effet, il apparaît parfois nécessaire de respecter et de préserver la vie privée des patients, dont certains éléments peuvent être évoqués lors de l'audience. Ceci permet également, le cas échéant, de mieux respecter le secret médical.

Comme nous l'avons vu, la saisine du JLD doit se faire dans des délais qu'il est impératif de respecter :

- 3 jours maximum avant les 15 jours à compter de l'admission ;
- 8 jours avant la date d'anniversaire des 6 mois d'hospitalisation.

Ces délais peuvent être prolongés si le JLD ordonne, avant leur expiration, une ou deux expertises psychiatriques. La prolongation ne peut excéder 14 jours à compter du moment où le JLD a statué via une ordonnance. L'hospitalisation complète est alors maintenue jusqu'à la décision du JLD.

Il existe une mainlevée systématique si le JLD n'est pas saisi dans les délais légaux et sans débat. Ce dernier doit donc veiller à la régularité de la procédure.

2.2.1.3. Le déroulement de l'audience

L'audience du patient devant le JLD commence tout d'abord par un rappel du cadre dans lequel se déroule cette audience. Ainsi, il est rappelé au patient que le JLD a pour objectif de vérifier si l'hospitalisation est justifiée.

Puis, le JLD entend à la suite :

- Les personnes présentes ou leurs représentants ;
- Le tiers ayant demandé l'admission, s'il désire s'exprimer ;
- Le patient assisté éventuellement par son avocat, ou si pour motif médical, le patient ne peut assister à l'audience, l'avocat commis d'office par le juge.

S'il n'est pas partie principale, le ministère public n'a pas obligation d'assister à l'audience et fait alors connaître son avis au JLD par écrit.

Le JLD statue ensuite publiquement et rend immédiatement sa décision. La mesure d'hospitalisation peut donc être validée, ou bien faire l'objet d'une mainlevée. Dans ce dernier cas, le juge peut, par décision motivée et au vu des éléments du dossier, décider la mise en application de cette mainlevée dans les 24 heures. Ainsi, la mesure d'hospitalisation prend fin soit à l'expiration du délai de 24 heures, soit à l'établissement d'un programme de soins. L'ordonnance de la décision du JLD doit être rendue dans les 12 jours à partir de l'enregistrement de la requête au greffe ou dans les 25 jours en cas d'expertise. Elle doit être mise à la connaissance des parties présentes lors de l'audience. Le JLD doit également s'assurer de l'information reçue par les différentes parties, concernant les possibilités et voies de recours.

La décision du JLD peut faire l'objet d'un appel devant le président ou son délégué, dans un délai de 10 jours à compter de sa notification.

En cas de mainlevée, le ministère public doit se positionner :

- Soit le procureur de la République ne s'oppose pas à la décision. Il retourne alors l'ordonnance au JLD en notifiant qu'il ne s'y oppose pas. La mesure de placement est donc immédiatement levée, sauf si le JLD demande de différer cette levée de 24 heures comme expliqué ci-dessus.
- Soit le procureur de la République estime qu'il existe un risque grave à l'intégrité du malade ou d'autrui. Il peut alors demander un recours suspensif au premier président de la cour d'appel.

2.2.1.4. La procédure d'appel

En cas de désaccord avec la décision du JLD, les juridictions d'appel peuvent être sollicitées par le patient. La juridiction d'appel du premier degré est représentée par la cour d'appel, qui juge en fait et en droit. La juridiction d'appel du second degré est représentée par la Cour de cassation qui juge en droit.

Le premier président ou son délégué est saisi via une déclaration d'appel motivée. Cette déclaration est transmise au greffe de la cour d'appel. Le greffe de la cour d'appel en informe alors immédiatement le greffe du TGI, qui doit lui transmettre le dossier relatif. Par la suite, le

greffier de la cour d'appel informe tous les intervenants (les différentes parties, les avocats, les éventuels tiers, le ministère public) des modalités de l'audience (date, heure et lieu). Pour cette audience, le patient faisant l'objet de soins peut se faire assister d'un avocat de son choix ou, à sa demande, désigné d'office.

Le président de la cour d'appel peut également être saisi par le ministère public. En effet, le procureur de la République, peut demander la déclaration du recours suspensif s'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Cet appel, accompagné de la demande faisant l'état du risque encouru, doit être formulé dans les 6 heures à partir du moment où le procureur de la République a été informé de l'ordonnance du JLD. Cet appel doit être transmis au président de la cour d'appel ou son délégué. La notification d'appel ainsi que sa motivation doivent également être fournies sans délai au préfet ou au directeur de l'établissement ayant prononcé l'admission, au requérant initial, à la personne placée en soins sous contrainte et à leurs éventuels avocats. Les observations, en réponse à la demande de déclaration d'appel suspensif, peuvent être transmises par tous les moyens au secrétariat du premier président de la cour d'appel ou son délégué, dans un délai de 2 heures. Par la suite, l'un d'eux statue sans débat sur la déclaration d'appel suspensif par une ordonnance motivée dont le recours est impossible. Le greffe de la cour d'appel informe alors le patient, ainsi que le procureur de la République de cette décision. Le procureur doit veiller à la mise en application de la décision.

Durant toute cette procédure initiée par le procureur de la République, le patient est maintenu en hospitalisation sous contrainte. En cas de validation de l'appel suspensif, le patient reste hospitalisé sous contrainte, jusqu'à ce qu'il y ait un jugement du fond. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué dispose alors d'un délai de 3 jours à compter de la déclaration d'appel pour statuer sur la demande en appel. Ce délai peut être augmenté si, sans nécessité d'audience préalable, il décide avant la fin de ce délai de 3 jours, d'ordonner une expertise. Dans ce cas, il dispose de 14 jours à compter de la date de l'ordonnance d'expertise pour statuer.

Il est à noter que si le président de la cour d'appel ou son délégué ne se prononcent pas ou qu'ils se prononcent en dehors de ces échéances, il y a mainlevée de la procédure et donc de la mesure de soins sous contrainte.

L'audience en appel se déroule au siège de la cour d'appel ou sur décision du premier président de la cour d'appel ou son délégué, dans une salle spécialement aménagée de

l'établissement d'accueil ou encore dans cette même salle avec visioconférence. C'est donc le premier président de la cour d'appel ou son délégué qui préside l'audience, selon un débat contradictoire. Le patient, éventuellement assisté de son avocat, est entendu. Puis, comme lors de l'audience du JLD, le tiers ayant demandé l'admission peut être entendu à sa demande, ou faire parvenir ses observations par écrit.

Le président de la cour d'appel dispose de 12 jours après la saisine pour statuer. Ce délai est porté à 25 jours si une expertise est ordonnée. Il n'existe cependant aucune mesure prévue si le délai n'est pas respecté. L'ordonnance est notifiée ensuite aux différentes parties présentes à l'audience

.Au terme de cette procédure d'appel, le patient peut en cas de désaccord faire un pourvoi en cassation qui jugera la mesure de maintien en droit et non en fait. Le pourvoi en cassation est donc fourni au greffier de la cour d'appel ayant rendu la décision attaquée, qui en informe le greffier de la Cour de cassation.

La procédure en cassation reprend le même schéma que celui détaillé ci-dessus.

En cas d'annulation de la décision de la cour d'appel, l'affaire est renvoyée devant une autre cour d'appel que celle qui a déjà rendu sa décision.

2.2.2. La procédure de mainlevée des mesures de soins psychiatriques

Pour ce type de procédure, la saisine du JLD peut être réalisée à tout moment, afin de contrôler et d'ordonner, le cas échéant et dans de courts délais, la mainlevée immédiate des soins psychiatriques qu'elle qu'en soit leur forme. Les personnes ayant possibilité de former la saisine sont :

- Le patient faisant l'objet de soins ;
- Le tuteur ou le parent du patient, s'il est mineur ;
- Le tuteur ou le curateur s'il existe une mesure de protection ;
- Le conjoint du patient quel que soit le régime de leur union ;
- Le tiers ayant demandé les 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 directeur de l'établissement d'accueil dans le cas où le préfet a ordonné l'admission du patient, peut envisager, si cela est nécessaire, le maintien en hospitalisation complète, même si cette décision est en désaccord avec l'avis psychiatre référant du patient, qui atteste que l'hospitalisation complète n'est plus justifiée.

Il existe deux modalités de saisine. D'un côté il existe la saisine formulée par requête d'un tiers, et de l'autre, la saisine d'office.

2.2.2.1. La saisine formulée par un tiers

Le JLD peut être saisi par un tiers qui formule sa requête au greffe du TGI. Dans ce document doivent figurer l'identité du demandeur, l'identité du patient, ainsi que l'exposé des faits.

Lorsque c'est le patient qui fait la requête, la demande en justice peut être faite par une simple déclaration orale recueillie par le directeur de l'établissement d'accueil qui établit un procès-verbal.

Dans les deux cas, c'est le directeur de l'établissement d'accueil qui transmet le procès-verbal ou la requête ainsi que les pièces justificatives, au greffe dans un délai de 5 jours suivant l'enregistrement de la requête.

2.2.2.2. La saisine d'office

Le JLD peut se saisir d'office, au vu des informations qui sont portées à sa connaissance par toute personne intéressée. Il met alors le patient, et éventuellement son tuteur, son curateur, son représentant légal, le tiers ayant demandé l'admission, le préfet, le directeur de l'établissement et le ministère public en mesure de produire des observations relatives aux faits. Toutes les pièces doivent être transmises par le directeur de l'établissement dans un délai de 5 jours suivant l'avis de saisine.

Dans les deux types de saisine possibles, le greffe enregistre la requête puis transmet cette information au patient, au tiers, au ministère public, et au directeur de l'établissement. Une fois que les modalités de tenue de l'audience sont fixées (date, heure, endroit) toutes les parties participant à la procédure sont avisées. Parfois, le JLD peut ordonner sans débat, des mesures d'instruction. Le JLD ne peut alors décider de la mainlevée qu'après deux expertises menées individuellement par deux psychiatres experts différents. Il s'agit des situations suivantes :

- Lorsque le patient fait l'objet de soins ordonnés par le préfet à la demande de l'autorité judiciaire ou par une juridiction pénale ;
- Lorsque le patient fait l'objet de soins ordonnés par le préfet et qu'il a déjà fait l'objet depuis moins de dix ans d'une mesure de soins décidée par le préfet à la demande de l'autorité judiciaire ou ordonnée par une juridiction pénale ;
- Lorsque la personne fait l'objet d'une mesure de soins décidée par le préfet et qu'elle a déjà fait l'objet pendant une durée minimum d'un an d'une hospitalisation dans une UMD depuis moins de dix ans.

L'audience se déroule comme dans le cadre de la procédure de contrôle systématique, soit au TGI, soit au sein de l'établissement d'accueil dans une salle d'audience spécialement dédiée, ou sur décision du JLD, dans cette même salle avec utilisation de la visioconférence. Le JLD dispose d'un délai de 12 jours pour rendre son ordonnance à compter de l'enregistrement de la requête au greffe. Ce délai est de 25 jours lorsqu'une expertise est ordonnée.

Aucune sanction n'est prévue si ce délai n'est pas respecté.

Dans tous les cas, le JLD doit faire connaître oralement le délai d'appel et les modalités suivant lesquelles ce recours peut être effectué. De même, une information doit être rendue, sur le fait que seul un appel formulé par le ministère public peut être déclaré suspensif par le premier président de la cour d'appel.

Si le JLD décide la mainlevée et qu'il n'existe pas d'opposition de la part du procureur de la République, ce dernier doit retourner l'ordonnance au JLD en mentionnant qu'il ne s'oppose pas à la mise en exécution de la décision. Il est alors immédiatement mis fin à la mesure de maintien, sauf si le JLD a estimé qu'il était nécessaire de différer de 24 heures la mise en exécution de la décision afin de permettre la mise en place d'un programme de soin.

Il est à noter que la décision du JLD peut faire l'objet d'un appel devant le premier président de la cour d'appel dans un délai de 10 jours, à compter de sa notification. Le premier président ou son délégué est alors saisi via une déclaration d'appel motivée, et transmise au greffe de la cour d'appel. Le greffe de la cour d'appel en informe alors immédiatement le greffe du TGI, qui doit lui transmettre le dossier relatif. Par la suite, le greffier de la cour d'appel informe tous les intervenants (les parties, les avocats, les éventuels tiers, le ministère public), des modalités de l'audience (date, heure et lieu). Pour cette audience, le patient faisant l'objet de soins peut se faire assister d'un avocat de son choix.

Le président de la cour d'appel peut également être saisi par le ministère public. En effet, le procureur de la République, peut demander la déclaration du recours suspensif s'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade ou d'autrui. Cet appel, accompagné de la demande faisant l'état du risque encouru, doit être formulé dans les 6 heures à partir du moment où le procureur de la République a été informé de l'ordonnance du JLD. Cet appel doit être transmis au président de la cour d'appel ou son délégué. La notification d'appel ainsi que sa motivation doivent également être fournies sans délai au préfet ou au directeur de l'établissement ayant prononcé l'admission, au requérant initial, à la personne placée en soins sous contrainte et à son éventuel avocat. Les observations en réponse à la demande de déclaration d'appel suspensif peuvent être transmises par tous les moyens au secrétariat du premier président de la cour d'appel ou son délégué, dans un délai de 2 heures. Par la suite, l'un d'entre eux statue sans débat sur la déclaration d'appel suspensif par une ordonnance motivée pour laquelle le recours est impossible. Le greffe de la cour d'appel informe alors le patient ainsi que le procureur de la République de cette décision. Le procureur doit alors veiller à la mise en application de la décision.

Durant toute cette procédure initiée par le procureur de la République, le patient est maintenu en hospitalisation sous contrainte. En cas de validation de l'appel suspensif, le patient reste hospitalisé jusqu'à ce qu'il y ait un jugement du fond. Le premier président de la cour d'appel ou son délégué dispose alors d'un délai de 3 jours à compter de la déclaration d'appel pour statuer sur la demande en appel. Ce délai peut être augmenté si, sans nécessité d'audience préalable, il décide avant la fin de ce délai de 3 jours, d'ordonner une expertise. Dans ce cas, il dispose de 14 jours à compter de la date de l'ordonnance d'expertise pour statuer.

Il est à noter que si le président de la cour d'appel ou son délégué ne se prononcent pas ou qu'ils se prononcent en dehors de ces délais, il y a une mainlevée de la procédure et donc placement.

L'audience en appel se déroule au siège de la cour d'appel ou sur décision du premier président de la cour d'appel ou son délégué, dans une salle spécialement aménagée de l'établissement d'accueil ou encore dans cette même salle avec visioconférence. C'est donc le premier président de la cour d'appel ou son délégué qui président l'audience, selon un débat contradictoire. Le patient, éventuellement assisté de son avocat, est entendu. Puis, comme lors de l'audience du JLD, le tiers ayant demandé l'admission peut être entendu à sa demande, ou faire parvenir ses observations par écrit.

Le président de la cour d'appel dispose de 12 jours après la saisine pour statuer. Ce délai est porté à 25 jours si une expertise est ordonnée. Il n'existe cependant aucune mesure prévue si le délai n'est pas respecté. L'ordonnance est notifiée ensuite aux différentes parties présentes à l'audience contre récépissé ou émargement. L'ordonnance n'est pas susceptible d'opposition.

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

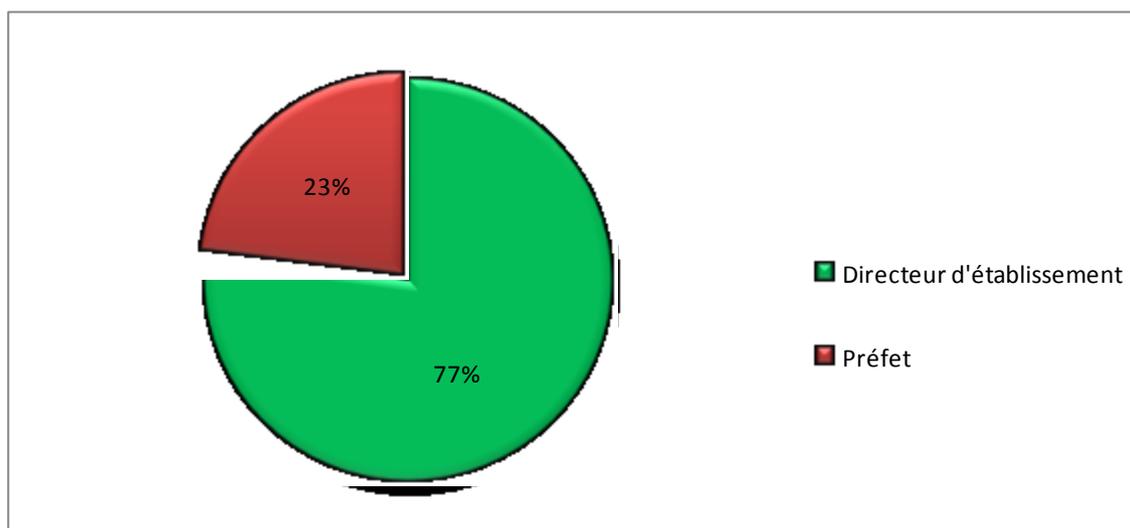
2.3. Le bilan de l'application de la loi [72]

Le Ministère de la Justice a publié les chiffres officiels de la mise en place de la réforme des soins psychiatriques en octobre 2012, en se basant sur une étude menée dans les 152 juridictions concernées par la réforme.

2.3.1. Les saisines

Sur les 12 premiers mois d'application de la loi, 62 823 saisines ont été faites.

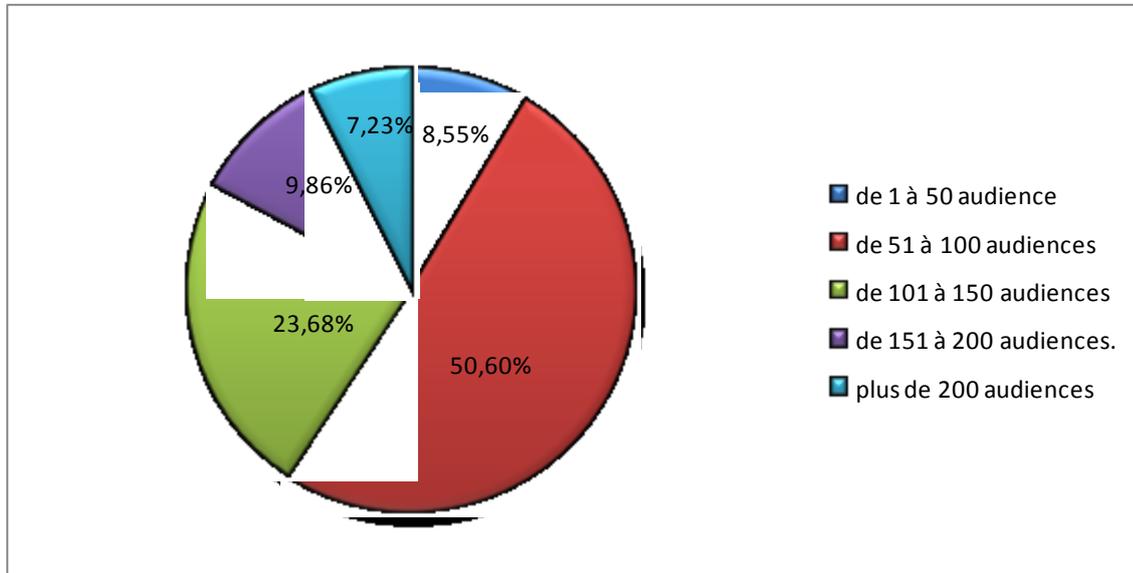
Chaque juridiction a reçu en moyenne 413 saisines en 1 an, soit 34 par mois. 95,7% des saisines ont été formulées dans le cadre d'un contrôle de plein droit du JLD, pour lesquelles 77% ont été demandées par le directeur de l'établissement et 23% par le préfet.



Graphique 4 : Répartition de l'origine des saisines du JLD dans le cadre du contrôle de plein droit sur la 1^{ère} année d'application de la loi

2.3.2. Les audiences

15 739 audiences se sont tenues en France sur la 1^{ère} année d'application de la loi, soit une moyenne de 104 audiences par juridiction. Cependant, la répartition n'est pas homogène selon les juridictions.



Graphique 5 : Répartition du nombre d'audiences entre les différentes juridictions entre août 2011 et juillet 2012

74% des juridictions ont organisé plusieurs audiences par semaine. Lors de chaque intervention du JLD, 3,9 dossiers étaient audiencés.

Concernant le lieu des audiences, 70% ont lieu au TGI contre 30% dans une salle de l'établissement spécialement aménagée.

2.3.3. Les décisions

Dans 81,6% des audiences relatives au contrôle de plein droit, l'ordonnance rendue validait le maintien de la mesure. Il y a eu par ailleurs 5% de mainlevée et 2,1% de demande d'expertise.

2.3.4. Les difficultés rencontrées

Sur les 152 juridictions, 125 (82%) indiquaient avoir rencontré des difficultés réparties comme suit :

- 64% des juridictions (n= 98) rencontraient des difficultés liées à l'organisation des audiences ;
- 71% (n= 108) signifieraient des difficultés relatives à la charge et au rythme de travail ;
- 30% (n= 45) eurent des difficultés liées au dépôt de requêtes ou à des dossiers incomplets ;
- 16% (n= 25) déclaraient avoir eu d'autres types de difficultés.

VIII. Le Centre Hospitalier Henri Laborit

1. Historique [111 ; 112]

À Poitiers, l'histoire de la prise en charge des malades sur le plan somatique et sur le plan mental commence, avant 1200 avant JC, dans l'aumônerie Notre-Dame-la-Grande, qui se situe en face de l'église du même nom. Au XVI^{ème} siècle, la municipalité transforme cette aumônerie en Hôtel-Dieu de la ville de Poitiers.

En 1657, l'Hôpital Général est ouvert dans l'actuelle rue Jean Masset. Cette structure effectue une mission sociale et une mission sanitaire. Elle accueille les enfants abandonnés, les « vieillards invalides », mais également les malades mentaux. Progressivement, s'installe une prise en charge spécifique pour les malades mentaux. La naissance de l'asile d'aliénés date de l'année 1818.

C'est entre 1922 et 1927 que les aliénés sont transférés à l'hôpital Louis Pasteur. Cette structure est également nommée « hôpital des Incurables de la Province du Poitou ». Son rôle est d'accueillir les malades incurables qui ne sont pas acceptés dans les autres hôpitaux.

C'est en 1938 que le Conseil Général crée son propre hôpital psychiatrique afin de se mettre en conformité avec les modalités définies par la loi du 30 juin 1838. Le 7 février 1941, la ferme de la Milétrie est rachetée afin de concrétiser ce projet. En 1949, une nouvelle évolution

est apportée au projet initial. Le terrain acheté par le Conseil Général de Poitou-Charentes doit accueillir l'hôpital psychiatrique de la Vienne, mais également le Centre Hospitalier Régional. 1 180 lits sont prévus, dont 550 pour la psychiatrie.

Les deux premiers pavillons du Centre Psychiatrique de la Milétrie ouvrent en 1956: le pavillon Pinel prend en charge les patients en « service fermé », et le pavillon Minkowski accueille les patients en hospitalisation libre. Les malades mentaux, jusque là soignés à l'hôpital Pasteur, sont transférés dans des structures adaptées aux soins psychiatriques.

Au fil des années, le Centre Psychiatrique de la Milétrie s'agrandit et se dote de nouveaux pavillons. En 1962, l'établissement est renommé Centre Psychothérapique de la Milétrie ou encore Centre Psychothérapique de la Vienne, et de nouvelles dispositions sont prises dans l'organisation des soins, afin de respecter la politique de sectorisation définie par la circulaire du 15 mars 1960. Trois secteurs sont définis: Poitiers-Loudun, Poitiers-Montmorillon-Civray, et Châtelleraut.

Dans le courant de l'année 1972, l'établissement devient un établissement public départemental, désormais indépendant du CHU. Par l'arrêté du 11 mars 1975, il est renommé « Centre Spécialisé de la Vienne ». Il garde cette appellation jusqu'en 1995 où il est baptisé Centre Hospitalier Henri Laborit.

2. Organisation des soins

En 1962, la sectorisation de la Vienne définit 3 secteurs psychiatriques représentés par les 3 structures intra-hospitalières existantes à l'époque. L'établissement se développe par la suite en accueillant de nouveaux pavillons. Un redécoupage du département est initié, afin de mieux répondre à la demande de soins.

Concernant la psychiatrie générale adulte, 4 secteurs sont définis, divisant le département en quatre :

- Le secteur 1 correspond au Nord-Ouest du département aux alentours de Loudun ;
- Le secteur 2 est défini dans le Sud-Ouest de la Vienne, auprès de la commune Civray ;
- Le secteur 3 se situe au Sud-Est du département, autour de Montmorillon ;
- Le secteur 4 est au Nord-Est, couvre la zone de Châtelleraut.

À ces 4 secteurs s'ajoute un secteur psychiatrique en milieu pénitentiaire. Ce dernier correspond au SMPR de Vivonne.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, incite les établissements à s'organiser en pôles. L'objectif est de garder une concordance entre les pôles et la sectorisation, afin qu'il existe une cohérence pour les usagers du soin. Depuis le 1^{er} janvier 2012, il existe 5 pôles de soins et 1 pôle administratif. Les pôles de soins sont répartis de la façon suivante:

- Le pôle A pour la psychiatrie adulte,
- Le pôle B pour la recherche et la psychologie médicale,
- Le pôle C pour la santé publique et la logistique médicale,
- Le pôle D pour les soins intersectoriels,
- Le pôle E pour la psychiatrie de l'enfance et de l'adolescence.

3. Organisation des audiences du Juge des Libertés et de la Détention

Les audiences du JLD ont lieu au sein même du CH Laborit, dans une salle d'audience spécialement aménagée. Cette salle se situe dans les bâtiments du secteur III, dans le pavillon Pinel. Les audiences ont lieu systématiquement le matin. En moyenne, 4 à 9 patients sont audiencés par matinée, en fonction du nombre de mesures de soin sans consentement. La fréquence moyenne des audiences est de 2 par semaine (source : bureau des entrées du CH. Laborit).

IX. Physiopathologie de l'émotion

Dans ce chapitre, nous proposons une approche des différents modèles explicatifs de l'émotion, afin de pouvoir cerner certains enjeux de la perception et de la subjectivité des patients.

1. Définition de l'émotion

L'émotion est le résultat de l'interaction de facteurs subjectifs et objectifs, réalisés par des facteurs neuronaux ou endocriniens qui peuvent [4] :

- induire des émotions telles que des sentiments d'éveil, de plaisir ou de déplaisir ;
- générer des processus cognitifs tels que des réorientations pertinentes sur le plan perceptif, des évaluations des étiquetages ;
- activer des ajustements physiologiques globaux ;
- induire des comportements qui sont, le plus souvent, expressifs, dirigés vers un but adaptatif.

L'émotion est une réponse adaptative constituée de trois composantes : une composante physiologique ; une composante comportementale ; et une composante subjective.

Le Docteur Rycajal explique que toute perception est susceptible de déclencher un processus émotionnel, suivie d'une motivation d'approche, nécessaire à l'initiation par le sujet d'un comportement. L'activité émotionnelle dépend de l'environnement de la situation, et du contrôle cognitif comportemental [96].

2. Théories cognitives des émotions

2.1. La théorie viscérale des émotions

La théorie viscérale des émotions, proposée en 1884 par les Docteurs James et Lange, envisage l'hypothèse suivante : l'expérience émotionnelle serait la conséquence des réactions physiologiques du corps. C'est parce que nous percevons la réaction de notre corps que nous avons cette réaction. À chaque émotion correspondrait une réaction particulière. La fin de la réaction est le résultat de la fin des modifications physiologiques.

2.2. La théorie centrale des émotions

Proposée en 1920 par les Docteurs Cannon et Bard, cette théorie envisage que l'expérience émotionnelle peut être indépendante de la physiologie. Les émotions peuvent être perçues

sans modification de la physiologie. Il existe des processus centraux permettant l'intégration de l'expérience émotionnelle, puis les déclenchements, indépendants du sentiment et de la réponse physiologique. L'expérience émotionnelle précède donc l'expression émotionnelle.

2.3. La théorie de Schachler et Singer

En 1962, les Docteurs Schachler et Singer effectuent des expériences sur des sujets en état d'éveil, et théorisent leurs résultats. Un état émotionnel résulte de la conjonction d'une activation physiologique et de la ou des cognitions appropriées pour rendre compte de cette activation et permettre de trouver des réponses adaptées.

3. Théories biologiques de l'émotion

3.1. Le circuit de Papez

Le Docteur Papez envisage que les émotions sont dues à des interconnexions entre l'hypothalamus et le cortex de médian. Cette voie de communication est appelée « circuit de Papez ». Elle est constituée de différentes structures du système limbique, comprenant le cortex cérébral temporal et cingulaire, le thalamus, l'hypothalamus et certaines de leurs interconnexions. Le Docteur Papez est à l'origine de la découverte de l'implication du cortex limbique dans les émotions.

3.2. Le système limbique comme circuit de régulation des émotions

Le Docteur Mac Lean décrit que le rhinencéphale, par ses connexions importantes avec l'hypothalamus, joue un rôle central dans les émotions. Sa stimulation produit les mêmes émotions que les situations émotionnelles.

Ce médecin est aussi à l'origine du concept de cerveau tri-unitaire. Ces trois unités sont :

- le néocortex impliqué dans le raisonnement ;
- le système limbique (amygdale, septum et cortex préfrontal), qui joue un rôle dans les émotions ;

- le tronc cérébral qui contrôle les réactions d'agression et de défense.

4. Théories psychanalytiques de l'émotion [28]

Le Docteur Freud ne parle pas d'émotion, ou de comportement, mais plutôt d'affect. D'une part, il reconnaît trois mécanismes de transformation des affects :

- Le blocage, accompagnant le refoulement des représentations, et leur conversion en symptôme somatique ;
- Le déplacement sur une représentation substitutive ;
- Le flottement par déliaison, en transformation en angoisse.

D'autre part, il considère que l'affect est un représentant quantitatif de la pulsion. Pour résumer, le refoulement s'opère sur la représentation de chose, et l'affect selon les cas, se transforme en angoisse, se déplace, ou est réprimé.

Le Docteur Green, en 1973, considère l'affect sur deux versants :

- corporel, surtout viscéral ;
- psychique avec deux aspects : l'activité auto-perceptive correspondant à la perception des mouvements corporels ; et l'activité évaluative correspondant aux sensations de plaisir/déplaisir.

5. Les émotions contrôlées

Les interactions de l'individu en société lui imposent certaines « précautions » afin de maintenir une certaine « civilité » dans ses rapports sociaux. Ces « précautions » s'appliquent aux expressions émotionnelles. Les expressions émotionnelles comprennent les paroles, le comportement verbal et non verbal. Le Professeur Cosnier déclare à ce propos que « contrôler son activité communicative c'est donc aussi bien contrôler ce que l'on dit, que ce que le corps (vocalité et kinésique) peut exprimer » [28].

5.1. Le contrôle individuel

5.1.1. Les mécanismes de défense

L'expression "mécanismes de défense" est une expression psychanalytique. Les mécanismes de défense désignent les opérations mises en oeuvre par le « Moi » pour se protéger contre des expériences affectives incompatibles avec les exigences du « Surmoi », qui risqueraient de provoquer des affects pénibles, si le fantasme sous-jacent devenait conscient. Ces mécanismes de défense sont utilisés pour éviter l'angoisse, elle-même résultant d'un conflit entre un désir et son interdiction. Freud et ses successeurs décrivent plusieurs types de mécanismes, les uns névrotiques, protégeant essentiellement contre les fantasmes de castration, les autres psychotiques, plus archaïques, protégeant contre des fantasmes de morcellement ou de destruction.

Parmi les principaux mécanismes névrotiques de défense, nous pouvons citer :

- Le refoulement qui est un processus psychique destiné à conserver activement hors de la conscience, les représentations interdites par le « Surmoi ». On l'observe de manière prévalente dans la névrose hystérique. L'individu souffrant de névrose obsessionnelle utilise également ce type de mécanisme, mais avec la spécificité que le mécanisme de défense concerne plus l'affect. Ceci se manifeste par l'utilisation de mécanismes complémentaires tels l'isolation, la formation réactionnelle, le déplacement, la répression ou la condamnation ;
- L'isolation qui consiste à séparer la représentation gênante de ses liens libidinaux et affectifs ;
- La formation réactionnelle qui résulte de l'inversion des affects et des représentations ;
- Le déplacement qui est une réorientation des affects et du désir sur d'autres objets de substitution.

Dans le domaine des mécanismes de défense psychotiques, nous pouvons mentionner :

- La projection qui transforme le danger intérieur en danger extérieur. A l'extrême, elle sous-tend les vécus de persécution paranoïaque.
- Le clivage par lequel les objets d'investissement sont scindés en tout "bon" et tout "mauvais" par un mécanisme de projection du Moi, lui-même clivé en deux attitudes

simultanées et contradictoires. Ce clivage permet ainsi à la fois de percevoir la réalité et de faire comme si cette réalité était différente, voire inexistante.

- Le déni qui est l'équivalent psychotique de la dénégation. Il porte sur le réel, alors que la dénégation porte sur les contenus intra-psychiques. Il consiste à refuser la réalité d'une perception, parce qu'elle est vécue comme dangereuse ou douloureuse pour le Moi.

La pathologie apparaît quand ces mécanismes de défense constituent, par leur rigidité et leur prévalence, une entrave à la pensée et à l'action.

5.1.2. L'organisation verbo-viscéro-motrice

Le Docteur Watson formule, en 1926, la notion de « l'organisation intégrale totale » du comportement. Cette organisation comprend trois plans :

- un plan manuel relatif à un comportement moteur ;
- un plan viscéral relatif à l'émotionnel ;
- un plan verbal relatif à un comportement langagier.

Il constate un antagonisme fréquent entre les réactions viscérales et les comportements verbaux et moteurs. Par exemple, la prise de parole et les gestes ont souvent un effet réducteur rapide sur les réactions végétatives émotionnelles.

Plusieurs auteurs reprennent cette théorie en la modifiant. Le Professeur Cosnier constate que l'on « retrouve chez ces auteurs de façon plus ou moins explicite les principes d'organisation totale, de synergie des activités, et d'équivalence ou balancement émotionnel, avec pour Marty et son école (dite "Ecole de Paris") l'accent mis sur les particularités des liaisons émotionnelles dans un type de pensée spéciale, prédisposant aux maladies psychosomatiques qu'ils ont appelé "*pensée opératoire*" » [28].

5.2. Le contrôle social

Le Professeur Cosnier décrit que la société influence les manifestations pulsionnelles (en particulier la sexualité) et les événements marquants de la vie de l'individu (naissance, puberté, mariage, mort). Dans cette dynamique, la société implique un ordre et un usage de

l'expression des émotions tant dans le domaine public que privé. Elle exerce et influence les motivations quotidiennes et les comportements émotionnels correspondants, selon trois processus : la différenciation et la reconnaissance des différentes émotions ; leur acceptabilité sociale ; leur gestion inter-individuelle [28].

5.3. L'épigénèse des expressions émotionnelles

La mise en place du système émotionnel, est soumise à des contraintes épigénétiques familiales en premier lieu, et sociales en second lieu.

6. Les conséquences d'une absence de contrôle des émotions

Nous avons vu que les mécanismes de défense ou d'adaptation ont une fonction dans la gestion des émotions. En cas de faillite ou d'efficacité insuffisante de ces mécanismes, l'anxiété ou l'angoisse peuvent apparaître. Plusieurs termes sont souvent utilisés, comme synonymes ou sémantiquement apparentés, que certains auteurs regroupent sous la dénomination d'"états timériques" [28]. Ce terme fait référence à : l'angoisse ; l'anxiété ; la peur ; la crainte ; l'effroi ; l'appréhension ; l'inquiétude ; la terreur ; et la panique. Tous ces états ont en commun un vécu psychophysiologique désagréable. Ils se distinguent les uns des autres en fonction de leur intensité, de leur durée, et des circonstances de leur apparition.

D'un point de vue psychodynamique, le Docteur Freud décrit l'angoisse comme une transformation d'affect accompagnant le refoulement des représentations indésirables. Le diagnostic de l'angoisse secondaire à une impossibilité de décharge est celui de la névrose d'angoisse.

Les théories freudiennes permettent l'analyse du type d'angoisse relatif aux pathologies psychiatriques les plus fréquentes, et permettent d'en préciser les fantasmes sous-jacents. Ces différents types d'angoisse sont :

- l'angoisse psychotique liée à des fantasmes de morcellement, d'éclatement, de dépersonnalisation ;
- l'angoisse dépressive liée à des fantasmes de séparation et d'abandon ;
- l'angoisse névrotique liée à des fantasmes de castration.

Remarquons que morcellement, abandon, castration constituent tous des fantasmes qui mettent en jeu au premier plan le narcissisme, l'intégrité corporelle, voire la survie et l'identité.

À l'opposé de la névrose, certains fonctionnements mentaux ignorent les affects et réalisent une incapacité allo et auto-perceptive dénommée alexithymie. La clinique de l'alexithymie est entre-autre caractérisée par une "pensée opératoire". Ce terme désigne un mode de fonctionnement mental organisé sur les aspects purement factuels de la vie quotidienne.

7. Émotion et maladie mentale

Si nous nous intéressons à la maladie mentale, nous pouvons constater qu'il est fait dans toutes les descriptions ou définitions, mention d'une perturbation de perceptions ou d'émotions et/ou du comportement. Nous pouvons prendre ici quelques exemples :

- Troubles de personnalité

La CIM 10 décrit les troubles de personnalité comme des « perturbations sévères de la personnalité et des **tendances comportementales** de l'individu, non directement imputables à une maladie, une lésion, ou une autre atteinte cérébrale, ou à un autre trouble psychiatrique » [76].

- Schizophrénie

Dans la CIM 10, « les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des **distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception**, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés- La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution [76].

- Troubles de l'humeur

« Ce groupe réunit les troubles dans lesquels la **perturbation fondamentale est un changement des affects ou de l'humeur**, dans le sens d'une dépression (avec ou sans anxiété associée) ou d'une élation » [76].

- Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes

Il s'agit d'un « groupe de troubles dans lesquels une **anxiété est déclenchée, exclusivement ou essentiellement, par certaines situations bien précises sans dangerosité actuelle**. Ces situations sont de ce fait typiquement évitées ou endurées avec appréhension. Les préoccupations du sujet peuvent être centrées sur des symptômes individuels tels que des palpitations ou une impression d'évanouissement et aboutissent souvent à une peur de mourir, de perdre le contrôle de soi ou de devenir fou- La simple évocation d'une situation phobogène déclenche habituellement une anxiété anticipatoire » [74].

PARTIE 2 :

ÉTUDE

I. Introduction

La nécessité d'un cadre légal permettant une garantie des droits du patient hospitalisé sans consentement est revendiquée depuis un grand nombre d'années tant du point de vue médical, que du point de vue juridique et public. Dans cet objectif, dès 1838, durant les débats précédant le vote de la loi sur les aliénés, certains médecins insistent déjà sur la nécessité de contrôle des mesures de soins contraints, afin d'éviter les internements arbitraires, et de garantir le respect des droits des malades internés sans leur consentement.

Ce n'est qu'après le vote de la réforme du 27 juin 1990 que l'intervention d'un juge est instaurée dans la procédure de soins sous contrainte. La loi du 27 juin 1990 prévoit que le juge administratif prenne en charge les recours visant à contester la régularité formelle des actes de décision d'hospitalisation ou la motivation des arrêtés du préfet. En cas de contestation évoquée par le juge administratif, le juge judiciaire peut alors ordonner la mainlevée de la mesure. Malgré ces dispositions, les modalités nécessaires au contrôle des mesures de soins contraints par un juge ne sont pas jugées satisfaisantes. Le rapport Strohl défend la nécessité d'instaurer un contrôle systématique des mesures de soins sous contrainte [115]. La loi du 5 juillet 2011 instaure l'intervention systématique d'un contrôle des mesures de soins sous contrainte par le JLD. Cette modification importante du cadre légal modifie certains aspects du déroulement de l'hospitalisation et suscite diverses craintes au sein du corps médical, à propos des conséquences chez les patients, de l'intervention du JLD [5].

Nous avons réalisé un travail préliminaire sur 5 patients afin d'évaluer « l'impact psychologique de l'audition du JLD » [121]. Nous avons pu constater diverses manifestations cliniques et réactions en lien avec l'audition du JLD.

Nous avons par ailleurs constaté que depuis la réforme de 2011, il n'existe que peu ou pas de travaux rapportant la perception que peuvent avoir les patients hospitalisés sous contrainte, notamment concernant l'intervention systématique du JLD.

Suite à ce travail, notre première interrogation a concerné la perception que peuvent avoir les patients vis-à-vis de l'audition du JLD. Nous avons formulé plusieurs hypothèses pour répondre à cette question principale. La première hypothèse concernait le fait que l'audition du JLD constitue une échéance pouvant engendrer un impact non négligeable sur la

symptomatologie clinique des patients. La seconde hypothèse était qu'en fonction des pathologies présentées, la perception de l'audition du JLD peut se trouver modifiée.

La seconde interrogation que nous avons formulée est : Quelle compréhension peuvent avoir les patients, du nouveau cadre légal instaurant l'intervention du JLD ? Pour répondre à cette question, nous avons formulée l'hypothèse que le cadre légal de l'intervention du JLD est jugé difficile à comprendre par les patients.

Nous avons ainsi redéfini nos objectifs en fonction de ces interrogations. L'objectif principal est d'évaluer la perception qu'a le patient de l'audition du JLD, chez des patients primo-hospitalisés en soins sous contrainte au sein du Centre hospitalier Henri Laborit.

L'objectif secondaire est de discuter des prises en charge des patients hospitalisés sans leur consentement, pour favoriser la compréhension des garanties apportées par le cadre de la loi, notamment en fonction de certaines pathologies.

II. Méthodes

1. Travail préliminaire

Nous avons réalisé un travail préliminaire, mené sur 5 patients hospitalisés en soins psychiatriques sous contrainte, afin d'observer les divers ressentis et réactions que pouvaient susciter l'intervention du JLD et la nouvelle loi [121]. Ce travail a consisté à inclure 5 patients de manière aléatoire, au sein des patients hospitalisés sous contrainte au sein du secteur 2 du Centre Hospitalier Henri Laborit. Parmi ces patients, 4 étaient hospitalisés en SPDT et une patiente était admise en SPDRE. Tous les patients avaient déjà été admis en hospitalisation sans consentement, antérieurement ou postérieurement à la réforme de 2011, dont un patient en HO.

Ce travail était mené en réalisant des entretiens non directifs, dans lesquels les internes en DES de psychiatrie participant au projet interrogeaient les patients sur leur ressenti en rapport avec l'audition du JLD, et évaluaient l'évolution de leur symptomatologie clinique, au cours de plusieurs entretiens. Ces entretiens n'étaient pas réalisés en fonction d'un calendrier précis,

mais en fonction des disponibilités de chacun des opérateurs. La seule obligation posée était de réaliser un ou plusieurs entretiens au cours d'une première période « pré-audition » du JLD et au cours d'une seconde période « post audition » du JLD.

Nous avons fait les constatations suivantes :

- Durant la période « pré-audition » :
 - La participation de l'audition à certains délires ;
 - Un certain stress à l'approche de l'audition ;
 - L'incompréhension du cadre de la loi ;
 - L'incompréhension du rôle de l'audition du JLD ;
 - La confusion entre audience du JLD et audience pénale ;
 - L'espoir que le JLD puisse modifier certaines conditions d'hospitalisation (isolement, traitement...).

- Durant la période « post-audition » :
 - Un sentiment d'arbitraire autour de la décision prise par le JLD ;
 - Un sentiment d'inutilité de l'intervention du JLD ;
 - La participation de l'audition à l'entretien de certaines symptomatologies, notamment délirantes ;
 - Certaines démarches d'appel envisagées afin de pouvoir modifier des conditions d'hospitalisation (isolement, traitement...).

Plusieurs réflexions et biais ont pu être établis dans le cadre de ce travail :

- Les antécédents d'hospitalisation antérieurement ou postérieurement à la réforme de 2011 sont susceptibles de biaiser le ressenti des patients ;
- Les patients, notamment faisant ou ayant déjà fait l'objet de mesure de HO ou de SPDRE, ont déjà été potentiellement confrontés à un juge. Ceci peut entraîner un biais dans la compréhension de la loi et dans le ressenti de son application.

2. Méthode

2.1. Type d'étude

Cette étude est une étude descriptive et prospective relative à la question principale : Évolution de la perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention chez les patients hospitalisés en soins sans consentement : à partir d'une étude menée sur 12 patients au Centre Henri Laborit de Poitiers.

2.2. Critères d'évaluation

Pour mener ce travail, nous avons déterminé 2 critères d'évaluation spécifique à chacun des objectifs établis :

- Le premier critère d'évaluation est une symptomatologie objective en lien avec une dimension psychologique d'anticipation ou d'appréhension, pouvant se manifester par des symptômes anxieux, dépressifs, psychotiques, ou encore une majoration de troubles de la personnalité.
- Le second critère d'évaluation concerne l'évaluation de l'ensemble des éléments donnés au patient et compris par ce dernier par rapport à ce que représente l'audience d'un juge.

2.3. Échantillon

Le recrutement a porté sur l'ensemble des patients primo-hospitalisés en SDDE dans les quatre secteurs d'admission du Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers.

2.3.1. Critères d'inclusion

- Patients majeurs (18 ans ou plus) ;
- Hospitalisation dans l'un des quatre secteurs d'admission du Centre Hospitalier Henri Laborit ;

- Hospitalisation en Soins psychiatriques sous contrainte à la Demande du Directeur de l'Établissement, selon les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011 : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers :
 - Procédure classique ;
 - Procédure en urgence ;
 - Procédure dans le cas d'un péril imminent ;
- Première hospitalisation sous contrainte selon les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011.

2.3.2. Critères d'exclusion

- Patients mineurs ;
- Hospitalisation libre ;
- Patients ayant déjà été hospitalisés sous contrainte antérieurement et/ou postérieurement à la réforme de la loi du 5 juillet 2011 ;
- Patients hospitalisés en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État ;
- Patients jugés irresponsables pénalement (art 122.1 Alinéa 1 CP) ;
- Patients détenus, hospitalisés sous contrainte selon les modalités définies par l'article D 398 du CPP ;
- Délai d'inclusion non respecté.

2.3.3. Calcul de l'échantillon

Nous n'avons pas réalisé au préalable, de calcul de l'échantillon minimum, quant à la représentativité de la population étudiée. Il s'agit donc d'une étude qualitative et non quantitative.

2.3.4. Démarche d'inclusion

Chaque hospitalisation de patient au sein du Centre Hospitalier Henri Laborit est référencée sur le logiciel dédié au dossier médical. Les informations relatives à une hospitalisation antérieure dans l'établissement sont donc disponibles sur le réseau informatique de l'établissement, et consultables par les personnels soignants, ainsi que par les personnels administratifs.

Les médecins et/ou internes participant à cette étude consultaient la base des données du dossier médical, afin de savoir si le patient admis en soins psychiatriques sous contrainte avait déjà fait l'objet ou non, d'une hospitalisation sans consentement antérieurement. Les cadres de santé et les secrétaires consultaient également la base de données et notifiaient, le cas échéant, aux médecins et/ou aux internes, si le patient nouvellement hospitalisé répondait au critère de primo-hospitalisation sans consentement.

Plusieurs situations étaient susceptibles de se produire :

- Si le patient n'avait jamais été hospitalisé sans consentement, et répondait à tous les critères d'inclusion ; il était inclus dans l'étude ;
- Si le patient n'avait jamais été hospitalisé sans consentement, et ne répondait pas aux critères d'inclusion, et/ou répondait à un ou plusieurs critères d'exclusion ; il n'était pas inclus dans l'étude ;
- Si le patient avait déjà été hospitalisé sans consentement ; il n'était pas inclus dans l'étude.

3. Recueil de données

3.1. Questionnaire [Annexe 1]

Cet hétéro-questionnaire était présenté sous forme de « cahier d'inclusion ». Il a été structuré en 3 évaluations successives. Les deux premières évaluations étaient regroupées dans une période dite « pré-audition ». La dernière évaluation constituait une période dite « post-audition ».

3.1.1. Description du questionnaire d'inclusion

- La première évaluation avait lieu le lendemain de la 72^{ème} heure d'admission du patient et était structurée de la manière suivante :
 - La première partie permettait de mieux connaître le patient en définissant son profil socio-démographique ;
 - La seconde partie avait pour objectif de préciser les antécédents médico-judiciaires du patient ;
 - La troisième partie était destinée à préciser les conditions de l'hospitalisation ;
 - La quatrième partie avait pour but de définir le diagnostic du patient en prenant pour référence la CIM 10 [76];
 - La cinquième partie consistait en une évaluation clinique organisée en plusieurs items :
 - Les symptômes relatifs à une anxiété ;
 - Les symptômes thymiques ;
 - Les symptômes psychotiques positifs ;
 - Les symptômes psychotiques négatifs ;
 - Les manifestations de troubles de la personnalité ;
 - L'insight de la maladie ;
 - La sixième partie permettait d'évaluer la compréhension de la loi par le patient ;
 - La dernière partie permettait d'envisager le ressenti du patient par rapport à l'audition du JLD.

- La seconde évaluation avait lieu la veille de l'audition du patient devant le JLD. Elle se rapprochait, en partie, de la première évaluation, et était structurée de la manière suivante :
 - La première partie consistait à préciser l'évolution des conditions d'hospitalisation ;
 - La seconde partie définissait les modalités du déroulement de l'audience du JLD ;

- La troisième partie réévaluait le diagnostic CIM 10 posé lors de la première évaluation ;
 - La quatrième partie reprenait l'évaluation clinique de la première évaluation ;
 - La cinquième partie permettait d'évaluer à nouveau la compréhension de la loi par le patient ;
 - La sixième et dernière partie permettait d'envisager le ressenti du patient par rapport à l'audition.
- La troisième évaluation avait lieu 48 heures après l'audition du JLD. Elle était constituée comme suit :
- La première partie réévaluait l'évolution des conditions d'hospitalisation ;
 - La seconde partie réévaluait le diagnostic CIM 10 ;
 - La troisième partie réévaluait la clinique du patient selon la même structure que celle des évaluations précédentes ;
 - La quatrième partie évaluait l'éventuel recours du patient à la décision du JLD ;
 - La dernière partie appréciait le ressenti de l'audience du patient devant le JLD.

	Évaluation "post 72h"	Évaluation veille de l'audition	Évaluation 48h post audition
Données sociodémographiques	Évalué	Non évalué	Non évalué
Antécédents	Évalué	Non évalué	Non évalué
Conditions d'hospitalisation	Évalué	Évalué	Évalué
Déroulement de l'audition	Non évalué	Non évalué	Évalué
Recours à la décision du JLD	Non évalué	Non évalué	Évalué
Diagnostic CIM10	Évalué	Évalué	Évalué
<u>Evaluation clinique :</u>			
Anxiété	Évalué	Évalué	Évalué
Thymique	Évalué	Évalué	Évalué
Psychotique positif	Évalué	Évalué	Évalué
Psychotique négatif	Évalué	Évalué	Évalué
Trouble de la personnalité	Évalué	Évalué	Évalué
Insight	Évalué	Évalué	Évalué
Compréhension de la loi	Évalué	Évalué	Évalué
Ressenti	Évalué	Évalué	Évalué

Tableau 1: Tableau récapitulatif des variables évaluées au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

3.1.2. Formulation des questions

Les questions ont été formulées afin d'obtenir :

- des réponses fermées ;
- des réponses à choix multiple ;
- des réponses ouvertes.

3.1.3. Évaluation de notre questionnaire et modifications apportées

Ce questionnaire a été l'objet d'une réflexion aboutie et objective, dans un consensus commun, résultant d'un groupe de travail composé d'internes en DES de Psychiatrie et de médecins psychiatres. Certains items ont été modifiés par rapport à la version initiale du questionnaire.

De manière plus précise :

- Travail sur les données socio-démographiques

Le motif d'hospitalisation était basé sur les critères des recommandations de l'HAS et se présentait sous forme de réponse à choix multiples [46]. Par la suite, nous nous sommes orientés vers une réponse ouverte, afin d'envisager la multitude de motifs d'hospitalisation possibles.

- Travail sur le recueil du diagnostic

- La réponse à l'item « diagnostic » était initialement une réponse ouverte. Des précisions ont été demandées, afin d'établir si le diagnostic demandé relevait des « troubles majeurs cliniques » (Axe I du DSM), ou s'il relevait des « troubles de la personnalité » l'axe II du DSM [2];

- La référence initialement envisagée pour les codes diagnostics était le DSM IV. Cependant, le codage des diagnostics réalisé au Centre Hospitalier Henri Laborit utilise la CIM 10. Nous avons donc utilisé cette référence pour notre recueil diagnostique.

- Travail sur l'évaluation clinique

L'évaluation clinique des patients était inspirée des échelles HDRS, MADRS et PANSS afin d'obtenir un recueil de données cliniques plus facile à analyser car plus reproductible, et en lien avec des échelles validées sur le plan international.

3.2. Méthode

3.2.1. Lieu et période de mise en place

L'étude s'est déroulée dans les quatre secteurs d'admission du CH Laborit à Poitiers.

L'enquête a été réalisée durant une période de 6 mois : du 1^{er} février 2013 au 1^{er} août 2013.

3.2.2. Réalisation pratique

L'enquête était réalisée sous forme d'un questionnaire papier distribué dans les secteurs sélectionnés.

Une réunion de présentation était organisée dans chacun des secteurs, en fonction des disponibilités de chacun des acteurs sollicités. Une présentation interactive était effectuée dans chaque secteur, a priori de la mise en pratique du travail. Les Chefs de Pôle, les Chefs de Service, les Praticiens Hospitaliers, les internes, les cadres de santé, les infirmières, ainsi que les secrétaires étaient conviés à cette réunion. La présentation était réalisée sur support informatique, à l'aide du logiciel Powerpoint[®]. [Annexe 2]

La présentation consistait à exposer les objectifs de l'étude, et sa mise en pratique. Elle détaillait les points suivants :

- Les objectifs de l'étude ;
- La durée de l'étude ;
- Les critères d'inclusion et d'exclusion ;
- Les délais séparant les diverses évaluations ;
- Le contenu de l'information obligatoire à délivrer au patient ;
- Le rôle des opérateurs dans ce travail.

Concernant les dates des évaluations, il était notifié qu'en fonction du calendrier, les évaluations pouvaient être décalées de 1 à 2 jours, si la date de l'évaluation initialement prévue, tombait sur un week-end ou un jour férié.

Il était également précisé que les opérateurs remplissant les cahiers d'inclusion devaient impérativement être médecin ou interne, et devaient être impliqués dans la prise en charge du patient.

Un appel téléphonique était effectué toutes les 2 semaines dans les secrétariats, afin de faire un état des lieux sur les entrées de patients que nous pouvions éventuellement inclure dans notre protocole.

Tous les mois, nous transmettions un courrier électronique aux différents médecins et internes impliqués. Ce courrier permettait d'interroger ces professionnels sur d'éventuelles difficultés rencontrées. Il permettait également de transmettre une information relative à la durée restante du protocole d'inclusion.

Préalablement au changement de semestre des internes, un contact par courrier électronique et/ou par téléphone était pris avec les internes prenant leur nouveau poste dans les secteurs concernés par notre étude. Ce contact consistait à présenter le protocole d'étude. Le support informatique n'était pas utilisé à cette occasion.

4. Traitement de variables

4.1. Traitement de variables et analyse statistique

Nous avons organisé un rendez-vous avec les médecins du DIM du Centre Hospitalier Henri Laborit, afin de pouvoir déterminer le type d'analyse statistique, le plus adapté à notre grille d'évaluation.

Dans une première partie, le traitement des variables était effectué sur l'ensemble de notre échantillon. Nous avons traité les variables en respectant la structure de notre questionnaire. Les variables cliniques étaient cotées en fonction d'une intensité croissante (entre 0 et 4 ou entre 0 et 3).

Il est à noter que dans l'analyse statistique, le chapitre « Compréhension de la loi » a été traité selon un autre schéma que celui présenté dans les cahiers d'inclusion, afin d'être plus clair et précis dans l'analyse de variables. Les deux parties initiales étaient la partie « Information de la loi » et la partie « Appréciation de l'audience ». Ces chapitres ont été redécoupés en trois parties :

- Compréhension de l'information ;
- Perception de l'information ;
- Perception de l'audition du JLD.

Nous avons ensuite traité certaines variables spécifiquement à certaines sous populations de notre échantillon. Ces sous populations de l'échantillon étaient définies selon les diagnostics ou les troubles de personnalité. Les variables traitées se basaient sur les critères définis par la CIM 10 [76]. Nous avons traité les sous populations suivantes :

- « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » (F20-F29) ;
- « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » (F40-F48) ;
- « Personnalité émotionnellement labile » (F60-3) ;
- « Personnalité paranoïaque » (F60-0).

4.2. Méthode statistique

4.2.1. Méthode statistique

La méthode statistique est basée sur une analyse descriptive, utilisant le logiciel Excel[®] :

- Analyse en univariée ;
- Analyse en bivariée ;
- Analyse en multivariée.

4.2.2. Tests statistiques

Nous avons utilisé le test exact de Fischer, adapté aux effectifs de population inférieurs à 30. Ce test nous a permis de déterminer si 2 variables étaient dépendantes l'une de l'autre, ou non.

Ces résultats ont été calculés à l'aide de la matrice de calcul proposée sur le site Biosta TGV, validé par l'INSERM [8].

Nous avons pris en compte les données manquantes dans nos calculs statistiques.

III. Résultats

1. Analyse descriptive de l'ensemble de notre échantillon

1.1. Données socio-démographiques

Nous avons inclus 12 patients au terme de la période d'inclusion. Sur cet échantillon, 3 patients, soit 25% de l'échantillon, ont fait l'objet d'une levée de la mesure de soins sans consentement avant l'audition du JLD.

Secteur d'appartenance

Tous les secteurs ont participé à cette étude, selon des proportions variables.

Sexe

Les hommes étaient concernés dans 66.66% des cas par les primo hospitalisations. Le sex-ratio était de 2.

Âge

L'âge moyen des patients de notre échantillon était de 39,33 ans avec un écart-type à la moyenne de 1,63.

Croisement entre le sexe et l'âge

75% des hommes avait entre 18 et 39 ans, alors que 75% des femmes avait plus de 40 ans (*p non significatif*).

La moyenne d'âge des hommes de notre échantillon était de 34,13 ans et la moyenne d'âge des femmes était de 49,75 ans.

Nationalité

91,67 % des patients inclus dans cette étude était de nationalité française.

Statut professionnel

50% des patients avait une activité professionnelle. 33,33% des patients de notre échantillon avait un statut « autre », tel qu'étudiant ou retraité. Enfin, les patients au chômage et les

patients bénéficiant d'aides sociales représentaient respectivement 8,33% de notre échantillon.

Statut matrimonial

66,67% des patients de l'échantillon était célibataire. 25% des patients était marié. Enfin le statut « veuf/veuve » représentait 8,33% de l'effectif. Les statuts « pacsé » et « divorcé » n'étaient pas représentés au sein de notre population d'étude.

Enfants

66,67% des patients de notre population avait des enfants. 75% des patients-parents avait la charge de leur(s) enfant(s) (*p non significatif*).

Secteur d'appartenance	Nombre = n	Pourcentage(%)
Secteur 1	3	25,00
Secteur 2	5	41,67
Secteur 3	1	8,33
Secteur 4	3	25,00
Nationalité	Nombre = n	Pourcentage(%)
Française	11	91,67
Autre	1	8,33
Statut professionnel	Nombre = n	Pourcentage(%)
En activité	6	50,00
Chômage	1	8,33
Aides sociales	1	8,33
Autre	4	33,33
Statut matrimonial	Nombre = n	Pourcentage(%)
Célibataire	8	66,67
Marié (e)	3	25,00
Veuf/veuve	1	8,33
Enfant	Nombre = n	Pourcentage(%)
sans enfant	8	66,67
avec enfant(s)	4	33,33

Tableau 2 : Données socio-démographiques des patients de notre échantillon

1.2. Antécédents

Antécédents psychiatriques

66,67% des patients de notre échantillon avait un antécédent psychiatrique précédant la première admission en soins psychiatriques sous contrainte. Les antécédents relatifs à des « troubles de l'humeur » étaient observés chez 37,5% des patients ayant des antécédents psychiatriques, soit 25% de notre échantillon total. Les antécédents relatifs à des troubles « schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » représentaient 25% des

patients ayant des antécédents psychiatriques et 16,66% de la totalité de l'effectif de notre population d'étude.

Traitements psychiatriques

50% des patients de notre échantillon avait un traitement antérieurement à l'admission en hospitalisation. Parmi ces patients, 83,33% avait un traitement psychiatrique (antidépresseur, neuroleptique, anxiolytique, hypnotique), soit 41,66% de notre effectif total. ($p=0,01$).

Antécédents judiciaires

8,33% des patients de la population étudiée, avait un antécédent judiciaire.

Antécédents familiaux

25% des patients de notre échantillon avait des antécédents familiaux psychiatriques.

	Médical	Psychiatrique	Traitement	Judiciaire	Familial
Patient 1	Aucun	lère bouffée délirante aiguë en	Non renseigné	Non renseigné	Non renseigné
Patient 2	Aucun	Anorexie à 16 ans	Aucun	Aucun	Dépression de la mère
Patient 3	Accident de la voie publique à 18 ans	Tentative de suicide en 2006 par IMV (contexte de rupture)	Aucun	Aucun	Aucun
Patient 4	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Tentative de suicide chez le père
Patient 5	appendicectomie avec péritonite	.Dépression .schizophrénie	. Zyprexa ® .Seresta® .Lexomil ® .Prozac	Aucun	Non renseigné
Patient 6	Non renseigné	.Dépression .Tentative de suicide par accident de la voie publique	.Effexor ® 75 .Imovane ® 7,5 .Risperdal ® 2 mg	Non renseigné	.Suicide par arme à feu chez le père, l'oncle paternel et le cousin paternel .Suicide par défenestration chez la tante paternelle .Dépression récurrente chez la tante
Patient 7	.Polypes intestinaux .Crise hernie discale .Accident de la voie publique avec traumatisme cranien .tabagisme actif	Alcolodépendance	.Seresta ® 50 .Vitamine B1-B6 .Imovane ® 7,5	Non renseigné	Non renseigné
Patient 8		.Dépression réactionnelle	.Paroxétine .Alprazolam	Non renseigné	Non renseigné
Patient 9	.Ulcère gastro duodénal non traité .Hypertension artérielle	Aucun	Aucun	Aucun	.Antécédent d'hospitalisation psychiatrique chez la sœur .Syndrome autodépressif chez le père
Patient 10	Aucun	Toxicomanie	.Seresta® 50 .Norset ® 15 .Tercian® 100 .Méthadone gélules	Incarcération 18 mois pour trafic de stupéfiants	Aucun
Patient 11	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun	Aucun
Patient 12	Prothèse de genou	Aucun	.Apranax®	Aucun	Aucun

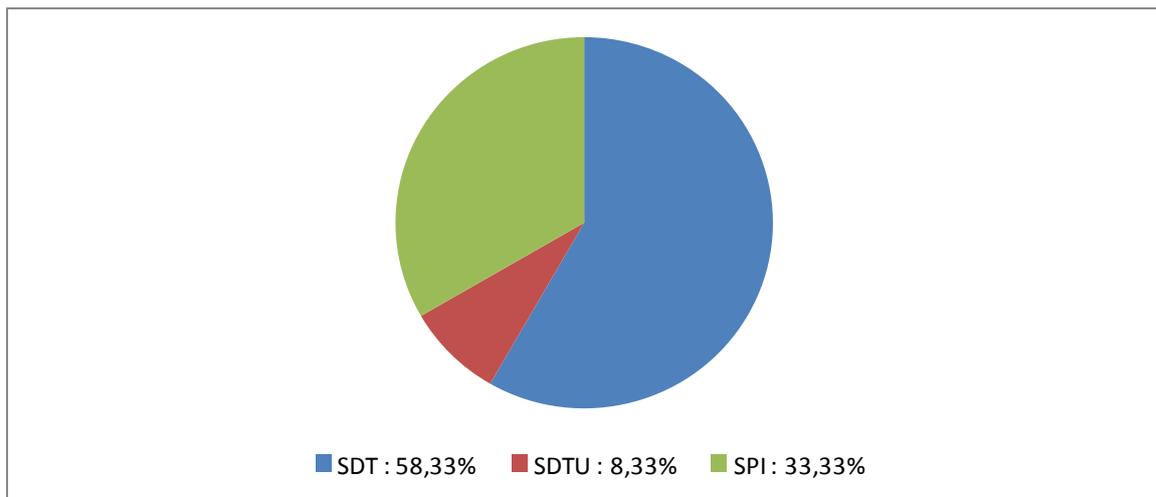
Tableau 3 : Antécédents médicaux, psychiatriques, judiciaires et familiaux des patients de notre échantillon

1.3. Conditions d'hospitalisation

Motif d'hospitalisation

Les troubles délirants et l'auto-agressivité représentaient chacun 41,46% des motifs d'hospitalisation. L'hétéro-agressivité et d'autres motifs (décompensation anxieuse avec abus de médicament) représentaient 8,33% des motifs d'hospitalisation.

Type de mesure de soins sans consentement



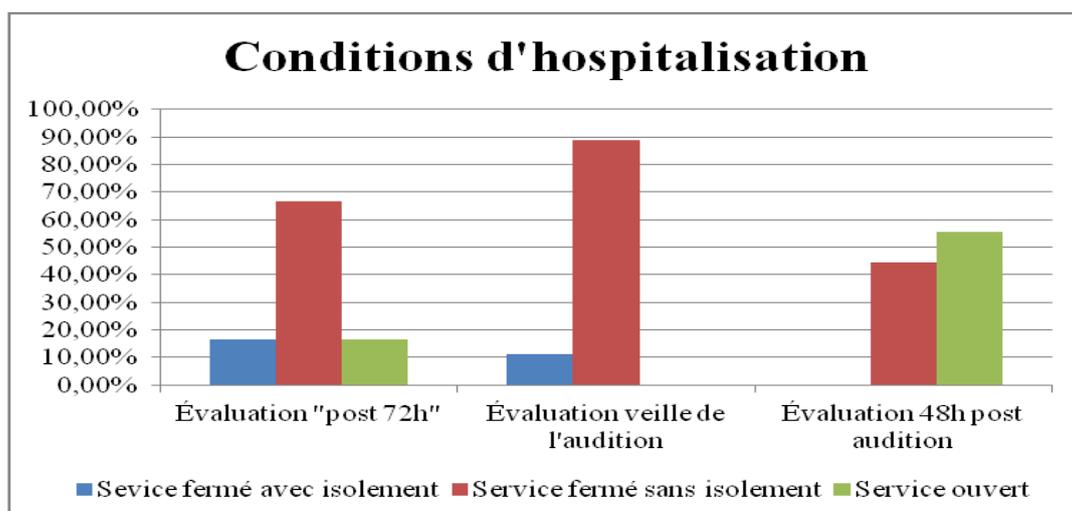
Graphique 6 : Répartition de la proportion des différents types de mesure de soins psychiatriques sans consentement chez les patients de notre échantillon

Dans notre échantillon, 58,33% des patients était admis en SDT. 33,33% des patients était admis en SPI, et 8,33% en SDTU.

Maintien de la mesure de soins sans consentement

75% des mesures de soins sans consentement était maintenu après la période des 72 premières heures d'hospitalisation. Parmi les mesures de soins psychiatriques sans consentement levées, 33,33% concernait une mesure de SDT ; 33,33% concernait une mesure de SPI ; et enfin 33,33% concernait une mesure de SDTU (*p non significatif*).

Conditions d'hospitalisation



Graphique 7 : Évolution des conditions d'hospitalisation, au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

NB: À partir de la seconde évaluation, la veille de l'audience, le nombre de patients de l'échantillon n'est plus n=12, mais n=9.

66,66% des patients de notre échantillon était hospitalisé en service fermé sans isolement durant la première évaluation. Lors de la seconde évaluation, 88,88% des patients était hospitalisé en service fermé sans isolement. Cette proportion représentait une augmentation de 25% entre la première et la seconde évaluation (*p non significatif*). Lors de l'évaluation 48 heures après l'audition du JLD, l'hospitalisation en service fermé sans isolement représentait 44,44%, et l'hospitalisation en service ouvert était à 55,55% (*p non significatif*).

1.4. Diagnostic CIM 10

Diagnostic principal

Les pathologies de type « Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » étaient les plus représentées dans notre population d'étude, avec une proportion de 41,66% ; suivi en seconde position par les « Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » à raison de 33,34%. Les « Troubles de l'humeur » représentaient 16,66% de notre échantillon total.

Patients	Diagnostic	Code diagnostic CIM10
Patient 1	Bouffée délirante aiguë	F23.1
Patient 2	Trouble de l'adaptation	F43.2
Patient 3	trouble de l'adaptation	F43.2
Patient 4	Autres troubles psychotiques aigus essentiellement délirants	F23.3
Patient 5	Schizophrénie paranoïde	F20.0
Patient 6	Trouble de l'humeur persistant, sans précision	F34.9
Patient 7	Trouble de l'adaptation	F43.2
Patient 8	Trouble de l'adaptation	F43.2
Patient 9	Autres troubles psychotiques aigus et transitoires	F23.8
Patient 10	Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de drogues multiples et troubles liés à l'utilisation d'autres substances psychoactives avec dépendance	F19.2
Patient 11	Délire paranoïaque de Sérieux et Capgras	F22.0
Patient 12	Mélancolie	F32.3

Tableau 4 : Diagnostics principaux de chaque patient de notre échantillon

Code diagnostic	Pourcentage dans l'échantillon (%)
F0 -F9	0
F10 - F19	8,33
F20 - F29	41,66
F30 -F39	16,66
F 40 - F49	33,34

Tableau 5 : Répartition des diagnostics principaux chez les patients de notre échantillon

Trouble de la personnalité associé

Le trouble de personnalité de type « personnalité émotionnellement labile » était présent dans notre échantillon avec un pourcentage de 25%. 16,66% des patients de notre population d'étude présentait une « personnalité paranoïaque ». Enfin, le trouble de personnalité de type

« personnalité histrionique » et le « trouble de la personnalité, sans précision », étaient présents respectivement à raison de 8,33%.

Nous remarquons que 25% de notre échantillon ne présentait aucun trouble de la personnalité.

Patients	Diagnostic	Code diagnostic CIM10
Patient 1	Personnalité paranoïaque	F60.0
Patient 2	Personnalité émotionnellement labile	F60.3
Patient 3	Personnalité émotionnellement labile	F60.3
Patient 4	Aucun	Aucun
Patient 5	Non renseigné	Non renseigné
Patient 6	Non renseigné	Non renseigné
Patient 7	Trouble de la personnalité sans précision	F60.9
Patient 8	Personnalité émotionnellement labile	F60.3
Patient 9	Aucun	Aucun
Patient 10	Aucun	Aucun
Patient 11	Personnalité paranoïaque	F60.0
Patient 12	Personnalité histrionique	F60.4

Tableau 6 : Diagnostics de trouble de la personnalité chez les patients de notre échantillon

Code diagnostic	Pourcentage dans l'échantillon (%)
F60-0	16,66
F60-3	25
F60-4	8,33
F60-9	8,33
Pas de trouble de personnalité	25
Non renseigné	16,66

Tableau 7 : Répartition des diagnostics de trouble de la personnalité chez les patients de notre échantillon, selon la CIM 10

Cluster de personnalité	Pourcentage dans l'échantillon (%)
Cluster A	16,66
Cluster B	33,33
Cluster C	0

Tableau 8 : Répartition des diagnostics de trouble de la personnalité chez les patients de notre échantillon, selon les clusters de personnalité définis par le DSM IV

Diagnostic(s) associé(s)

Les « troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives » étaient présents dans 25% de notre échantillon. Les « lésions auto-infligées » constituaient le second type de diagnostic associé, avec 16,66%.

25% de notre population d'étude n'avait aucun diagnostic associé.

Patients	Diagnostic	Code diagnostic CIM10
Patient 1	Non renseigné	Non renseigné
Patient 2	Non renseigné	Non renseigné
Patient 3	Alcoolodépendance	F 10.2
Patient 4	Troubles mentaux et du comportement à l'utilisation de dérivés du cannabis et utilisation nocive pour la santé	F12.1
Patient 5	Non renseigné	Non renseigné
Patient 6	Exogénose	F10.2
Patient 7	Tentative de suicide	X84.0
Patient 8	Alcoolodépendance	F10.2
Patient 9	Aucun	Aucun
Patient 10	Aucun	Aucun
Patient 11	Aucun	Aucun
Patient 12	Tentative de suicide	X84.0

Tableau 9 : Diagnostic(s) associé(s) chez les patients de notre échantillon

Code diagnostique	Pourcentage dans l'échantillon(%)
F10-F19	25
X84	16,66
Pas de diagnostique associé	25
Non renseigné	33,33

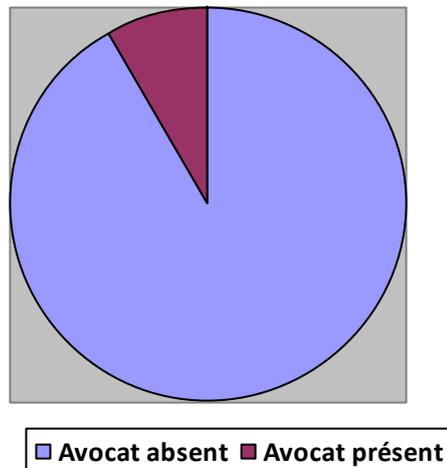
Tableau 10 : Répartition des diagnostics associés chez les patients de notre échantillon

1.5. Données relatives à l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

Délai de tenue de l'audition

100% des auditions ont eu lieu entre le 12^{ème} et le 15^{ème} jour d'hospitalisation des patients de notre échantillon.

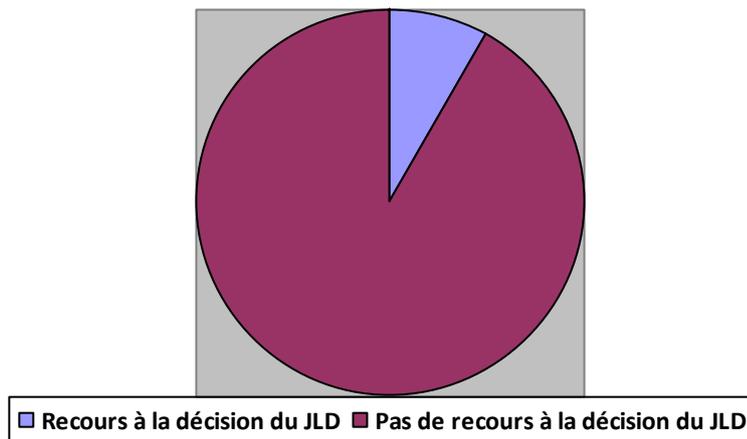
Présence d'un avocat à l'audition



Graphique 8 : Répartition de la présence d'un avocat lors des auditions, des patients de notre échantillon, devant le JLD

Nous observons la présence d'un avocat dans 8,33% des auditions des patients de notre échantillon.

Recours à la décision du JLD



Graphique 9 : Répartition des recours à la décision du JLD chez les patients de notre échantillon

8,33% des patients a fait un recours à la décision du JLD.

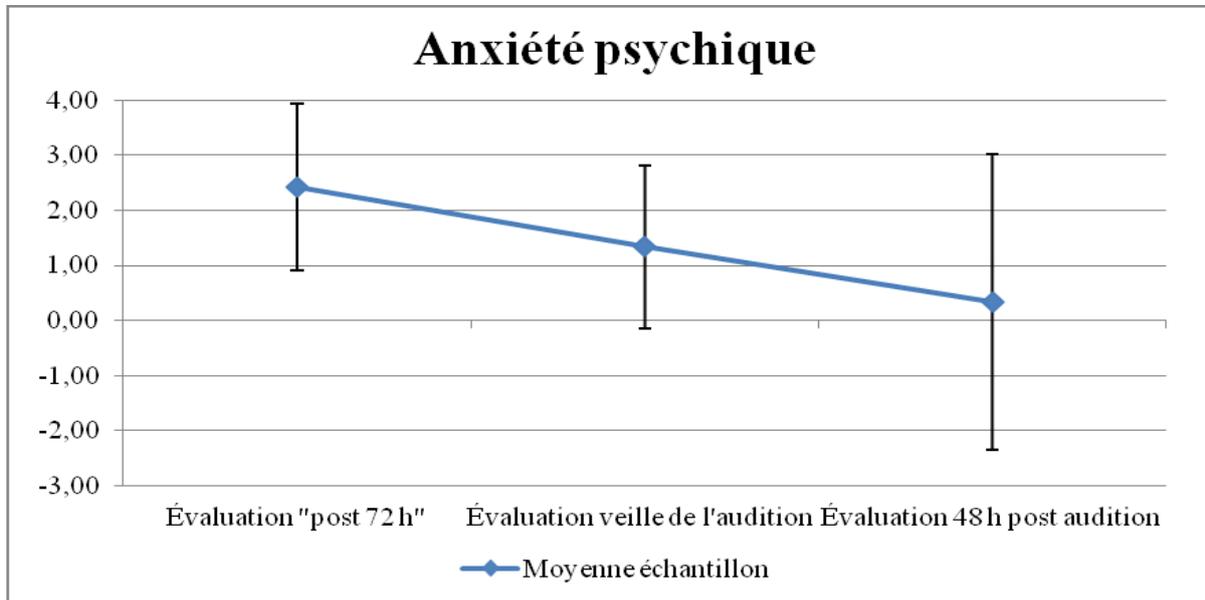
1.6. Évolution de la symptomatologie clinique

NB : L'effectif de notre échantillon était constitué de 12 patients lors de la première évaluation dite des « post 72 heures ». Par la suite, l'effectif était constitué de 9 patients, en raison de la levée de 3 mesures de soins psychiatriques sans consentement, avant l'audience du JLD.

Nos résultats montraient parfois des écart-type des moyennes des différentes variables analysées, négatifs.

1.6.1. Symptômes d'anxiété

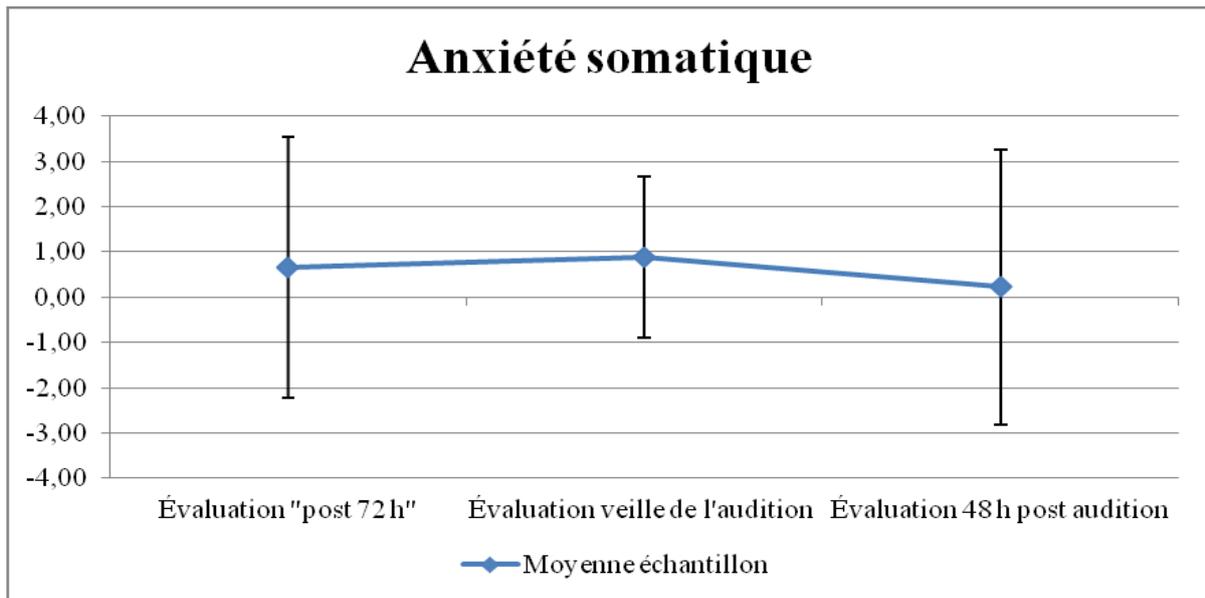
Anxiété psychique



Graphique 10 : Évolution de l'intensité moyenne de l'anxiété psychique au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'anxiété psychique était de 2,42 (ET= 1,52) lors de la première évaluation. La seconde évaluation a permis d'observer une baisse de l'intensité de l'anxiété de 43%. L'anxiété psychique était alors évaluée à 1,38 (ET= 1,48) (*p non significatif*). Lors de la dernière évaluation, nous avons coté l'anxiété psychique à 0,33 (ET= 2,68), soit une diminution de l'anxiété psychique de 76% par rapport à la seconde évaluation (*p non significatif*) et de 86% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

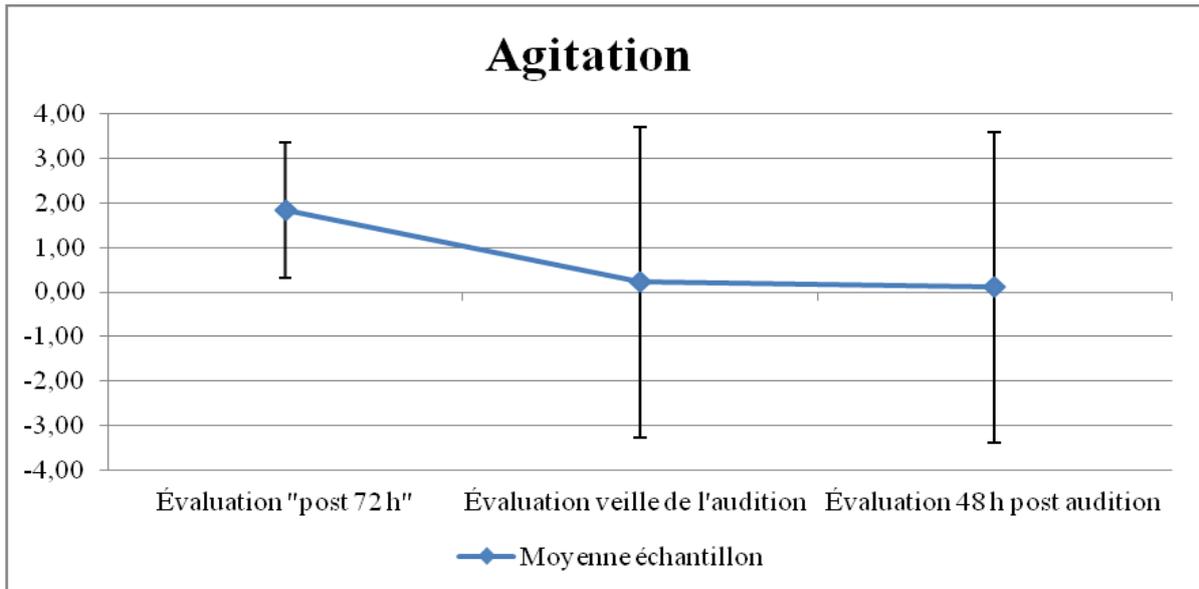
Anxiété somatique



Graphique 11 : Évolution de l'intensité moyenne de l'anxiété somatique au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'anxiété somatique chez les patients de notre échantillon se situait à une cotation de 0,67 lors de l'évaluation des « post 72 heures » (ET= 2,88). Elle augmentait de 33% lors de la veille de l'audition pour atteindre 0,89 (ET= 1,79) (*p non significatif*). À 48 heures post audition, l'anxiété somatique était cotée à 0,22 (ET=3,03), soit une diminution de l'intensité de l'anxiété somatique de 75% par rapport à la veille de l'audition, et une diminution de 67% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

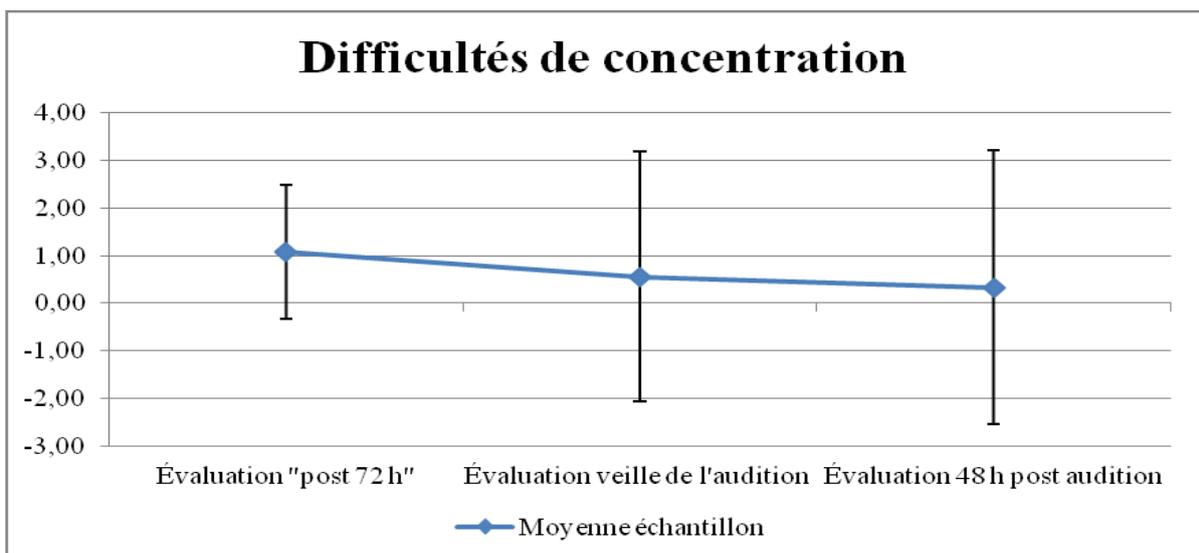
Agitation



Graphique 12 : Évolution de l'intensité moyenne de l'agitation au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'agitation était de 1,83 (ET= 1,52) lors de la première évaluation. La seconde évaluation a permis d'observer une baisse de l'intensité de l'agitation de 88%. L'agitation était alors évaluée à 0,22 (ET= 3,49) ($p=0,02$). Lors de la dernière évaluation, nous avons coté l'agitation à 0,11 (ET= 3,49), soit une diminution d'intensité de l'agitation de 50% par rapport à la seconde évaluation (p non significatif) et de 94% par rapport à la première évaluation ($p=0,02$).

Difficultés de concentration

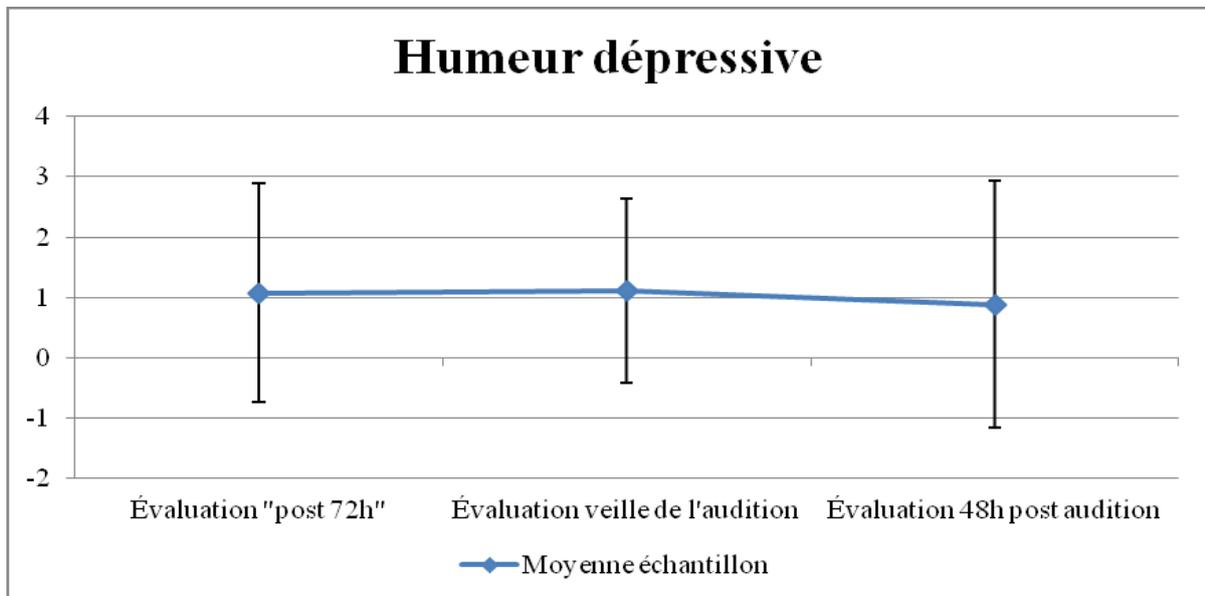


Graphique 13 : Évolution de l'intensité moyenne des difficultés de concentration au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne des difficultés de concentration chez les patients de notre échantillon se situait à une cotation de 1,08 lors de l'évaluation des « post 72 heures » (ET= 1,41). Nous constatons que la cotation passait à 0,56 (ET=2,63) lors de l'évaluation de la veille de l'audition (*p non significatif*). Ceci correspondait à une diminution de la symptomatologie de 48%, entre les deux évaluations. Lors de l'audition des 48 heures post audition, nous cotons la moyenne de l'intensité des difficultés de concentration à 0,33 (ET= 2,87), soit une baisse de 41% par rapport à l'évaluation de la veille de l'audition et de 69% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

1.6.2. Symptômes thymiques

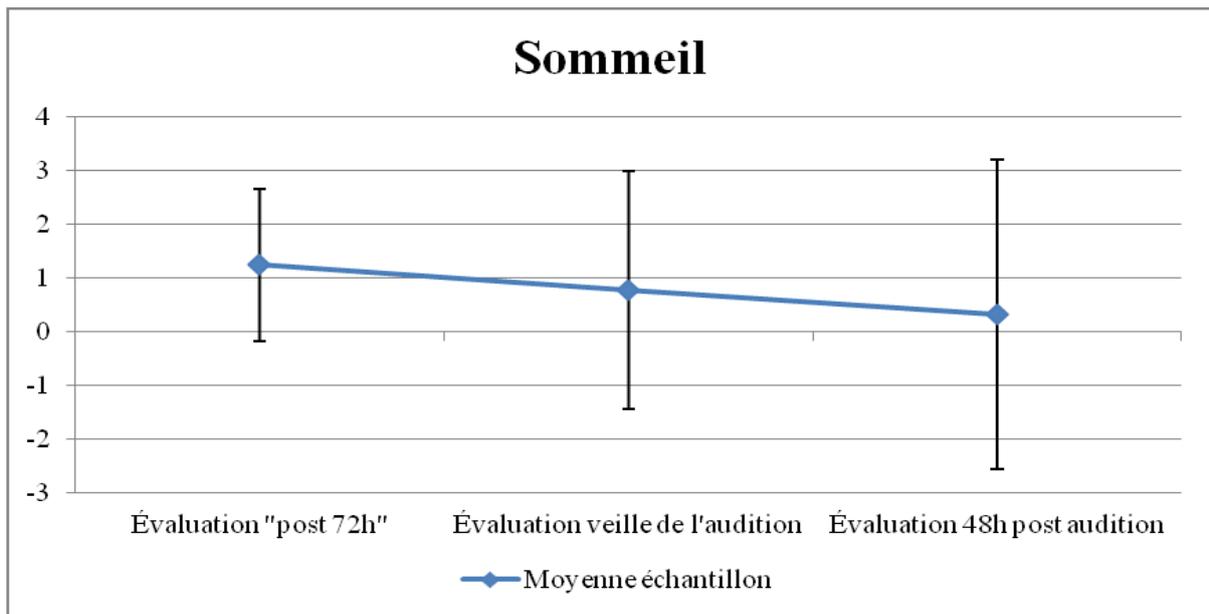
Humeur dépressive



Graphique 14 : Évolution de l'intensité moyenne de l'humeur dépressive au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'intensité de l'humeur dépressive était de 1,08 (ET= 1,82) lors de la première évaluation. La seconde évaluation a permis d'observer une augmentation de l'intensité de l'anxiété de 0.03%. L'intensité de l'humeur dépressive était alors évaluée à 1,11 (ET= 1,79) (*p non significatif*). Lors de la dernière évaluation, nous avons coté l'humeur dépressive à 0,89 (ET= 2,05), soit une diminution de l'intensité de 20% par rapport à la seconde évaluation (*p non significatif*) et de 17% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

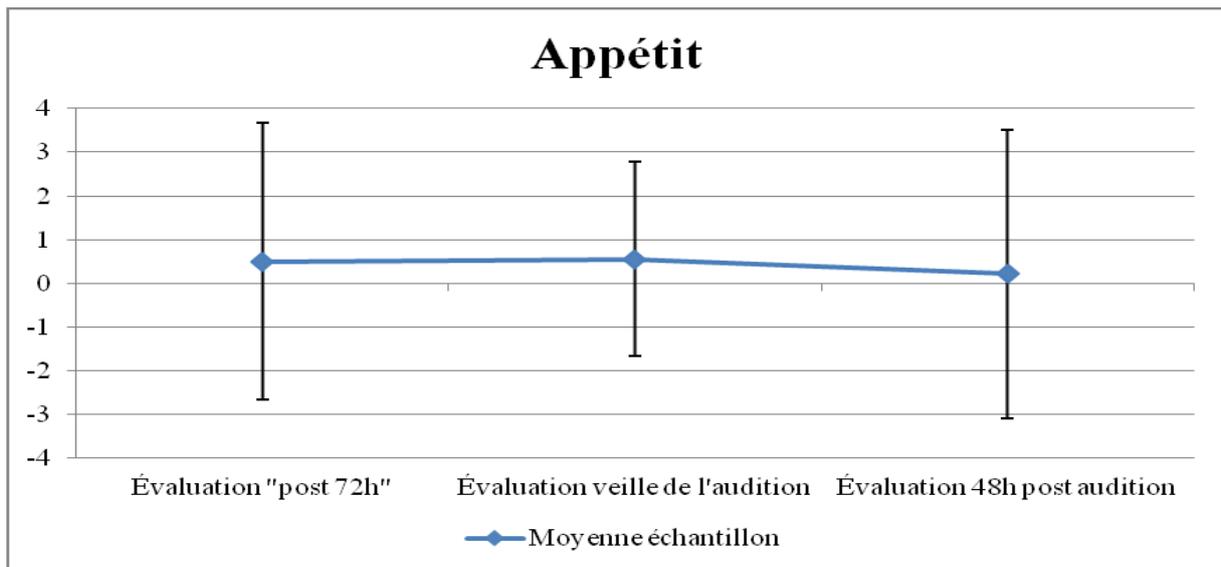
Sommeil



Graphique 15 : Évolution de l'intensité moyenne des troubles du sommeil au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'intensité des troubles du sommeil chez les patients de notre échantillon se situait à une cotation de 1,25 lors de l'évaluation des «post 72 heures» (ET= 1,41). Elle diminuait de 38% lors de la veille de l'audition pour atteindre 0,78 (ET= 2,22) (*p non significatif*). À 48 heures post audition, les troubles du sommeil étaient cotés à 0,33 (ET=2,87), soit une diminution de 58% par rapport à la veille de l'audition, et une diminution de 74% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

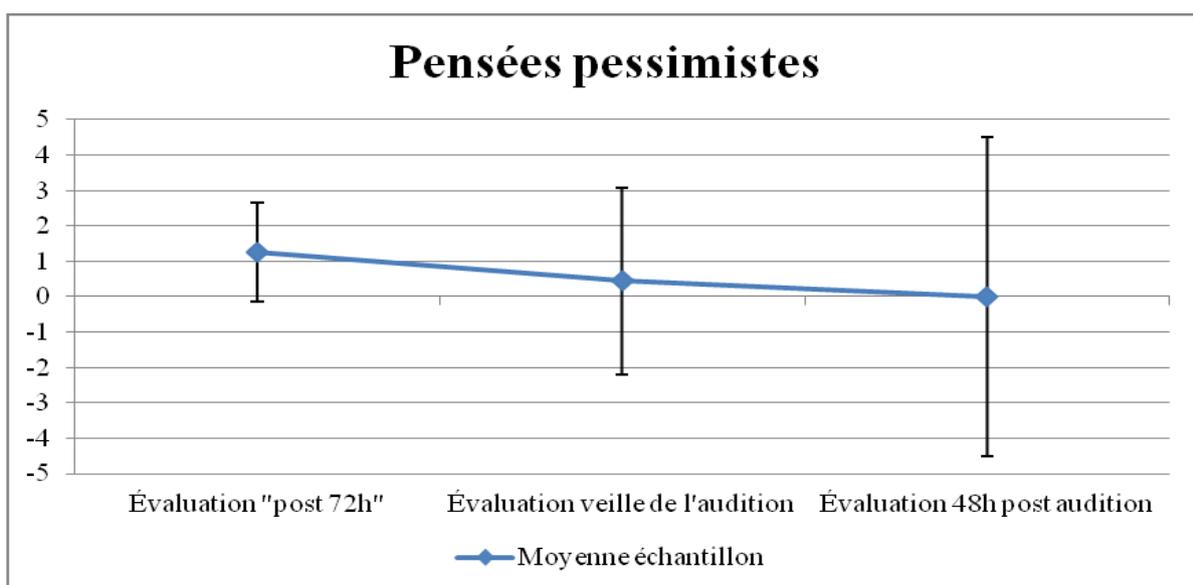
Appétit



Graphique 16 : Évolution de l'intensité moyenne des troubles de l'appétit au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne l'intensité des troubles de l'appétit était de 0,5 (ET= 3,16) lors de la première évaluation. La seconde évaluation a permis d'observer une augmentation de l'intensité des troubles de 12%. L'intensité des troubles de l'appétit était alors évaluée à 0,56 (ET= 2,22) (*p non significatif*). Lors de la dernière évaluation, nous avons côté l'intensité des troubles de l'appétit à 0,22 (ET= 3,30), soit une diminution des troubles de l'appétit de 61% par rapport à la seconde évaluation (*p non significatif*) et de 56% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

Pensées pessimistes

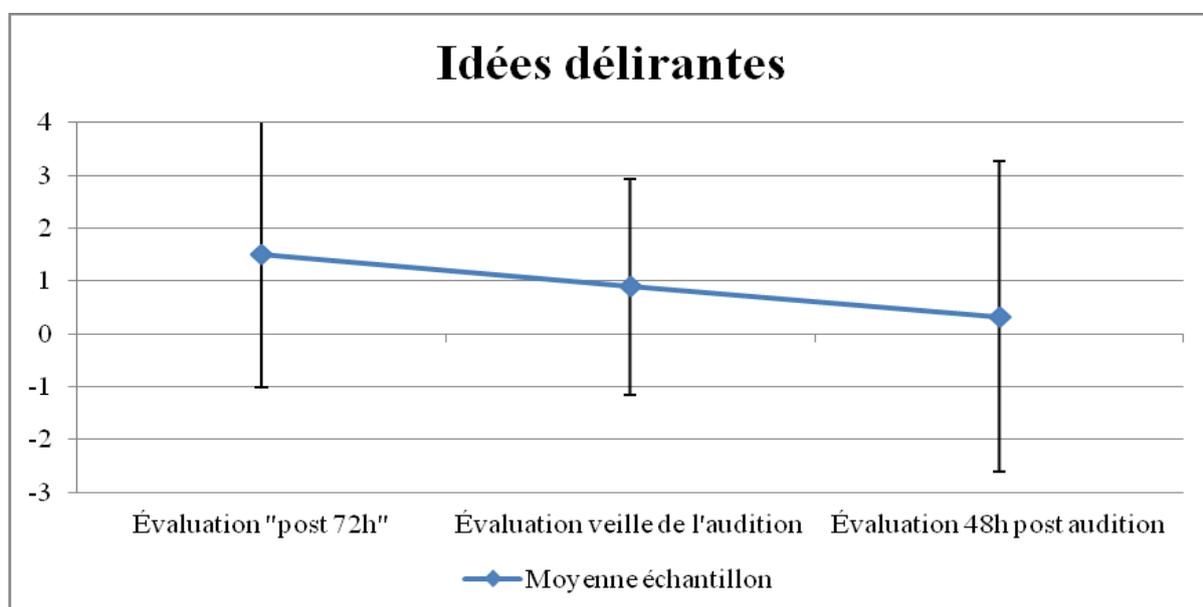


Graphique 17 : Évolution de l'intensité moyenne des pensées pessimistes au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'intensité des pensées pessimistes chez les patients de notre échantillon se situait à une cotation de 1,25 lors de l'évaluation des «post 72 heures» (ET= 1,41). Nous constatons que la cotation passait à 0,44 (ET=2,63) lors de l'évaluation de la veille de l'audition (*p non significatif*). Ceci correspondait à une diminution de 65%. Lors de l'audition des 48 heures post audition, nous cotons la moyenne de l'intensité des pensées pessimistes à 0 (ET= 4,5), soit une baisse de 100% par rapport à l'évaluation de la veille de l'audition et de 100% par rapport à la première évaluation.

1.6.3. Symptômes psychotiques positifs

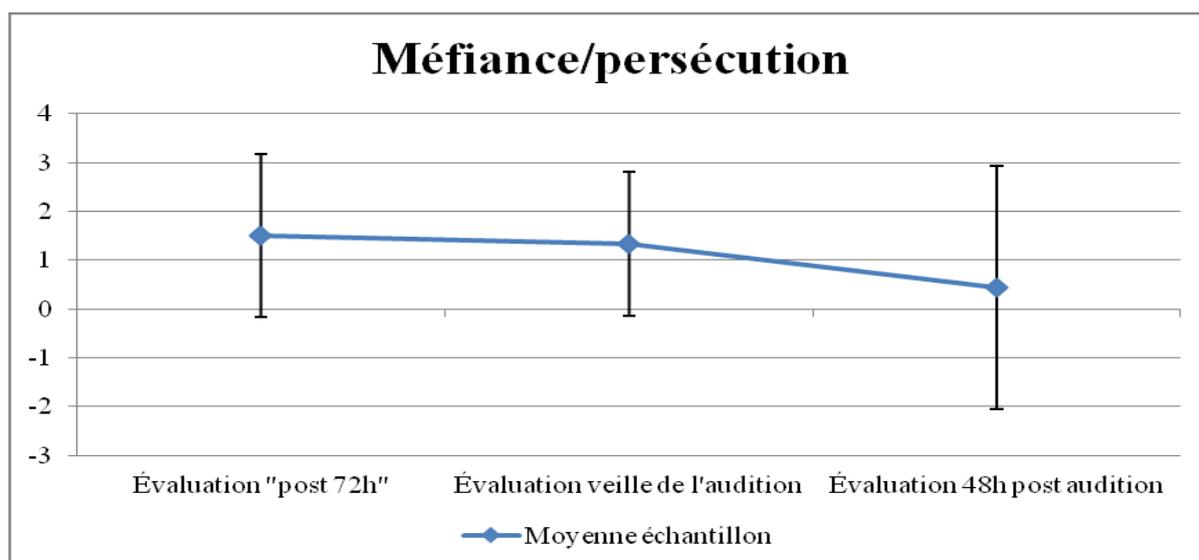
Idées délirantes



Graphique 18 : Évolution de l'intensité moyenne des idées délirantes au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'intensité des idées délirantes chez les patients de notre échantillon se situait à une cotation de 1,50 lors de l'évaluation des «post 72 heures» (ET= 2,51). Nous constatons que la cotation passait à 0,89 (ET=2,05) lors de l'évaluation de la veille de l'audition (*p non significatif*). Ceci correspondait à une diminution de 41%. Lors de l'audition des 48 heures post audition, nous cotons la moyenne de l'intensité des idées délirantes à 0,33 (ET= 2,95), soit une baisse de 63% par rapport à l'évaluation de la veille de l'audition et de 78% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

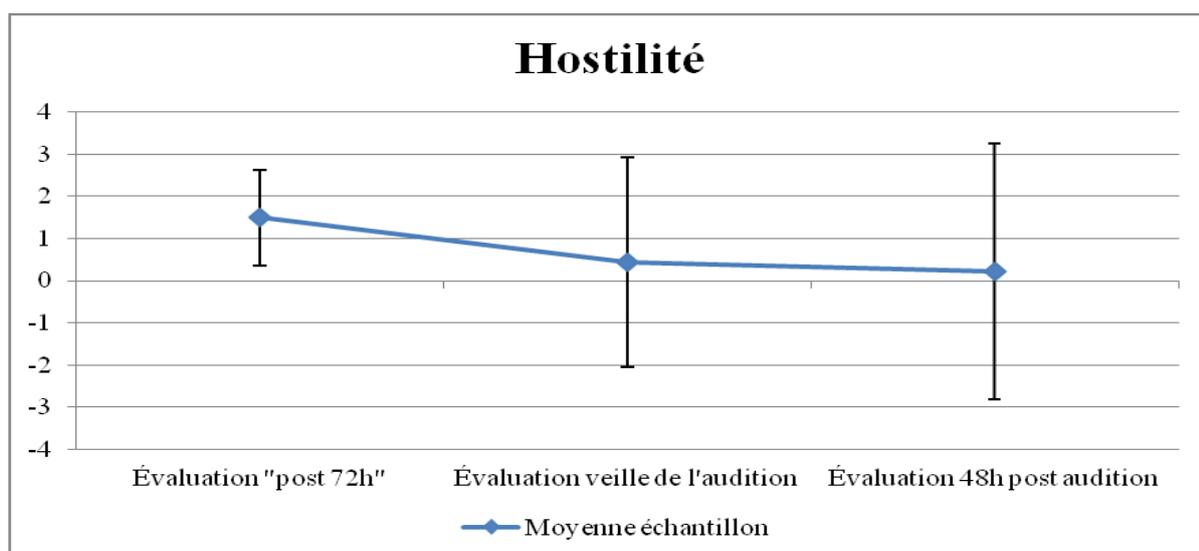
Méfiance/persécution



Graphique 19 : Évolution de l'intensité moyenne des éléments de méfiance/persécution au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'intensité des éléments de méfiance/persécution chez les patients de notre échantillon se situait à une cotation de 1,5 lors de l'évaluation des « post 72 heures » (ET= 1,67). Nous constatons que la cotation passait à 1,33 (ET=1,48) lors de l'évaluation de la veille de l'audition (*p non significatif*). Ceci correspondait à une diminution de 11%. Lors de l'audition des 48 heures post audition, nous cotions la moyenne de l'intensité des éléments de méfiance/persécution à 0,44 (ET= 2,49), soit une baisse de 67% par rapport à l'évaluation de la veille de l'audition et de 71% par rapport à la première évaluation.

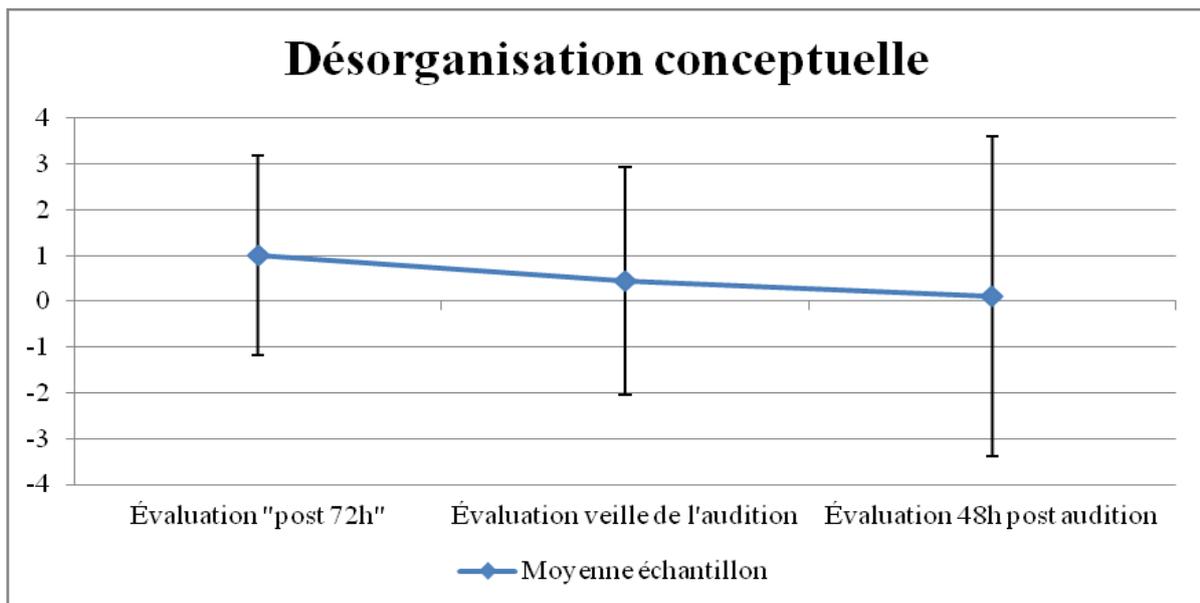
Hostilité



Graphique 20 : Évolution de l'intensité moyenne de l'hostilité au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne l'intensité de l'hostilité était de 1,5 (ET= 1,14) lors de la première évaluation. La seconde évaluation a permis d'observer une augmentation de l'intensité des troubles de 12%. L'intensité de l'hostilité était alors évaluée à 0,44 (ET= 2,49) (*p non significatif*). Lors de la dernière évaluation, nous avons coté l'intensité de l'hostilité à 0,22 (ET= 3,30), soit une diminution de l'intensité des troubles de 50% par rapport à la seconde évaluation (*p non significatif*) et de 85% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

Désorganisation conceptuelle

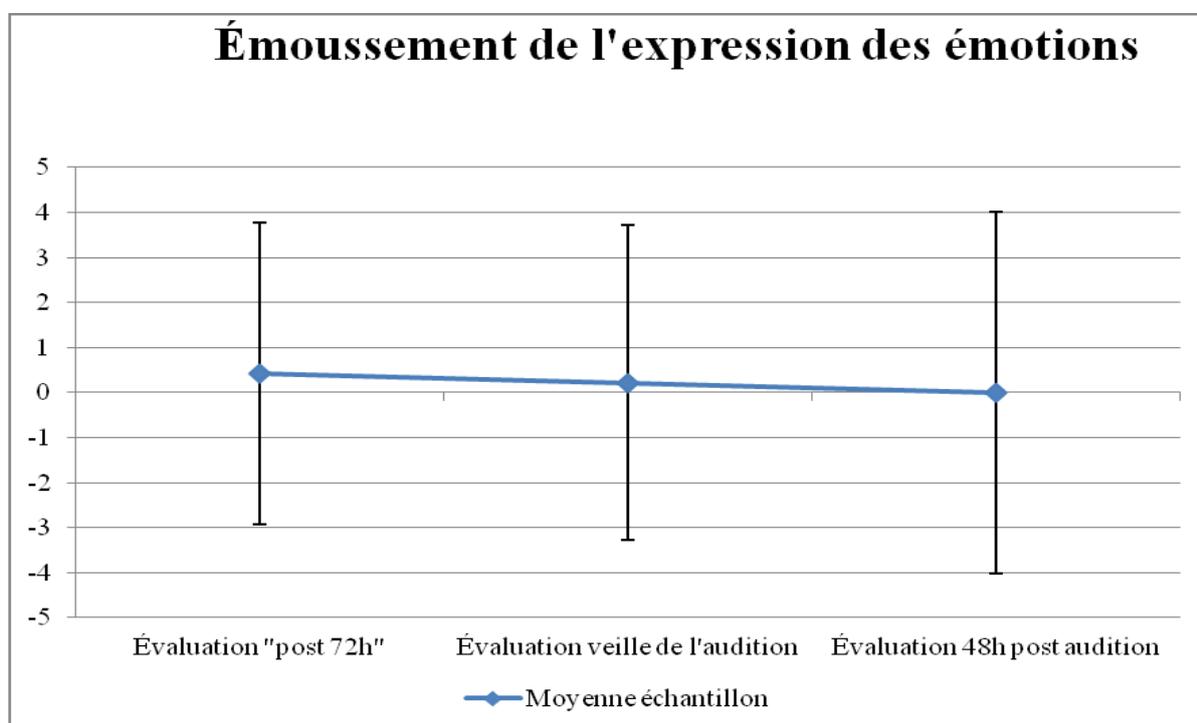


Graphique 21 : Évolution de l'intensité moyenne de la désorganisation conceptuelle au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'intensité de la désorganisation conceptuelle chez les patients de notre échantillon se situait à une cotation de 1,00 lors de l'évaluation des « post 72 heures » (ET= 2,19). Elle diminuait de 56% lors de la veille de l'audition pour atteindre 0,44 (ET= 2,49) (*p non significatif*). À 48 heures post audition, l'intensité de la désorganisation conceptuelle chez les patients de notre échantillon était cotée à 0,11 (ET=3,49), soit une diminution de 75% par rapport à la veille de l'audition, et une diminution de 89% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

1.6.4. Symptômes psychotiques négatifs

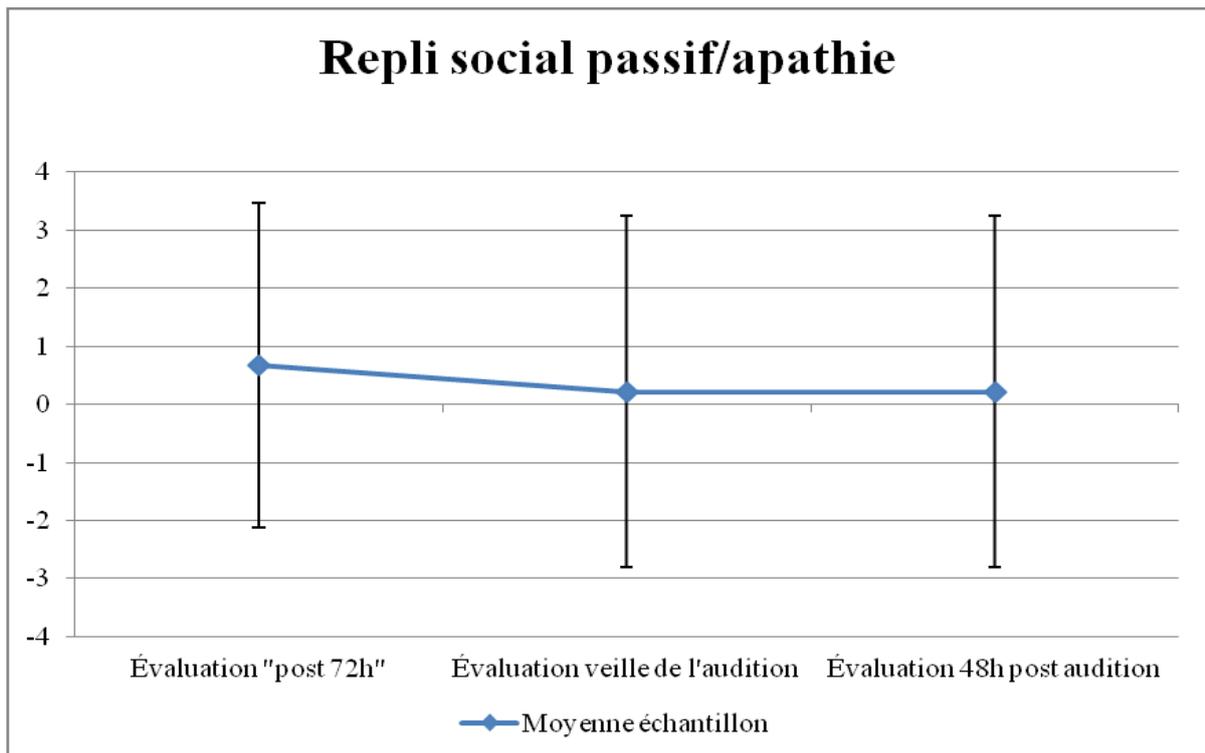
Émoussement de l'expression des émotions



Graphique 22 : Évolution de l'intensité moyenne de l'émoussement de l'expression des émotions au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne l'intensité de l'émoussement de l'expression des émotions était de 0,42 (ET= 3,36) lors de la première évaluation. La seconde évaluation a permis d'observer une diminution de l'intensité des troubles de 48%. L'intensité de l'émoussement de l'expression des émotions était alors évaluée à 0,22 (ET= 3,49) (*p non significatif*). Lors de la dernière évaluation, nous avons coté l'intensité de l'émoussement de l'expression des émotions à 0 (ET= 4,02), soit une diminution de l'intensité des troubles de 100% par rapport à la seconde évaluation (*p non significatif*) et de 100% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

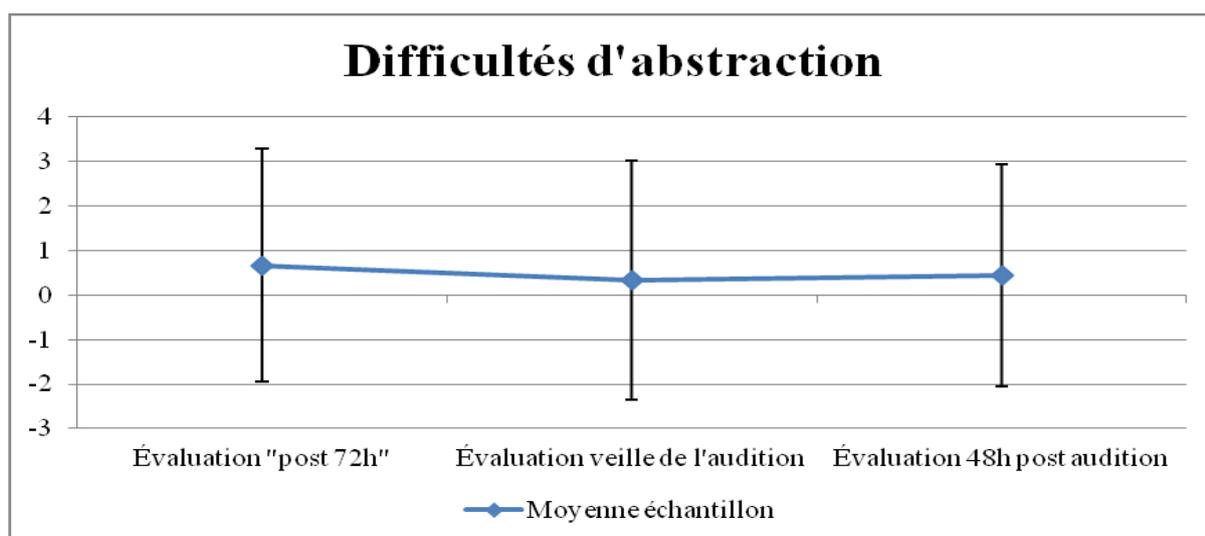
Repli social passif/apathie



Graphique 23 : Évolution de l'intensité moyenne du repli social passif/apathie au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'intensité du repli social passif/apathie chez les patients de notre échantillon se situait à une cotation de 0,67 lors de l'évaluation des « post 72 heures » (ET= 2,79). Nous constatons que la cotation passait à 0,22 (ET=3,03) lors de l'évaluation de la veille de l'audition (*p non significatif*). Ceci correspondait à une diminution de 67%. Lors de l'audition des 48 heures post audition, nous cotions la moyenne de l'intensité du repli social passif/apathie à 0,22 (ET= 3,03), soit une évolution de 0% par rapport à l'évaluation de la veille de l'audition.

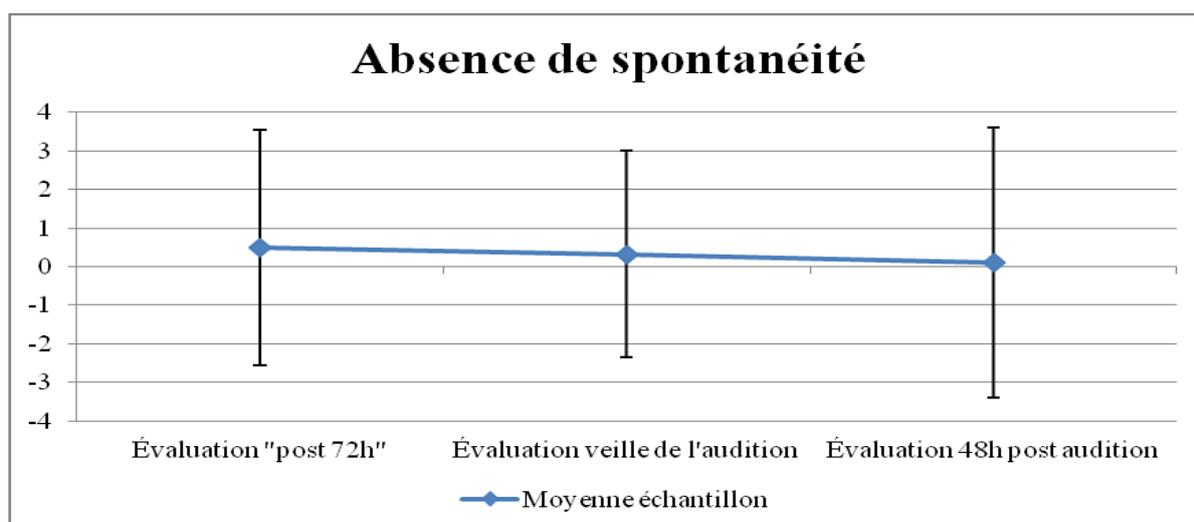
Difficultés d'abstraction



Graphique 24 : Évolution de l'intensité moyenne des difficultés d'abstraction au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'intensité des difficultés d'abstraction chez les patients de notre échantillon se situait à une cotation de 0,67 lors de l'évaluation des « post 72 heures » (ET= 2,61). Nous constatons que la cotation passait à 0,33 (ET=2,68), lors de l'évaluation de la veille de l'audition (*p non significatif*). Ceci correspondait à une diminution de 51%. Lors de l'audition des 48 heures post audition, nous cotons la moyenne de l'intensité du repli social passif/apathie à 0,44 (ET= 2,49), soit une augmentation de 11% par rapport à l'évaluation de la veille de l'audition et une baisse de 34% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

Absence de spontanéité et de fluidité du discours



Graphique 25 : Évolution de l'intensité moyenne de l'absence de spontanéité dans le discours au cours du temps chez les patients de notre échantillon

La moyenne de l'intensité de l'absence de spontanéité dans le discours chez les patients de notre échantillon se situait à une cotation de 0,5 lors de l'évaluation des « post 72 heures » (ET= 3,05). Nous constatons que la cotation passait à 0,33 (ET=2,68) lors de l'évaluation de la veille de l'audition (*p non significatif*). Ceci correspondait à une diminution de 34%. Lors de l'audition des 48 heures post audition, nous cotons la moyenne de l'intensité de l'absence de spontanéité dans le discours à 0,11 (ET= 3,49), soit une baisse de 66% par rapport à l'évaluation de la veille de l'audition et de 78% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*).

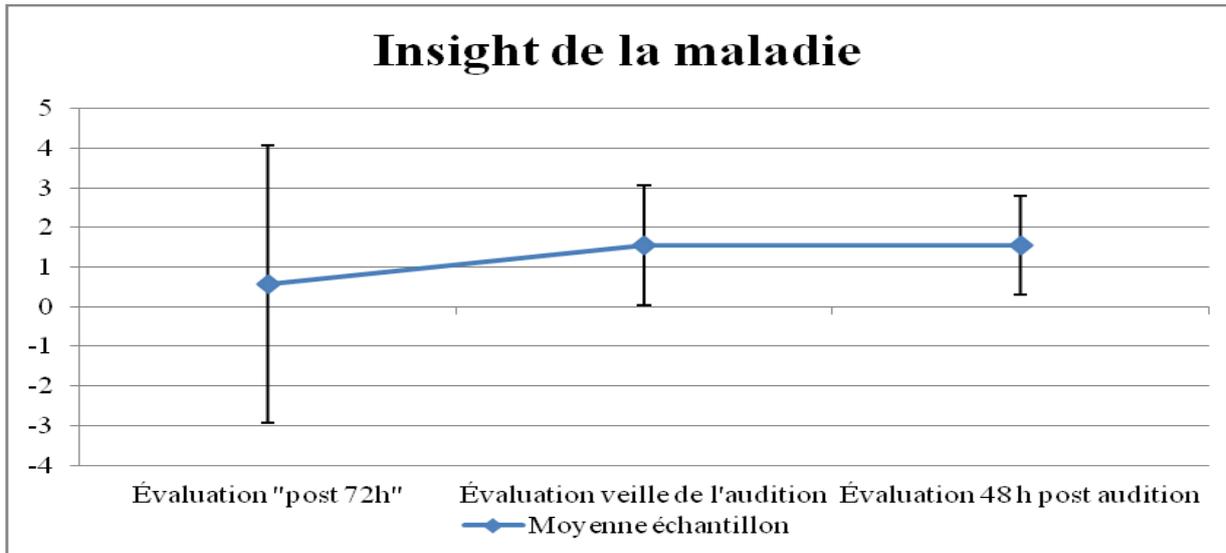
1.6.5. Manifestations pathologiques des troubles de la personnalité en lien avec l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

Nous observons que 33.33% de notre échantillon présentait des manifestations pathologiques des troubles de la personnalité, lors de l'évaluation des « post 72 heures ». Ces manifestations représentaient 33,33% de notre population lors de l'évaluation de la veille de l'audition, soit une évolution de 0% des manifestations des troubles de personnalité (*p non significatif*). Enfin lors de l'évaluation des « 48 heures post audition », nous observons 22,22% présentant des manifestations pathologiques des troubles de la personnalité, soit une diminution de 33% par rapport à la seconde évaluation (*p non significatif*).

	Évaluation «post 72h»	Évaluation veille de l'audition	Évaluation 48h post audition
Patient 1	Agitation et troubles du comportement	Non	Non
Patient 2	Labilité émotionnelle	Théâtralisme / labilité émotionnelle	Théâtralisme / labilité émotionnelle
Patient3	Non	Labilité émotionnelle	Labilité émotionnelle
Patient 4	Non	Patient absent	Patient absent
Patient 5	Non	Non	Non
Patient 6	Non	Patient absent	Patient absent
Patient 7	Non	Patient absent	Patient absent
Patient 8	Non	Non	Non
Patient 9	Non renseigné	Non	Non
Patient 10	Non	Non	Non
Patient 11	Complot, persécution, ruine	Complot	Non
Patient 12	Théâtralisme et exagération	Non	Non

Tableau 11 : Évolution des différentes manifestations pathologiques des troubles de la personnalité, en lien avec l'audition du JLD, chez les patients de notre échantillon

1.6.6 Insight de la maladie

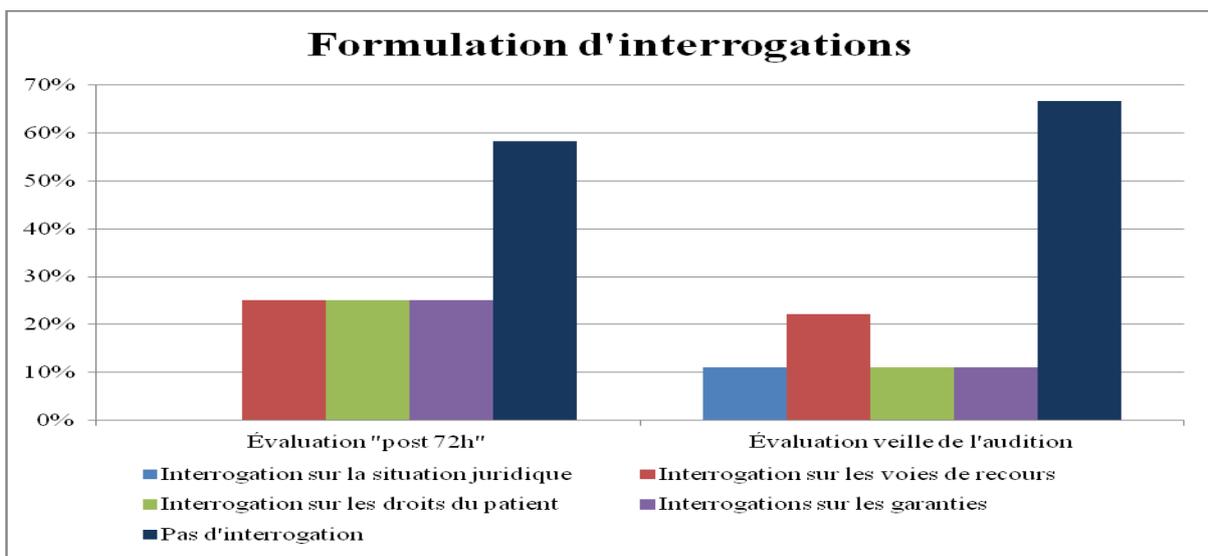


Graphique 26 : Évolution de la qualité moyenne de l'insight de la maladie, au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

Nous observons une moyenne de l'insight de la maladie chez les patients de notre échantillon à 0,58 (ET=3,5). L'insight moyen de notre population augmentait de 167% pour être évalué à 1,55 (ET=1,5), la veille de l'audition (*p non significatif*). Il évoluait de 0% lors de la dernière évaluation (*p non significatif*).

1.7. Compréhension de l'information

Formulation d'interrogations

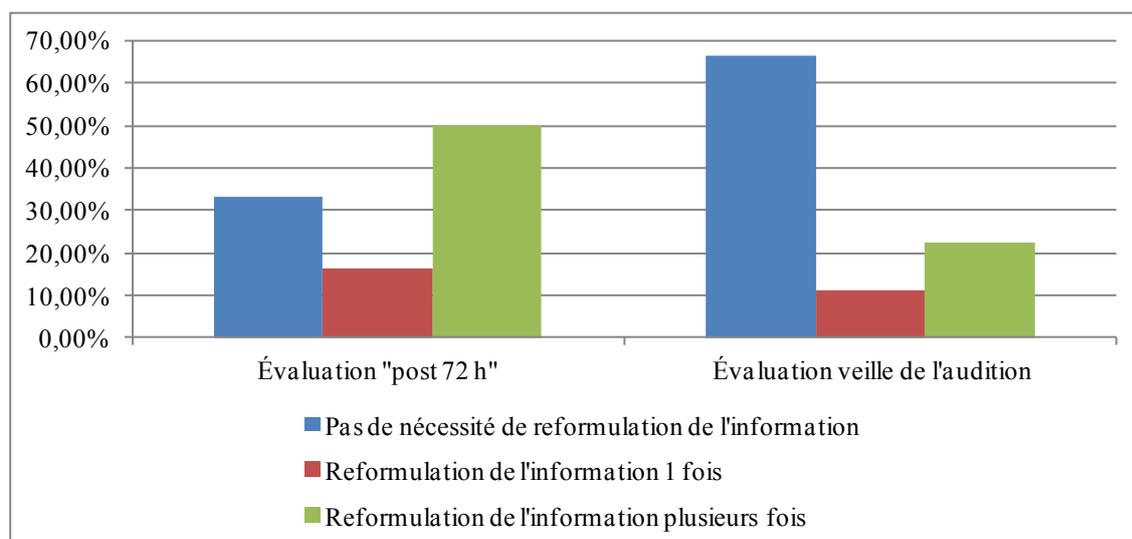


Graphique 27 : Évolution de la proportion des interrogations formulées en rapport avec l'information, au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

58,33% des patients de notre échantillon n'avait pas d'interrogations suite à l'information donnée lors de la première évaluation. Cette proportion passait à 66,66% lors de la seconde évaluation, soit une augmentation de 14% (*p non significatif*).

Nous observons que les interrogations formulées concernaient les voies de recours possibles pour 25% ; les droits du patient pour 25% ; et les garanties offertes par la loi (pour 25%, lors de la première évaluation. Elles étaient relatives aux voies de recours possible pour 22,22%, la veille de l'audition.

Reformulation de l'information

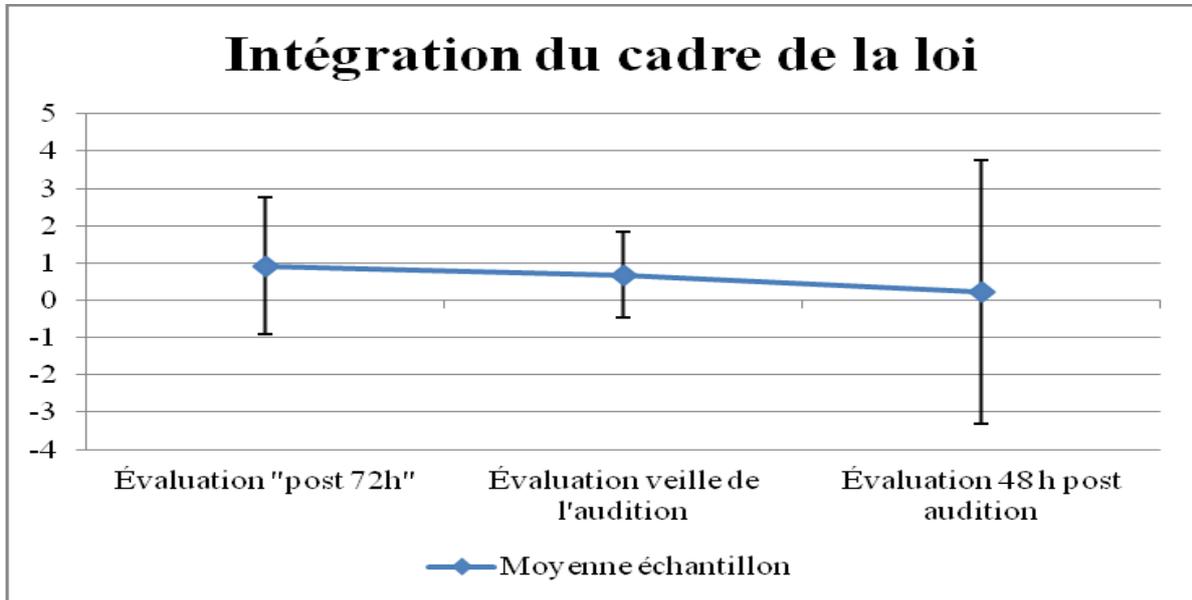


Graphique 28 : Évolution de la proportion de la nécessité de reformulation de l'information durant la période « pré-audition » chez les patients de notre échantillon

Lors de la première évaluation, il était, pour 50% des patients, nécessaire de reformuler l'information plusieurs fois et il n'était pas nécessaire de reformuler l'information pour 33,33% des patients. La veille de l'audition, 66,66% des patients ne ressentait pas la nécessité de reformulation de l'information, soit une augmentation de 50% de l'absence de reformulation de l'information entre les deux premières évaluations (*p non significatif*). Parallèlement, nous constatons une baisse de la proportion de la nécessité de reformuler plusieurs fois l'information, de 56% (*p non significatif*).

1.8. Perception de l'information

Intégration du cadre légal

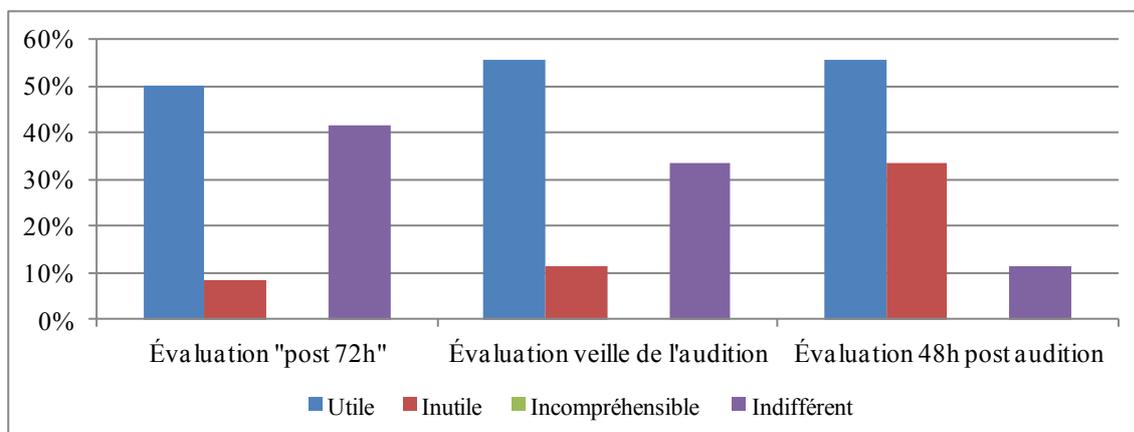


Graphique 29 : Évolution de la difficulté moyenne d'intégration du cadre légal au cours du temps chez les patients de notre échantillon

Les difficultés d'intégration du cadre légal était cotée à 0,92 (ET=1,83) lors de l'évaluation des « post 72 heures ». Lors de l'évaluation de la veille de l'audition, nous constatons un cadre légal coté à 0,67 (ET=1,15), soit une diminution de 27% des difficultés d'intégration (*p non significatif*). Enfin, nous cotions les difficultés d'intégration du cadre légal à 0,22 (ET=3,54) lors de l'évaluation de 48 heures post audition. Cette évolution était synonyme d'une diminution des difficultés d'intégration du cadre légal de 67% par rapport à l'évaluation de la veille de l'audition, et de 76% par rapport à l'évaluation des « post 72 heures » (*p non significatif*).

1.9. Perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

Appréciation de l'intérêt de l'audition



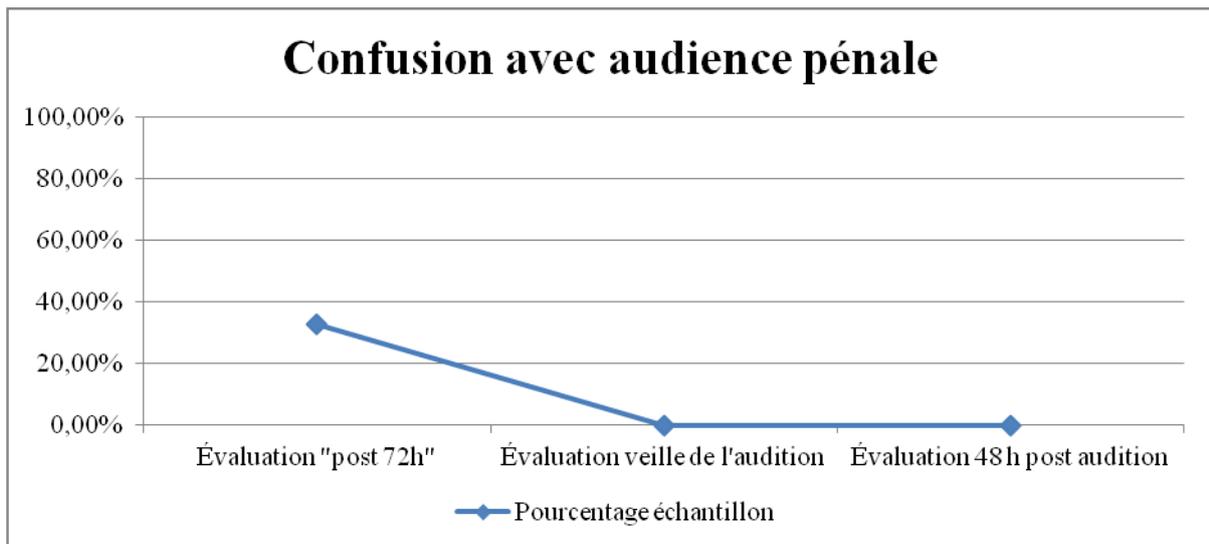
Graphique 30 : Évolution de l'appréciation de l'intérêt de l'audience au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

50% des patients de notre échantillon considéraient l'audition du JLD comme utile, lors de la première évaluation. Cette proportion était de 55,55% lors de la seconde et de la troisième évaluation, soit une augmentation de 11% par rapport à la première évaluation (*p non significatif*). L'appréciation de l'audition comme utile restait à une proportion égale lors de la dernière évaluation.

Nous remarquons que l'indifférence à un quelconque intérêt de l'audition du JLD passait de 41,66% durant l'évaluation des « post 72 heures », à 33,33% la veille de l'audition (*p non significatif*), et enfin 11,11% lors de l'évaluation 48 heures post audition (*p non significatif*). Cette évolution constituait donc une baisse de l'indifférence à un intérêt de l'audition de 20% entre les deux premières évaluations et de 67% entre les deux dernières évaluations.

Par ailleurs, l'appréciation de l'audition comme inutile était de 8,33% lors de la première évaluation, puis à 11,11% lors de la seconde évaluation, et enfin 33,33% lors de la dernière évaluation. Ceci représentait une augmentation de 34% entre les deux premières évaluations (*p non significatif*) et de 200% entre les deux dernières évaluations (*p non significatif*).

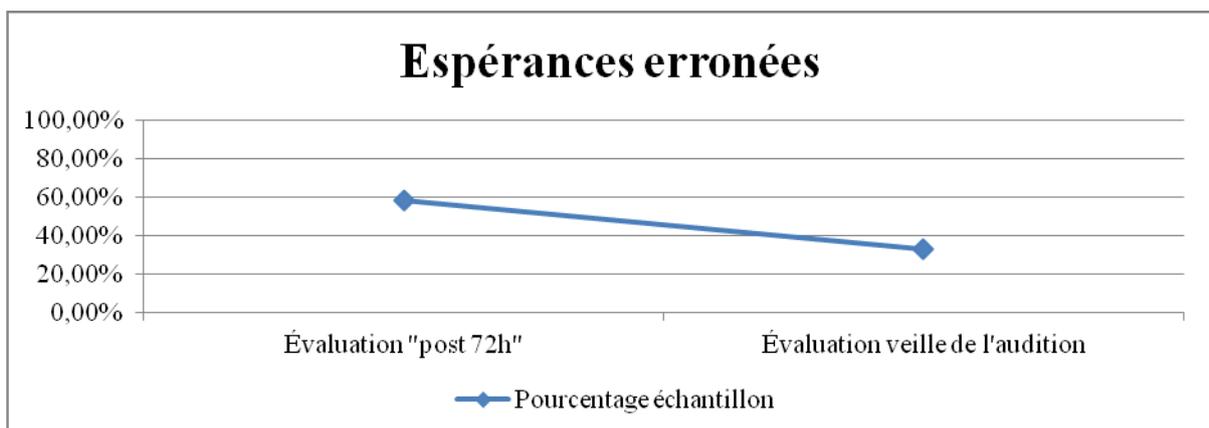
Confusion entre audience du JLD et audience pénale



Graphique 31: Évolution de la proportion de patients de notre échantillon confondant audition du JLD avec audience pénale, au cours du temps

33,33% des patients de notre échantillon confondait l'audition du JLD avec une audience pénale lors de la première évaluation. La veille de l'audition, ainsi que 48 heures après l'audition, 0% des patients confondait l'audition du JLD avec une audience pénale, soit une diminution de 100% (*p non significatif*).

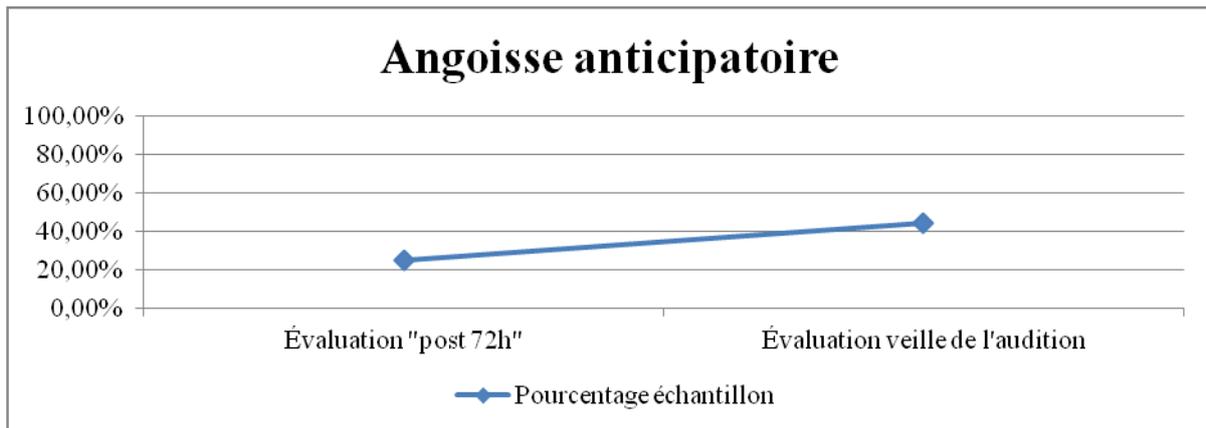
Espérances erronées des attributions du JLD



Graphique 32 : Évolution de la proportion des espérances erronées des attributions du JLD au cours du temps, chez les patients de notre échantillon

58,33% des patients de notre échantillon avait des espérances erronées des attributions du JLD lors de la première évaluation contre 33,33% lors de la seconde évaluation, soit une diminution de 43% (*p non significatif*).

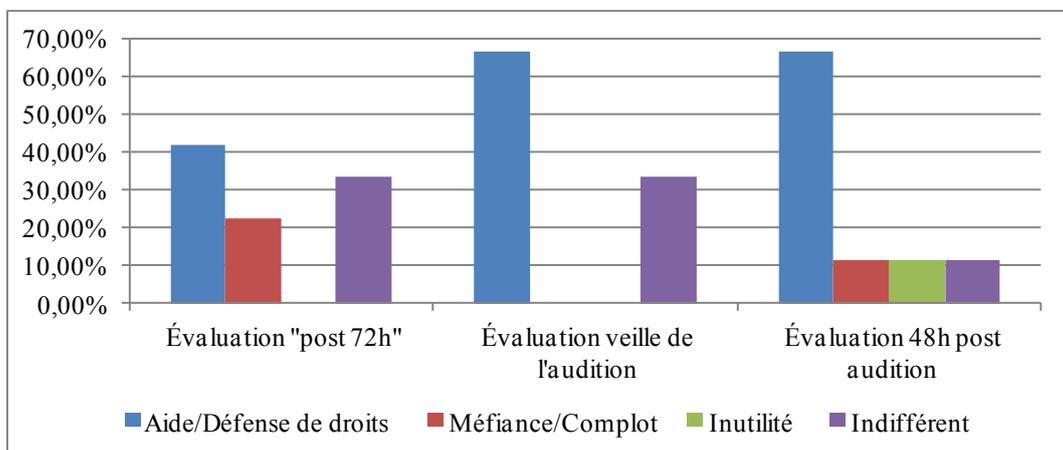
Angoisse anticipatoire



Graphique 33 : Évolution de la proportion de patients de notre échantillon, manifestant une angoisse anticipatoire vis-à-vis de l'audition du JLD, au cours du temps

25% des patients de l'échantillon éprouvait une angoisse anticipatoire à propos de l'audition du JLD lors de la première évaluation. Lors de la seconde évaluation l'existence d'une angoisse anticipatoire était notée dans 44,44% des cas. Nous constatons une augmentation de 78% du nombre de patients ayant une anxiété anticipatoire entre l'évaluation des « post 72 heures » et celle de la veille de l'audition (*p non significatif*).

Sentiment vis-à-vis du JLD



Graphique 34 : Évolution de la proportion des différents sentiments des patients de notre échantillon, vis-à-vis du JLD, au cours du temps

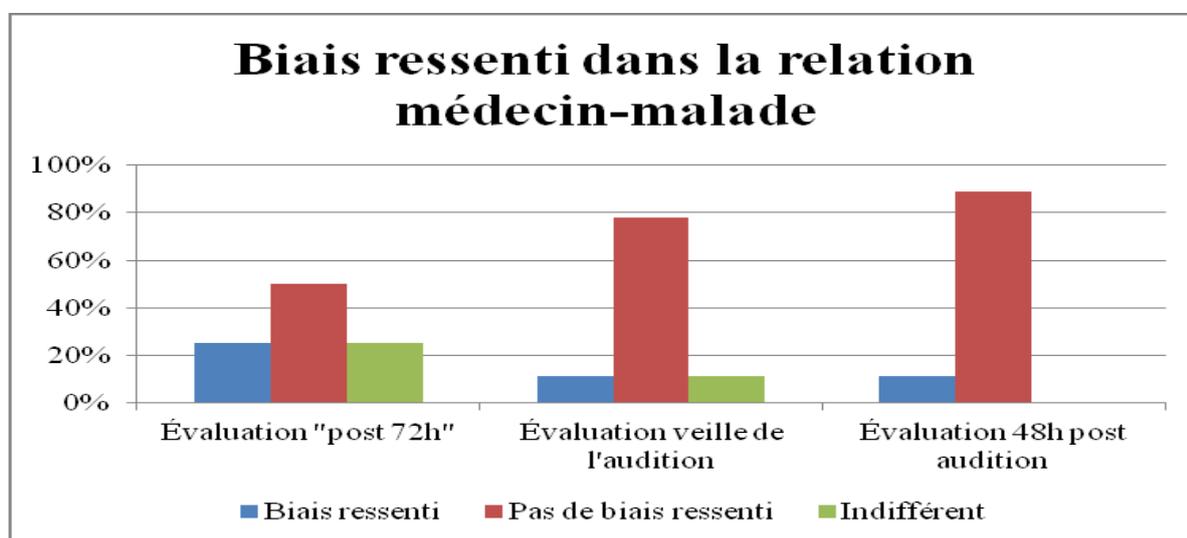
Le sentiment d'aide/défense des droits était présent chez 41,66% des patients, lors de la première évaluation, et chez 66,66% d'entre eux lors de la seconde évaluation. L'augmentation était de 60% entre ces deux évaluations (*p non significatif*). Lors de la dernière évaluation, cette proportion restait stable et évoluait de 0%.

Nous observions que lors des deux premières évaluations, l'indifférence était présente chez 33,33% des patients de l'échantillon. Ce sentiment baissait de 67% lors de la dernière évaluation, pour être présent chez 11,11% des patients (*p non significatif*).

Le sentiment d'inutilité existait chez 0% des patients lors des deux premières évaluations, puis était présent chez 8,33% des patients lors de l'évaluation des post 48 heures.

Le sentiment de méfiance/complot était présent chez 25% des patients lors de la première évaluation, puis chez 0% d'entre eux lors de la deuxième évaluation (*p non significatif*). Nous retrouvions ce sentiment chez 8,33% des patients de notre échantillon lors de la dernière évaluation (*p non significatif*).

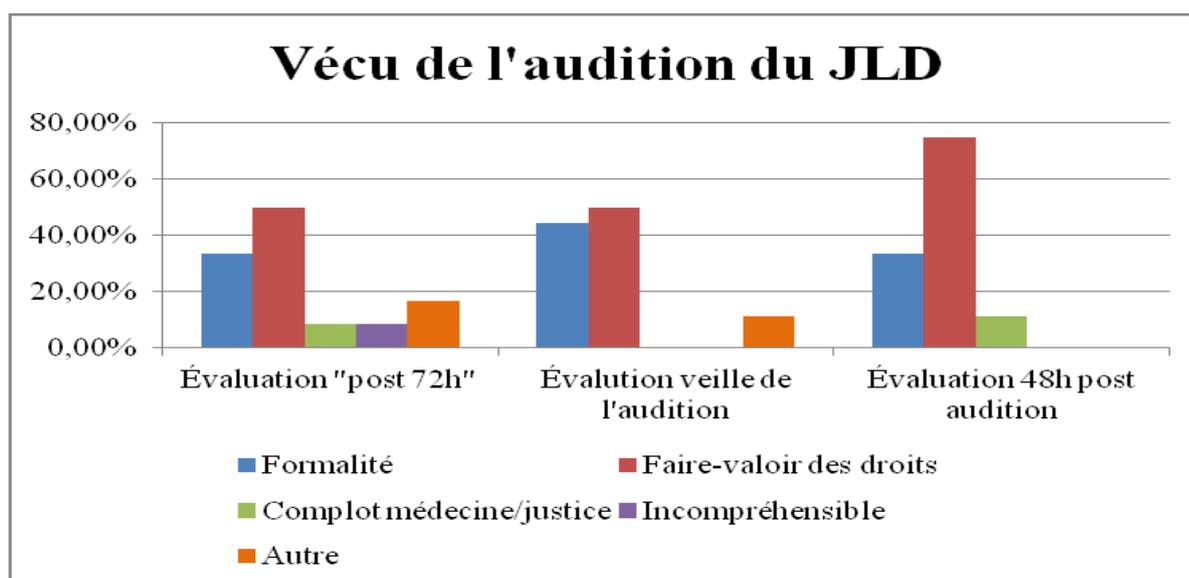
Biais ressenti dans la relation médecin-malade



Graphique 35 : Évolution de la proportion de patients ressentant un biais dans la relation médecin-malade, au cours du temps

50% des patients de notre échantillon estimait que l'intervention systématique du JLD n'entraînait pas de biais dans la relation médecin-malade, lors de la première évaluation. Cette proportion était à 77,77% lors de la seconde évaluation. Ceci représentait une augmentation de ce sentiment de 56% entre les deux évaluations (*p non significatif*). Lors de la dernière évaluation, l'absence de biais ressenti dans la relation médecin-malade était constatée par 88,88% des patients. Ceci constituait une augmentation de 14% de l'absence de biais ressenti dans la relation médecin-malade entre l'évaluation de la veille de l'audition et celle des 48 heures post audition (*p non significatif*).

Vécu de l'audition du JLD



Graphique 36 : Évolution de la proportion des différents vécus de l'audition du JLD, au cours du temps chez les patients de notre échantillon

50% des patients avait un vécu de l'audition du JLD comme un faire-valoir des droits, lors de la première évaluation. Cette proportion restait stable lors de la seconde évaluation. Lors de la dernière évaluation, 75% des patients avait un vécu de l'audition comme un faire-valoir des droits. Ceci représentait une augmentation de 50% entre la veille de l'audition et à 48 heures après l'audition (*p non significatif*).

Le vécu de l'audition comme une formalité représentait 33,33% de notre échantillon lors de la première évaluation, puis atteignait 44,44% lors de la seconde évaluation. Nous constatons donc une augmentation de 33%, du vécu de l'audition comme une formalité entre les deux premières évaluations (*p non significatif*). Le vécu de formalité était présent chez 25% des patients, lors de la dernière évaluation. Ceci représentait une baisse de 44% par rapport à la seconde évaluation (*p non significatif*).

Le vécu de l'audition comme un complot médecine-justice était présent chez 8,33% des patients de l'échantillon lors de la première évaluation. Lors de la seconde évaluation, nous observons 0% de ce type de vécu. Enfin, nous constatons que 11,33% des patients présentaient ce type de vécu lors de la dernière évaluation.

Les vécus « autre » représentaient 16,66% des patients de notre échantillon lors de la première évaluation, et étaient relatifs à un vécu de sortie d'hospitalisation. Nous constatons des vécus autres chez 8,33% des patients lors de la deuxième évaluation. Cette évolution constituait une baisse des vécus « autre » de l'audition du JLD de 50% (*p non significatif*).

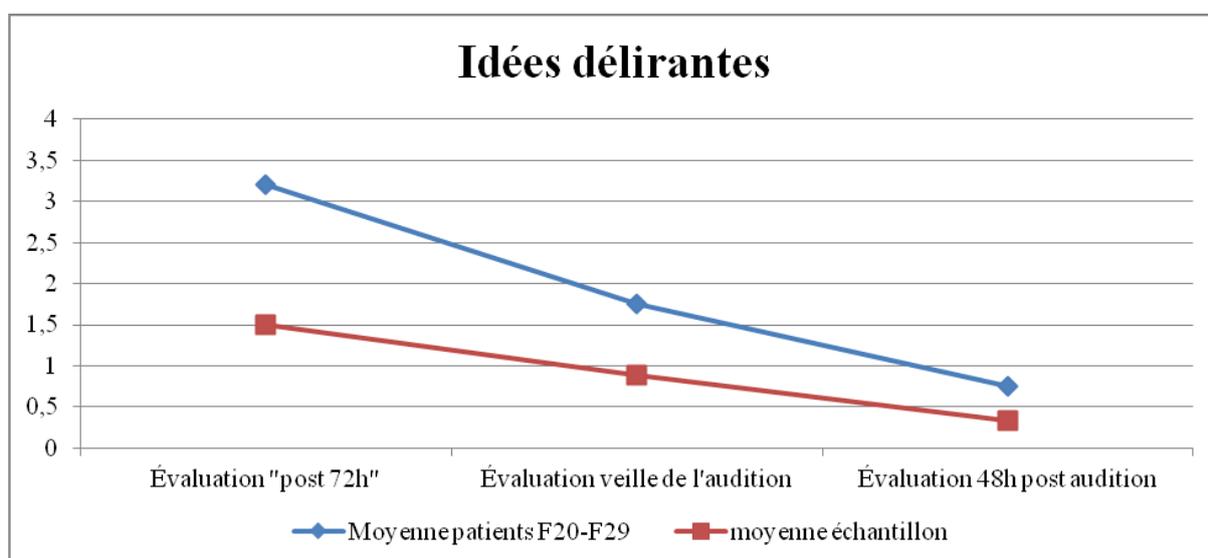
2. Analyse des variables en fonction des diagnostics ou de troubles de la personnalité associés

2.1. Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)

La population de patients dont le diagnostic était relatif à un trouble de type « schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » représentait 41,66% de notre échantillon.

2.1.1. Évolution de la symptomatologie clinique

Idées délirantes



Graphique 37 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne des idées délirantes chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps

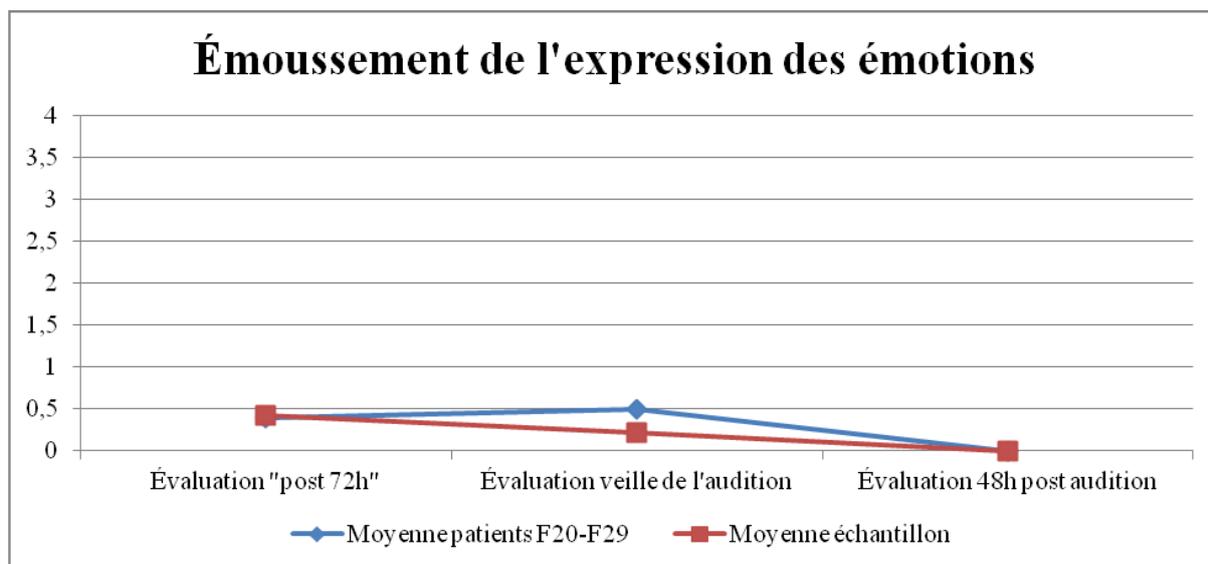
Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité des idées délirantes des patients ayant un diagnostic de type F20-F29, était cotée à 3,2 (ET=1,73), tandis qu'elle était cotée à 1,5 (ET=2,51) dans notre échantillon global. Ceci représentait une majoration de 113% de l'intensité des idées délirantes chez les patients ayant un diagnostic F20-F29 par rapport à l'échantillon total (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de l'intensité de la moyenne des idées délirantes de 45% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et de 41% dans notre échantillon total (*p non*

significatif). Nous constatons une majoration des symptômes de 96% chez les psychotiques par rapport à l'échantillon (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, l'intensité des idées délirantes était cotée à 1,75 (ET=1,3) chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et était cotée à 0,89 (ET=2,05) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de l'intensité des idées délirantes de l'ordre de 133% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et de l'ordre de 63% dans l'ensemble de notre échantillon.

La dernière évaluation mettait en évidence une moyenne de l'intensité des idées délirantes cotée à 0,75 (ET=0,84) chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et cotée à 0,33 (ET=2,95) dans l'ensemble de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci correspondait à une intensité des symptômes majorée de 127% chez les patients ayant un diagnostic F20-F29 par rapport à l'échantillon total (*p non significatif*).

Émoussement de l'expression des émotions



Graphique 38 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'émoussement de l'expression des émotions, chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps

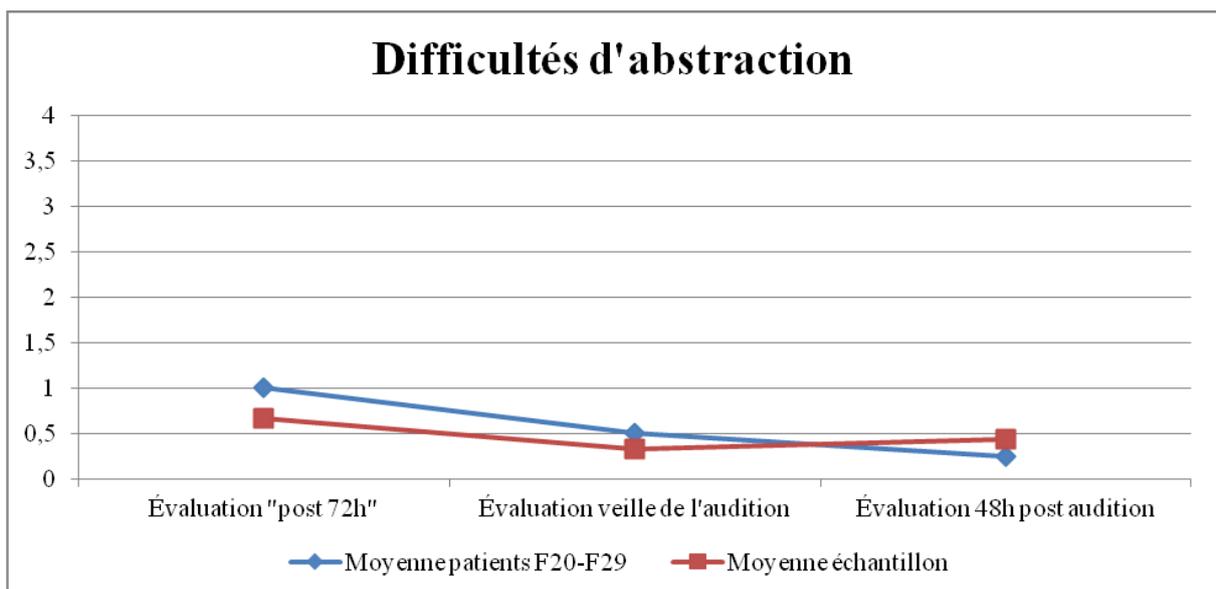
Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité de l'émoussement de l'expression des émotions chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, était cotée à 0,40 (ET=1,41), tandis qu'elle était cotée à 0,42 (ET=3,36) dans notre échantillon global. Cela représentait une différence de 5% entre les deux types de population (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une augmentation de l'intensité de la

moyenne de l'émoussement de l'expression des émotions de 25% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et une diminution de 48% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, l'intensité de l'émoussement de l'expression des émotions était cotée à 0,5 (ET=1,3) chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et était cotée à 0,22 (ET=3,49) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci représentait une différence de 127% entre les deux groupes. Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de l'intensité de l'émoussement de l'expression des émotions de l'ordre de 100% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et de l'ordre de 100% dans l'ensemble de notre échantillon.

La dernière évaluation ne mettait en évidence aucun émoussement de l'expression des émotions dans chacun des deux groupes, soit 0% de différence.

Difficultés d'abstraction



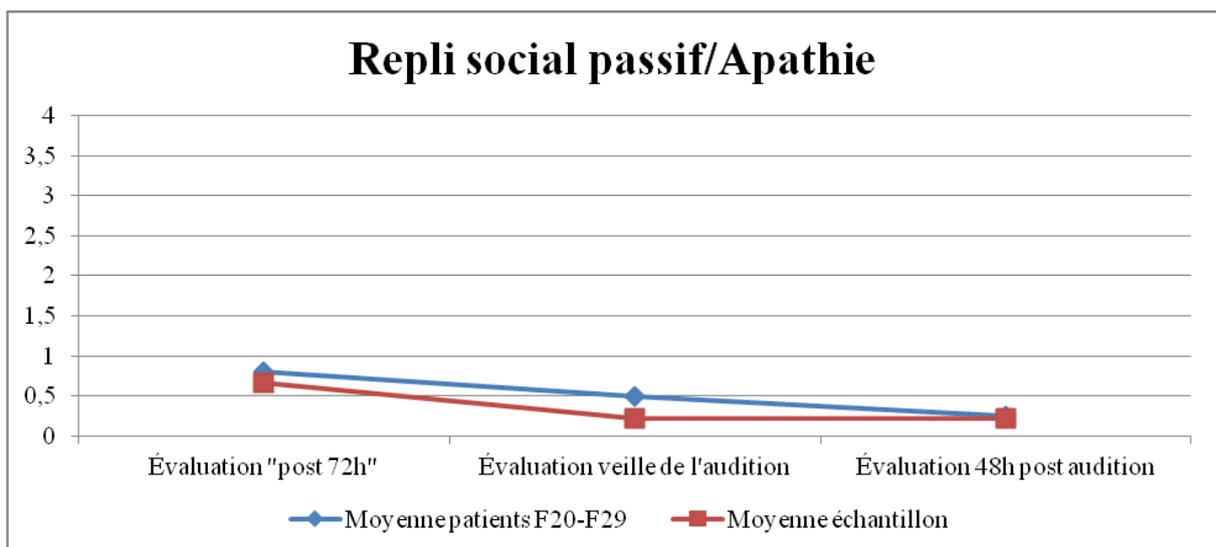
Graphique 39 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne des difficultés d'abstraction, chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps

Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité des difficultés d'abstraction chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, était cotée à 1 (ET=1,22), tandis qu'elle était cotée à 0,67 (ET=2,61) dans notre échantillon global. Ceci représentait une différence de 33% entre les deux types de population (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de l'intensité de la moyenne des difficultés d'abstraction de 50% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et de 51% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, l'intensité des difficultés d'abstraction était cotée à 0,5 (ET=1,1) chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et était cotée à 0,33 (ET=2,68) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci représentait une différence de 51% entre les deux groupes. Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de l'intensité des difficultés d'abstraction de l'ordre de 50% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et une augmentation de l'ordre de 33% dans l'ensemble de notre échantillon.

La dernière évaluation mettait en évidence une intensité des difficultés d'abstraction cotée à 0,25 (ET=0,3) chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et cotée à 0,44 (ET=0,49) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*). Ceci représentait une intensité 43% moindre chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 par rapport à l'échantillon total.

Repli social passif/apathie



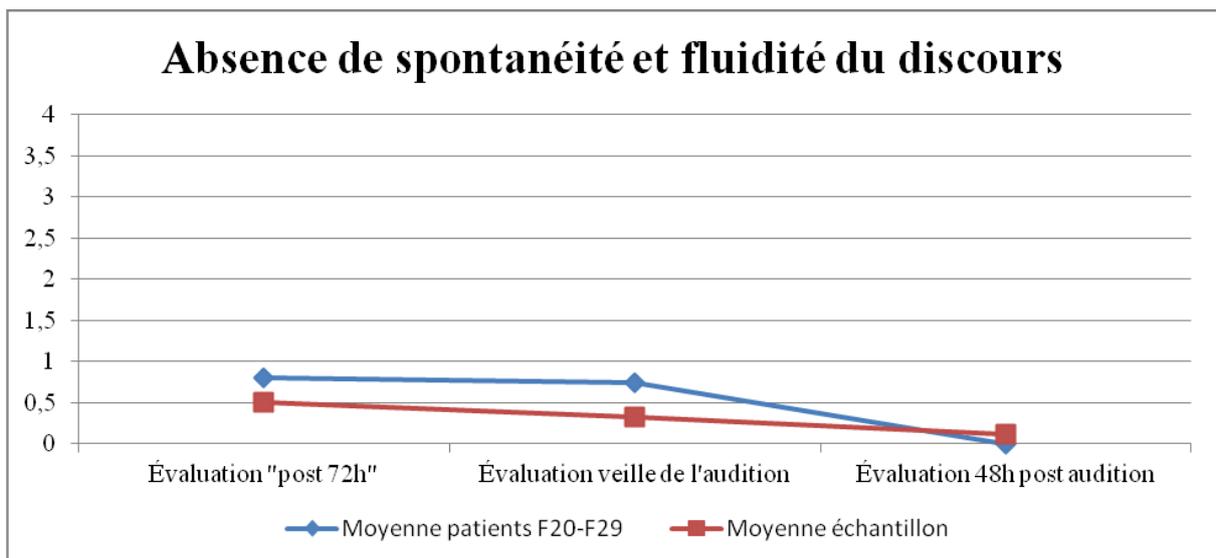
Graphique 40 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne du repli social passif/apathie, chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps

Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité du repli social passif/apathie chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, était cotée à 0,8 (ET=1,22), tandis qu'elle était cotée à 0,67 (ET=2,79) dans notre échantillon global. Ceci représentait une intensité plus importante de 19% chez les psychotiques (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de la moyenne de l'intensité du repli social passif/apathie, de 37% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et une diminution de 68% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, l'intensité du repli social passif/apathie était cotée à 0,5 (ET=1,1) chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et était cotée à 0,22 (ET=3,03) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci représentait une majoration de l'intensité des symptômes de 127% chez les psychotiques. Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de l'intensité des difficultés d'abstraction de 50% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et une absence d'évolution de 0% de l'intensité du repli social passif/apathie chez l'ensemble de notre échantillon.

La dernière évaluation mettait en évidence une intensité du repli social passif/apathie cotée à 0,25 (ET=1,3) chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et cotée à 0,22 (ET=3,03) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*). Ceci représentait une différence de 14% entre les deux groupes.

Absence de fluidité dans le discours



Graphique 41 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'absence de spontanéité et de fluidité du discours, chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps

Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité de l'absence de spontanéité et de fluidité dans le discours chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, était cotée à 0,8 (ET=1), tandis qu'elle était cotée à 0,5 (ET=3,05) dans notre échantillon global. Ceci représentait une intensité majorée de 60% chez les psychotiques (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de la moyenne de l'intensité de l'absence de spontanéité et de fluidité dans le discours de 6% chez les patients

ayant un diagnostic de type F20-F29, et une diminution de 34% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, la moyenne de l'intensité de l'absence de spontanéité et de fluidité dans le discours était coté à 0,75 (ET=1,3) chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et était cotée à 0,33 (ET=2,68) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci représentait une majoration de 127% de l'intensité chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29. Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de l'intensité des difficultés d'abstraction de 100% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et de 89% dans l'ensemble de notre échantillon.

La dernière évaluation ne mettait en évidence aucune absence de spontanéité et de fluidité dans le discours, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et une moyenne cotée à 0,11 (ET=3,49) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*).

2.1.2. Compréhension de l'information

Nécessité de reformulation de l'information

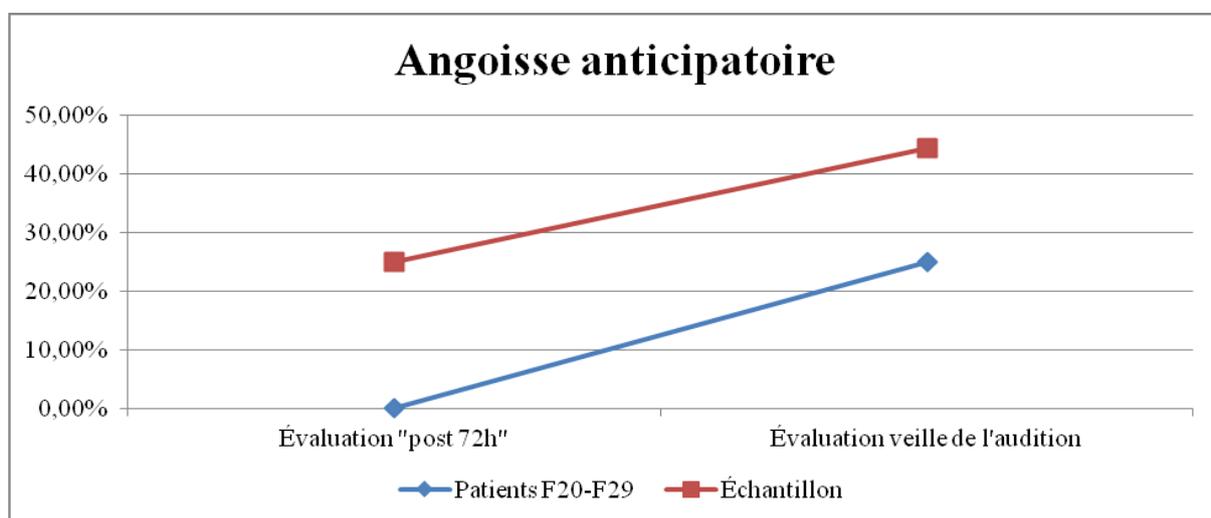
Nous constatons que 80% des patients ayant un diagnostic de type F20-F29 nécessitait une reformulation plusieurs fois, de l'information. Cette modalité de formulation de l'information était retrouvée chez 50% de l'échantillon total (*p non significatif*). Il existait ainsi une majoration de 60% de cette modalité de reformulation de l'information chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29. La veille de l'audition, nous observions une diminution de 38% de la nécessité de reformuler plusieurs fois l'information chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et de 56% dans notre échantillon total (*p non significatif*). Lors de l'évaluation de la veille de l'audition, il était nécessaire de reformuler plusieurs fois l'information, chez 50% des patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et chez 22,22% de notre échantillon total (*p non significatif*). Ceci représentait une majoration de 127% de la nécessité de reformuler plusieurs fois l'information chez les patients psychotiques.

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition	
	Échantillon total (%)	Patients F20-F29 (%)	Échantillon total (%)	Patient F20-F29 (%)
Non	33,33	0,00	66,66	50,00
Une fois	16,33	20,00	11,11	0,00
Plusieurs fois	50,00	80,00	22,22	50,00

Tableau 12 : Répartition de la proportion de nécessité de reformulation de l'information au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total

2.1.3. Perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

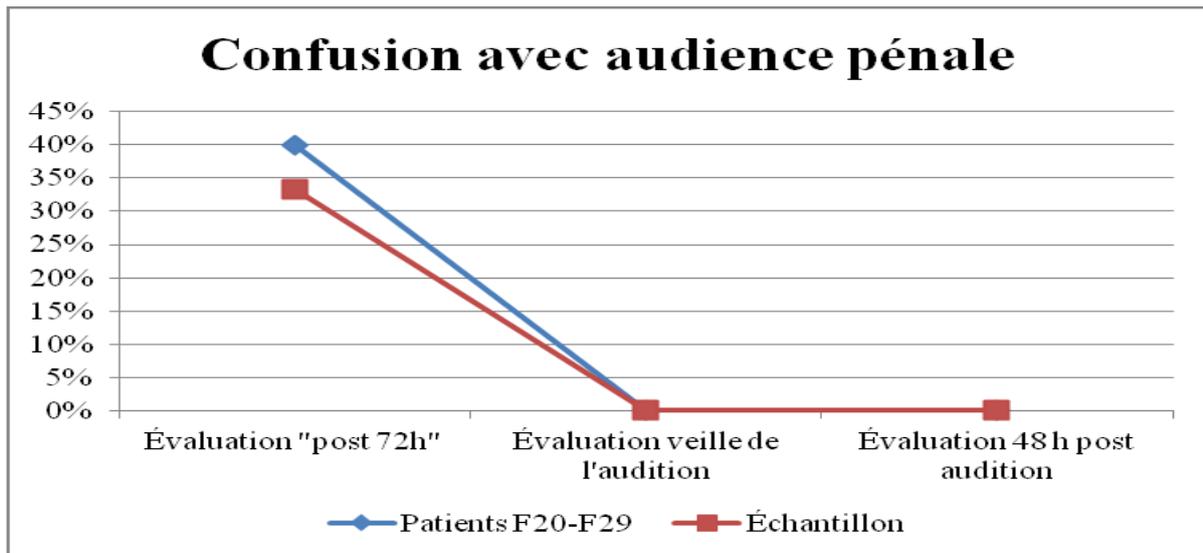
Angoisse anticipatoire



Graphique 42: Comparaison de l'évolution de la proportion de patients ayant une angoisse anticipatoire, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps

Nous remarquons une anxiété anticipatoire vis-à-vis de l'audition du JLD chez 0% des patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et chez 25% de notre échantillon total. Nous constatons une augmentation de ces proportions, respectivement de 25% et de 77% (*p non significatif*). Lors de l'évaluation de la veille de l'audition, 25% des patients ayant un diagnostic de type F20-F29 avait une angoisse anticipatoire vis-à-vis de l'audition et 44,44% de notre échantillon total (*p non significatif*). Lors de la dernière évaluation l'angoisse anticipatoire était de 44% moindre chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 que dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Confusion entre audience du Juge des Libertés et de la Détention et audience pénale



Graphique 43 : Comparaison de l'évolution de la proportion de patients confondant audition du Juge des Libertés et de la Détention et audience pénale, chez les patients avec un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total, au cours du temps

40% des patients ayant un diagnostic de type F20-F29, et 33,33% de l'échantillon total confondaient l'audition du JLD avec une audience pénale (*p non significatif*). Ceci représentait une majoration de 20% chez les patients psychotiques (*p non significatif*). Nous observons une absence de confusion dans les deux groupes lors de la seconde et de la troisième évaluation (*p non significatif*).

Vécu de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

Concernant le vécu de l'audition comme un faire valoir des droits, nous le constatons chez 60% des patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et chez 42% de notre échantillon total (*p non significatif*). Lors de la seconde évaluation, nous observons ce type de vécu chez 50% des patients avec un diagnostic de type F20-F29 et chez 66,66% de notre échantillon total (*p non significatif*). Il existait donc une diminution de la proportion de ce type de vécu de l'ordre de 17% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et une augmentation de 57% dans notre échantillon total (*p non significatif*). Enfin, lors de l'évaluation des 48 heures post audition, nous observons le vécu de l'audition comme un faire-valoir des droits, chez 75% des patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et 55,55% de notre échantillon total. Ceci représentait une augmentation de la proportion de ce type de vécu, de 50% chez les patients ayant un diagnostic du type F20-F29 et de 17% de la totalité de notre échantillon, soit un vécu

de faire valoir des droits 35% plus important chez les patients psychotiques (*p non significatif*).

Concernant le vécu de l'audition comme une formalité, il représentait 33% de l'échantillon total, et 20% des patients ayant un diagnostic de type F20-F29 (*p non significatif*). Les proportions de ce vécu augmentaient de 33% dans notre échantillon total et de 150% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29. La proportion de ce type de vécu était respectivement de 44,44% et 50% lors de la seconde évaluation (*p non significatif*), et de 33,33% et 25% lors de la dernière évaluation. L'évolution entre ces deux évaluations était en faveur d'une diminution de 33% dans notre échantillon total, et de 50% chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29.

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition		Évaluation 48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients F20-F29 (%)	Échantillon total (%)	Patients F20-F29 (%)	Échantillon total (%)	Patients F20-F29 (%)
Faire valoir les droits	42,00	60,00	66,66	50,00	55,55	75,00
Formalité	33,33	20,00	44,44	50,00	33,33	25,00
Complot	8,33	20,00	0	0	11,11	25,00
Incompréhensible	8,33	0	0	0	0	0
Autre	16,66	40,00	11,11	0	0	0

Tableau 13: Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition du JLD, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total

Biais ressenti dans la relation médecin-malade

Nous constatons un biais ressenti dans la relation médecin-malade, chez 25% de notre échantillon total, et 40% des patients ayant un diagnostic de type F20-F29 soit un biais ressenti plus fréquent de 60% chez les patients psychotiques (*p non significatif*). Nous constatons ensuite une diminution respective de ces proportions de 56% et de 60% (*p non significatif*). Lors de la seconde évaluation, 11,11% de notre échantillon total, et 25% des patients ayant un diagnostic de type F20-F29, ressentaient un biais dans la relation médecin-malade (*p non significatif*). Lors de la seconde évaluation, le biais ressenti dans la relation médecin-malade était 125% plus important dans la population de patients psychotiques que dans l'échantillon total (*p non significatif*). Lors de la dernière évaluation, ces proportions évoluaient de 0% (*p non significatif*).

	Post 72 h		Veille de l'audition		48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients F20-F29 (%)	Échantillon total (%)	Patients F20-F29	Échantillon total	Patients F20-F29
oui	25,00	40,00	11,11	25,00	11,11	25,00
Non	50,00	40,00	77,77	75,00	88,88	75,00
Indifférent	25,00	20,00	11,11	0,00	0	0,00

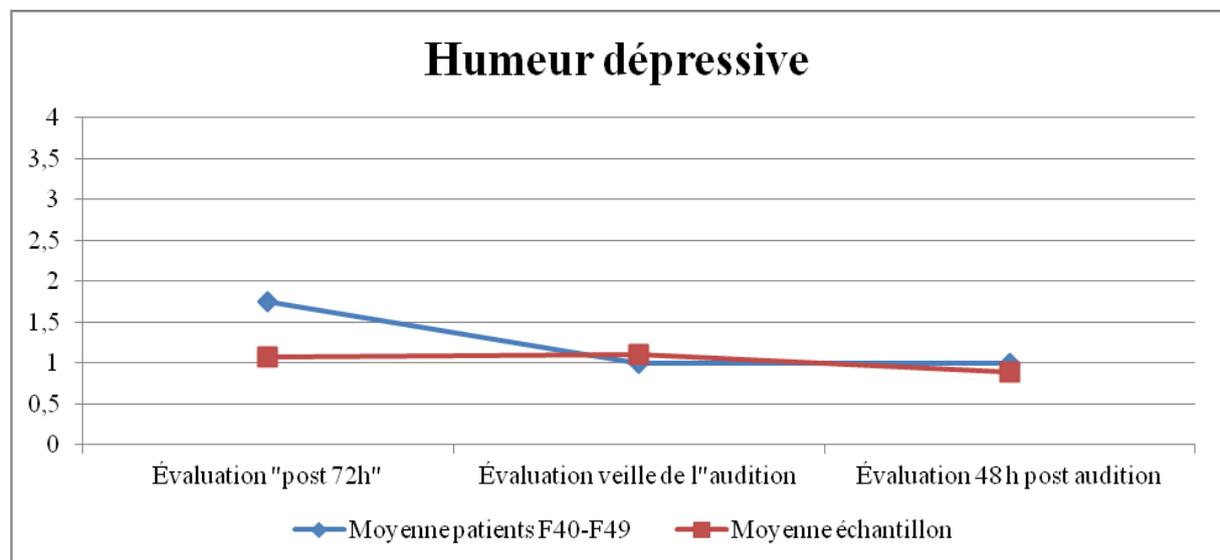
Tableau 14 : Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total

2.2. Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F49)

La population de patients dont le diagnostic était relatif à un trouble de type « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » représentait 33,33% de notre échantillon.

2.2.1. Évolution de la symptomatologie clinique

Humeur dépressive



Graphique 44 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'humeur dépressive, chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps

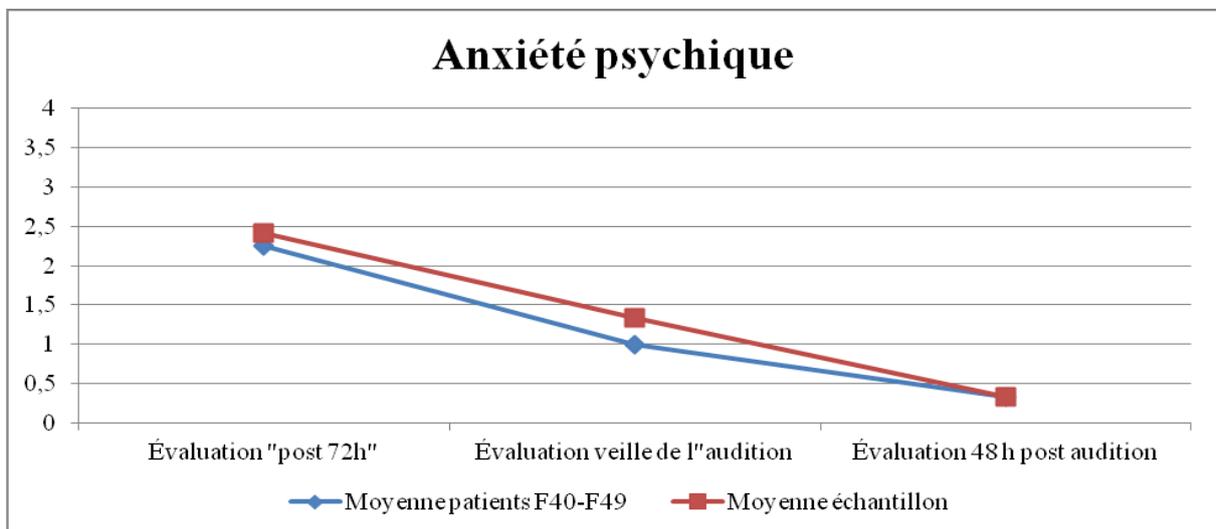
Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité de l'humeur dépressive chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, était cotée à 1,75 (ET=0,84), tandis qu'elle était cotée à 1,08 (ET=1,82) dans notre échantillon global. Ceci représentait une majoration de

62% de l'intensité des symptômes chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de la moyenne de l'intensité de l'humeur dépressive, de 43% chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et une augmentation de 2% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, l'intensité de la moyenne de l'intensité de l'humeur dépressive était cotée à 1 (ET=1,34) chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et était cotée à 1,11 (ET=1,79) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci représentait une différence de 0,9% entre les deux groupes. Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une stabilité de l'intensité de l'humeur dépressive chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et une diminution de 20% dans l'ensemble de notre échantillon.

La dernière évaluation mettait en évidence une moyenne de l'intensité de l'humeur dépressive cotée à 1 (ET=1,34) chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et une moyenne cotée à 0,89 (ET=2,05) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*). Ceci représentait une majoration de l'humeur dépressive de 12% chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49.

Anxiété psychique



Graphique 45 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'anxiété psychique, chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps

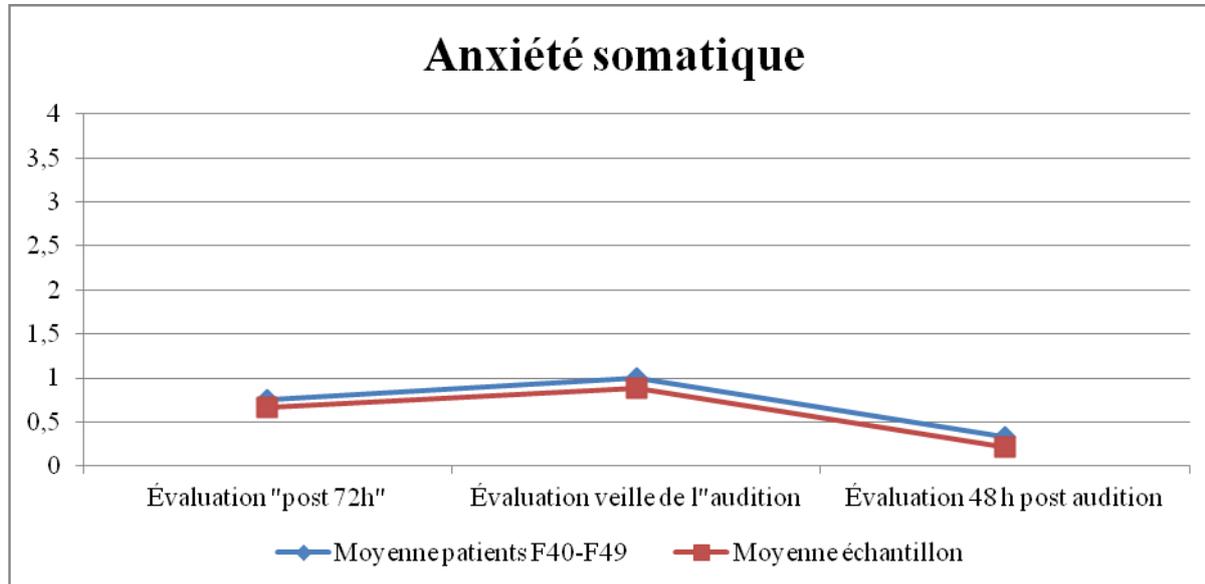
Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité de l'anxiété psychique chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, était cotée à 2,25 (ET=0,84), tandis qu'elle était

cotée à 2,42 (ET=1,52) dans notre échantillon global. Ceci représentait une différence de 0,7% entre les deux types de population (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de la moyenne de l'intensité de l'anxiété psychique, de 56% chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et une diminution de 45% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, l'intensité moyenne de l'anxiété psychique était cotée à 1 (ET=0,55) chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et était cotée à 1,33 (ET=1,48) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci représentait une anxiété psychique de 25% moindre chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49. Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de l'intensité de l'anxiété psychique de l'ordre de 67% chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et de 75% dans l'ensemble de notre échantillon (*p non significatif*).

La dernière évaluation mettait en évidence une anxiété psychique moyenne cotée à 0,33 (ET=0,89) chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et une moyenne cotée à 0,33 (ET=2,68) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*).

Anxiété somatique



Graphique 46 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'anxiété somatique, chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps

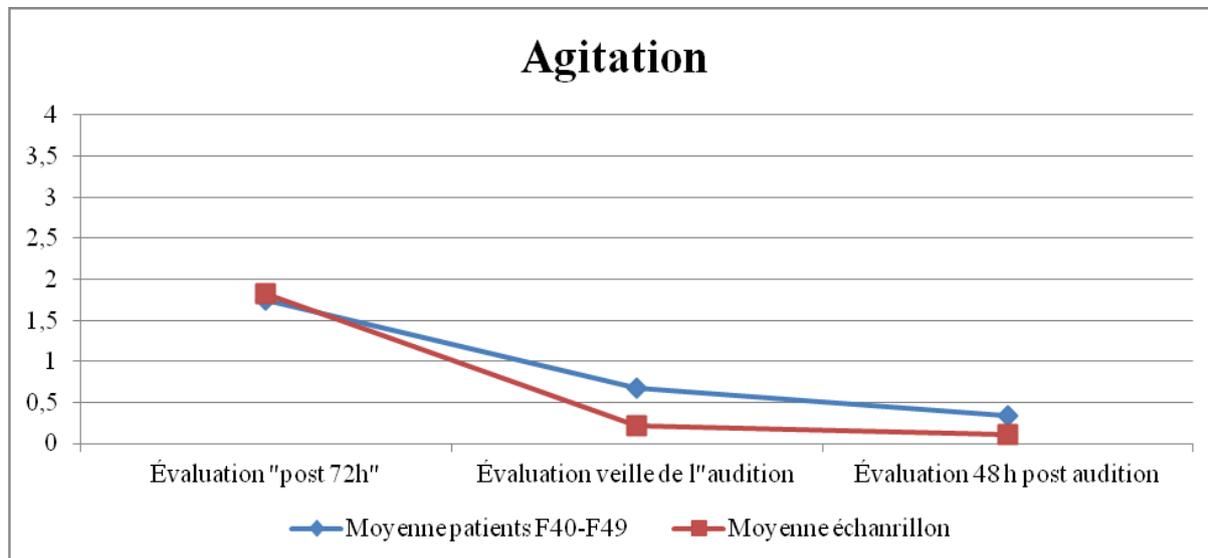
Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité de l'anxiété somatique chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, était cotée à 0,75 (ET=0,84), tandis qu'elle était cotée à 0,67 (ET=2,88) dans notre échantillon global. Ceci représentait une différence de 12%

entre les deux types de population (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une augmentation de la moyenne de l'anxiété somatique, de 33% chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et de 33% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, la moyenne l'intensité de l'anxiété somatique était cotée à 1 (ET=0,55) chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et était cotée à 0,89 (ET=1,79) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci représentait une différence de 12% entre les deux groupes. Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de l'intensité de l'anxiété somatique chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 de l'ordre de 67%, et de l'ordre de 75% pour l'ensemble de notre échantillon.

La dernière évaluation mettait en évidence une anxiété somatique moyenne cotée à 0,33 (ET=0,89) chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et une moyenne cotée à 0,22 (ET=3,03) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*), soit une anxiété somatique majorée de 50% chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49.

Agitation



Graphique 47 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'agitation chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps

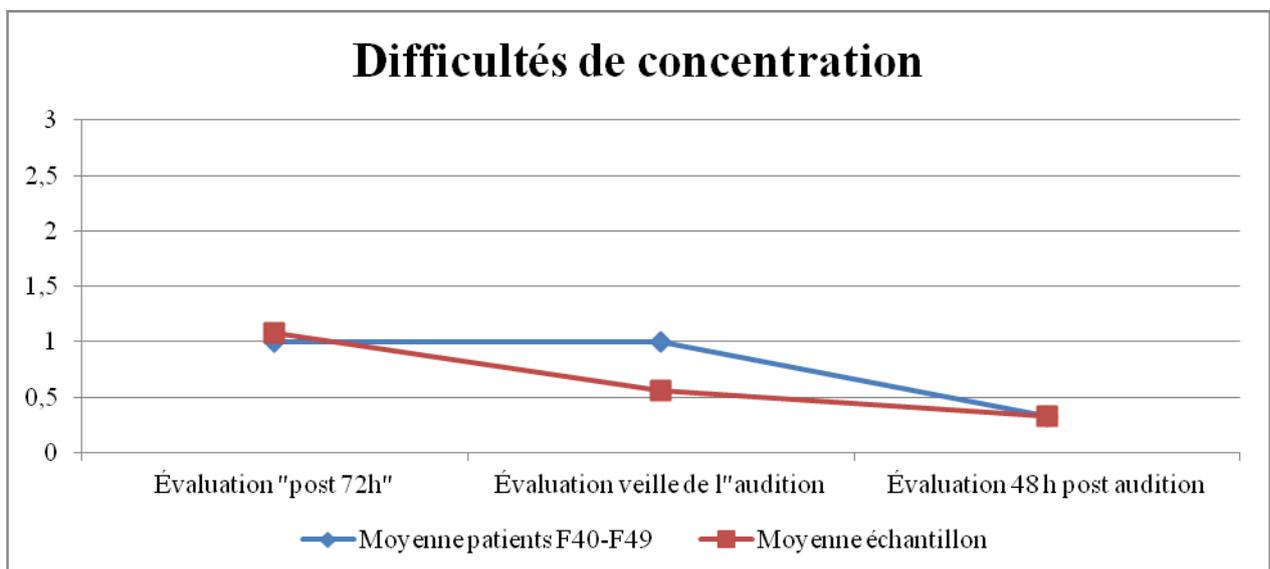
Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité de l'agitation chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, était cotée à 1,75 (ET=0,84), tandis qu'elle était cotée à 1,83 (ET=1,52) dans notre échantillon total. Ceci représentait une différence de 0,04% entre les deux types de population (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous

constatons une diminution de la moyenne de l'intensité de l'agitation, de 62% chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et de 88% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, la moyenne de l'intensité de l'agitation était cotée à 0,67 (ET=0,89) chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et était cotée à 0,22 (ET=3,49) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci représentait une majoration de 205% de l'agitation chez les patients ayant un diagnostic F40-F49 par rapport à l'échantillon total (*p non significatif*). Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de la moyenne de l'intensité de l'agitation chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, de l'ordre de 51%, et de l'ordre de 50% dans l'ensemble de notre échantillon total.

La dernière évaluation mettait en évidence une moyenne de l'intensité de l'agitation cotée à 0,33 (ET=0,89) chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et une moyenne cotée à 0,11 (ET=3,49) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*). Ceci représentait une différence de 200% entre les deux groupes.

Difficultés de concentration



Graphique 48 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne des difficultés de concentration chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps

Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité des difficultés de concentration chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, était cotée à 1 (ET=0,84), tandis qu'elle était cotée à 1,08 (ET=1,41) dans notre échantillon global. Ceci représentait une différence de 0,07% entre les deux types de population (*p non significatif*). Entre la première et la seconde

évaluation, nous constatons une stabilité de la moyenne de l'intensité des difficultés de concentration chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et une diminution de 48% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, la moyenne de l'intensité des difficultés de concentration était cotée à 1 (ET=1,34) chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et était cotée à 0,56 (ET=1,79) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci représentait une intensité majorée de 79% chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49. Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de l'ordre de 67%, de l'intensité de l'agitation chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et de l'ordre de 41% dans l'ensemble de notre échantillon.

La dernière évaluation mettait en évidence une moyenne des difficultés de concentration cotée à 0,33 (ET=0,89) chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et une moyenne cotée à 0,33 (ET=2,87) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*). Ceci représentait une différence de 0% entre les deux groupes.

2.2.2. Compréhension de l'information

Reformulation de l'information

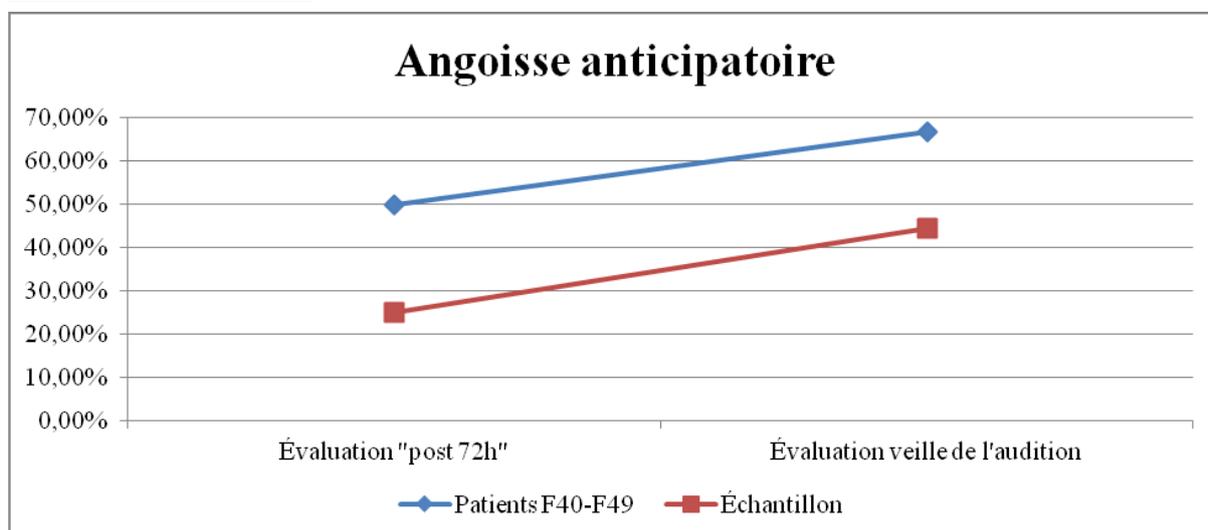
Nous constatons que 25% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49 nécessitait une reformulation plusieurs fois, de l'information. Cette modalité de formulation de l'information était retrouvée chez 50% de l'échantillon total (*p non significatif*). La veille de l'audition, nous observons une diminution de 100% de la nécessité de reformuler plusieurs fois l'information chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et de 56% dans notre échantillon total (*p non significatif*). Lors de l'évaluation de la veille de l'audition, il était nécessaire de reformuler plusieurs fois l'information, chez 0% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49, et chez 22,22% de notre échantillon total (*p non significatif*). L'absence de nécessité de reformulation était 125% plus fréquente chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49, par rapport à l'échantillon total lors de la première évaluation, et 12,5% plus fréquent lors de la seconde évaluation (*p non significatif*).

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition	
	Échantillon total (%)	Patients F40-F49 (%)	Échantillon total (%)	Patient F40-F49 (%)
Non	33,33	75,00	66,66	75,00
Une fois	16,33	0,00	11,11	25,00
Plusieurs fois	50,00	25,00	22,22	0,00

Tableau 15 : Répartition de la proportion de la nécessité de reformulation de l'information au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total

2.2.3. Perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

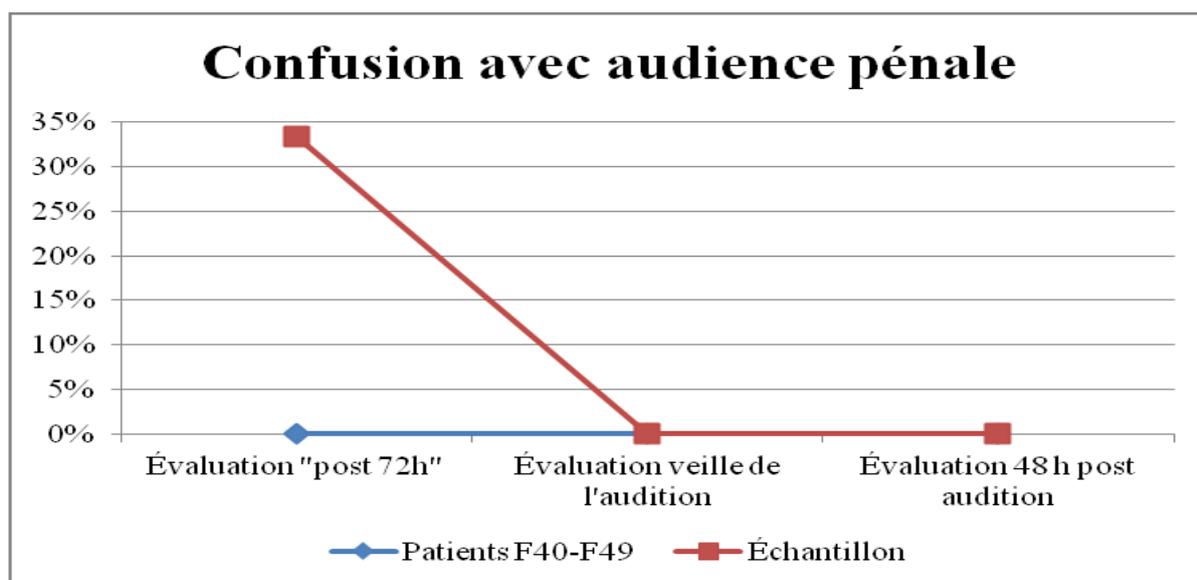
Angoisse anticipatoire



Graphique 49 : Comparaison de l'évolution, de la proportion de l'angoisse anticipatoire vis-à-vis du Juge des Libertés et de la Détention, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps

Nous remarquons une anxiété anticipatoire vis-à-vis de l'audition du JLD chez 50% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et chez 25% de notre échantillon total, soit une majoration de 100% chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49 par rapport à l'échantillon total. Ensuite, nous constatons une augmentation de ces proportions, respectivement de 33% et de 77% (*p non significatif*). Lors de l'évaluation de la veille de l'audition, 66,66% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49 avait une angoisse anticipatoire vis-à-vis de l'audition et 44,44% de notre échantillon total (*p non significatif*).

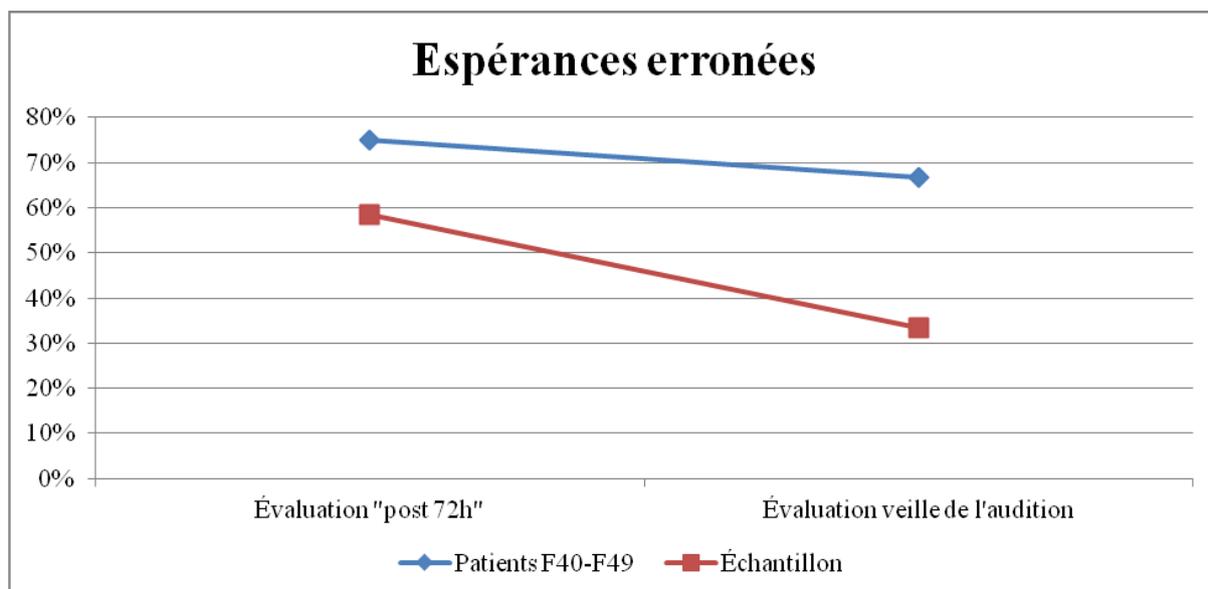
Confusion entre audience du Juge des Libertés et de la Détention et audience pénale



Graphique 50: Comparaison de l'évolution de la proportion de confusion entre audience du JLD et audience pénale, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps

0% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49 confondait l'audition du JLD avec une audience pénale au cours du temps.

Espérances erronées des attributions du JLD



Graphique 51: Comparaison de l'évolution de la proportion de patients ayant des espérances erronées des attributions du Juge des Libertés et de la Détention, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total, au cours du temps

Nous observions que 75% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49 avait des espérances erronées des attributions du JLD, lors de la première évaluation. Cette proportion diminuait de 11%, pour atteindre 66,66% lors de la seconde évaluation (*p non significatif*). Parallèlement, nous constatons une proportion de 58,33% des patients de l'échantillon total ayant ce type d'espérances. Cette proportion diminuait de 43% lors de l'évaluation de la veille de l'audition, et atteignait 33,33% des patients de l'échantillon total (*p non significatif*). Il existait donc une différence de proportion de 29% entre les deux groupes lors de la première évaluation, et de 100% lors de la deuxième évaluation (*p non significatif*).

Vécu de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

Concernant le vécu de l'audition comme un faire valoir des droits, nous le constatons chez 50% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et chez 42% de notre échantillon total (*p non significatif*). Lors de la seconde évaluation, nous observons ce type de vécu chez 100% des patients avec un diagnostic de type F40-F49 et chez 66,66% de notre échantillon total (*p non significatif*). Il existait donc une augmentation de la proportion de ce type de vécu respectivement de l'ordre de 100% et une augmentation de 57% dans notre échantillon total (*p non significatif*). Enfin, lors de l'évaluation des 48 heures post audition, nous observons le vécu de l'audition comme un faire-valoir des droits, chez 33,33% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et 55,55% de notre échantillon total. Ceci représentait une diminution de la proportion de ce type de vécu, de 67% chez les patients ayant un diagnostic du type F40-F49 et de 17% de la totalité de notre échantillon.

Concernant le vécu de l'audition comme une formalité, il représentait 33% de l'échantillon total, et 50% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49 (*p non significatif*). Les proportions de ce vécu augmentaient de 33% dans notre échantillon total et chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49. La proportion de ce type de vécu était respectivement de 44,44% et 66,66% lors de la seconde évaluation (*p non significatif*), et de 33,33% et 66,66% lors de la dernière évaluation. L'évolution entre ces deux évaluations était en faveur d'une diminution de 33% dans notre échantillon total, et d'une stabilité chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49. Le ressenti de formalité était de 50% plus fréquent lors de la dernière évolution, chez les patients avec un diagnostic de type F40-F49, par rapport à notre échantillon total (*p non significatif*).

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition		Évaluation 48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients F40-F49 (%)	Échantillon total (%)	Patients F40-F49 (%)	Échantillon total (%)	Patients F40-F49 (%)
Faire valoir les droits	42,00	50,00	66,66	100,00	55,55	33,33
Formalité	33,33	50,00	44,44	66,66	33,33	66,66
Complot	8,33	0,00	0	0	11,11	0
Incompréhensible	8,33	0,00	0	0	0	0
Autre	16,66	0,00	11,11	0	0	0

Tableau 16: Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition du JLD, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total

Biais ressenti dans la relation médecin-malade

Nous observons que 0% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49 ressentait un biais, sans modification de cette proportion au cours des diverses évaluations (*p non significatif*).

	Post 72 h		Veille de l'audition		48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients F40-F49 (%)	Échantillon total (%)	Patients F40-F49	Échantillon total	Patients F40-F49
oui	25,00	0	11,00	0	11,00	0
Non	50,00	100	77,77	100	88,88	100
Indifférent	25,00	0	11,00	0	0	0

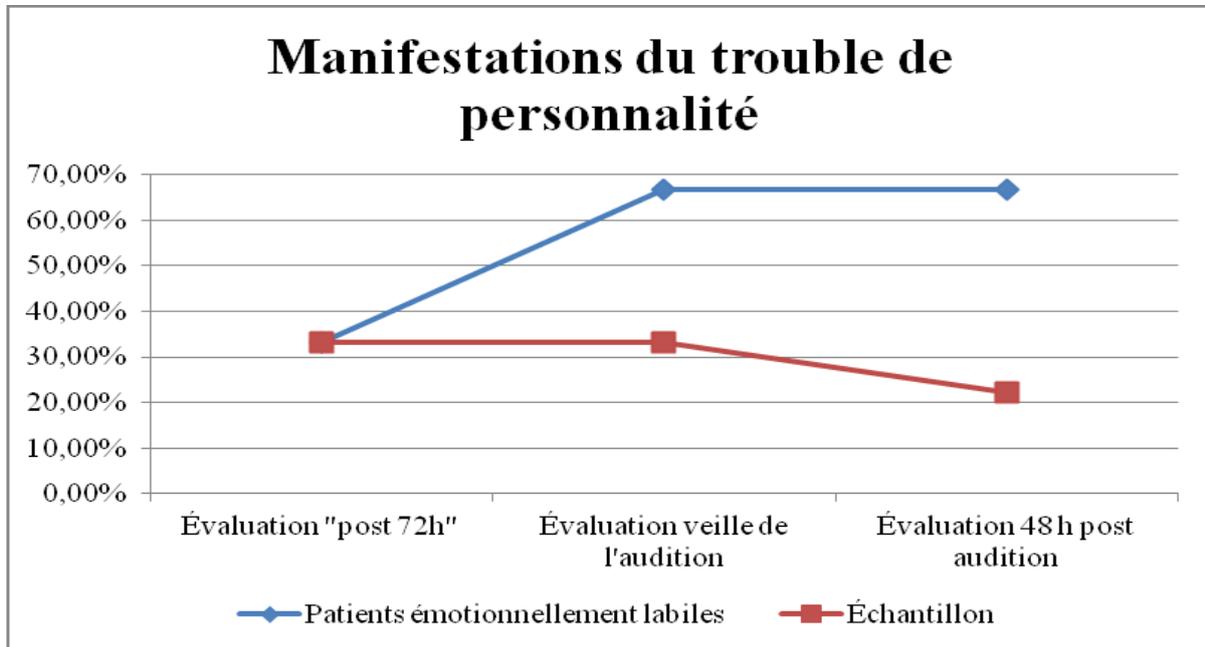
Tableau 17: Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total

2.3. Personnalité émotionnellement labile

La population de patients dont le diagnostic de trouble de personnalité était relatif à une personnalité émotionnellement labile représentait 33,33% de notre échantillon et 44,44% des patients ayant des troubles de personnalité.

2.3.1. Évolution de la symptomatologie clinique

Manifestation pathologique du trouble de personnalité en lien avec l'audition du JLD

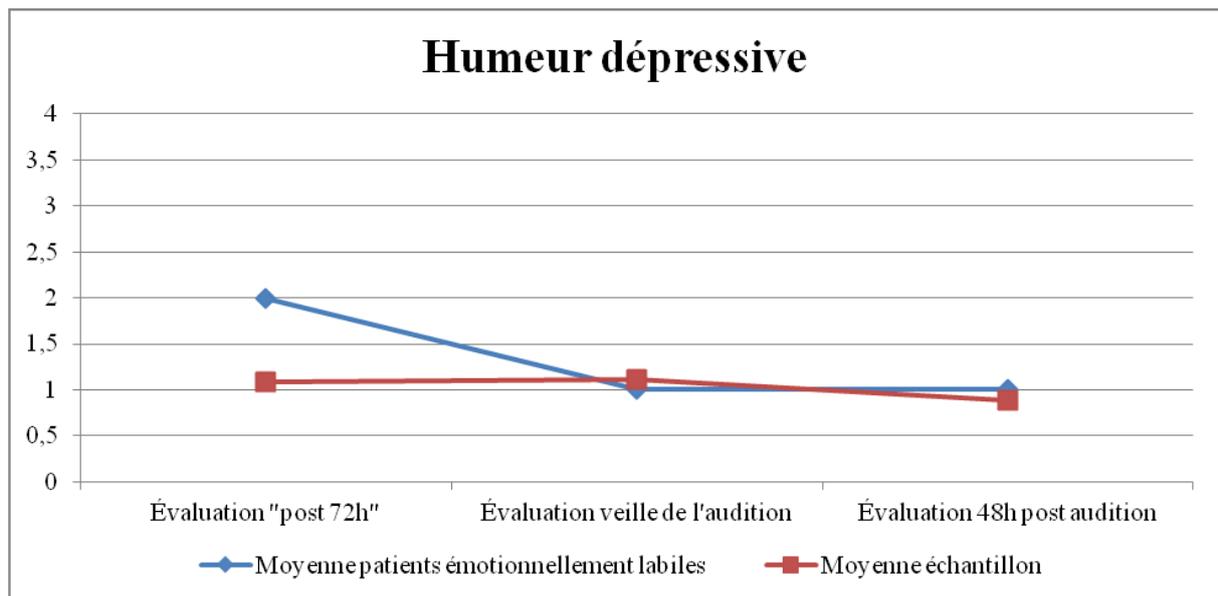


Graphique 52 : Comparaison de l'évolution de la proportion de manifestations du trouble de personnalité, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps

Nous observons des manifestations du trouble de personnalité chez 33,33% des patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et dans notre échantillon total (*p non significatif*). Cette proportion restait la même lors de la seconde évaluation, dans l'échantillon global. Nous constatons une augmentation des manifestations du trouble de personnalité de 100% la veille de l'audition, chez les patients ayant un trouble de personnalité émotionnellement labile. Lors de cette évaluation, la différence entre les deux groupes était de 100% (*p non significatif*).

La proportion de manifestations de troubles de personnalité était stable chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, soit une évolution de 0%. Nous observons une diminution de 50% des manifestations du trouble de la personnalité dans notre échantillon global (*p non significatif*). Nous constatons que 66,66% des patients ayant une personnalité émotionnellement labile avait ce type de manifestations et 22,22% de notre échantillon total (*p non significatif*).

Humeur dépressive



Graphique 53 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'humeur dépressive chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps

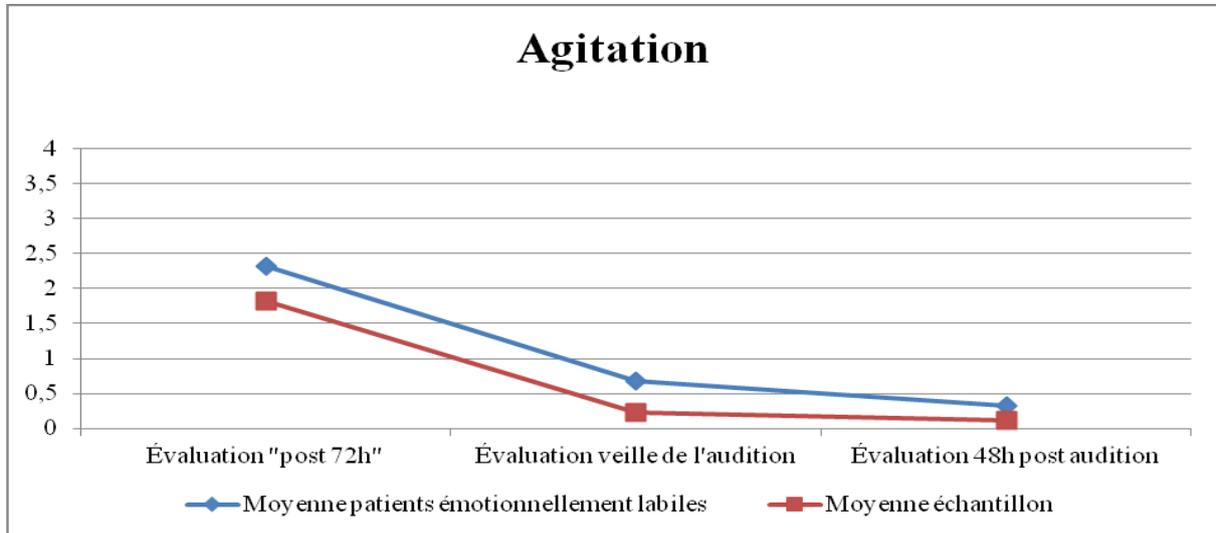
Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité de l'humeur dépressive chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, était cotée à 2 (ET=0,55), et 1,08 (ET=1,82) dans notre échantillon total. La différence entre ces deux intensités était de 85% (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de la moyenne de l'intensité de l'humeur dépressive, de 100% chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et une augmentation de 13% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, la moyenne de l'intensité de l'humeur dépressive était cotée à 1 (ET=1,34) chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et était cotée à 1,11 (ET=1,79) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). La différence entre les deux groupes était de 0,9%. Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une stabilité de l'intensité des troubles chez les patients avec une personnalité émotionnellement labile, et une diminution des troubles, de 20% dans l'ensemble de notre échantillon (*p non significatif*).

La dernière évaluation mettait en évidence une moyenne de l'intensité de l'humeur dépressive cotée à 1 (ET=1,34) chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et une

moyenne cotée à 0,89 (ET=2,05) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*). Ceci constituait une différence de 12% entre les deux groupes.

Agitation



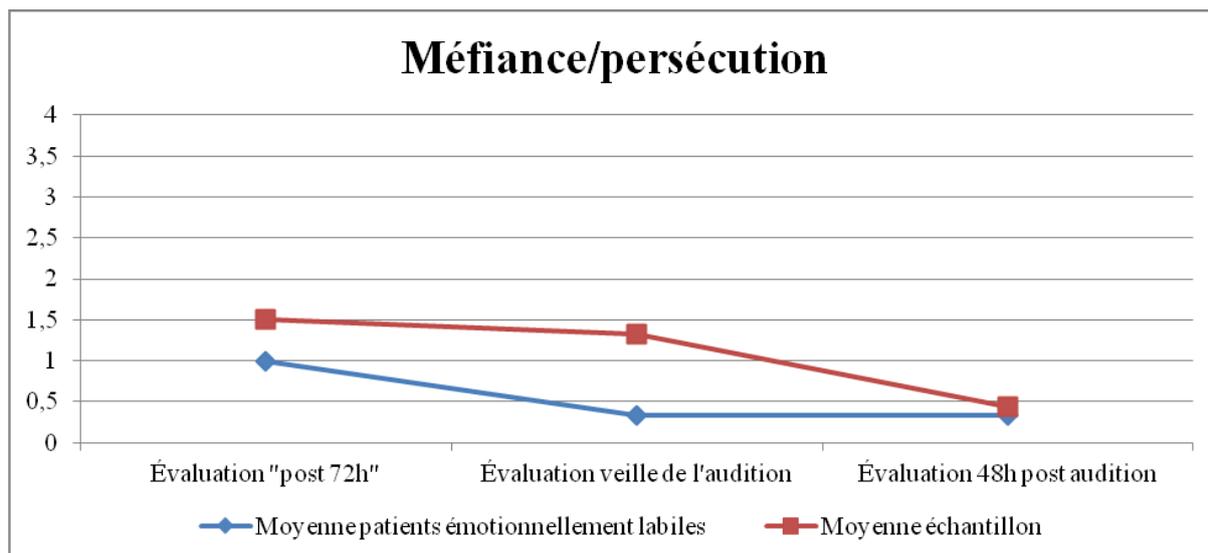
Graphique 54 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'agitation chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps

Lors de la première évaluation, la moyenne de l'agitation chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, était cotée à 2,33 (ET=0,89), et 1,83 (ET=1,52) dans notre échantillon total. L'intensité de l'agitation était 27% plus importante chez les patients émotionnellement labiles. Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une baisse de la moyenne de l'agitation, de 71% chez les patients avec une personnalité émotionnellement labile, et de 80% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, l'agitation moyenne était cotée à 0,67 (ET=2,89) chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et était cotée à 0,22 (ET=3,49) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de l'intensité des troubles chez les patients avec une personnalité émotionnellement labile, de l'ordre de 51%, et de 50% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

La dernière évaluation mettait en évidence une agitation moyenne cotée à 0,33 (ET=0,89) chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et une moyenne cotée à 0,11 (ET=23,49) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*). L'agitation était alors 200% plus importante chez les patients émotionnellement labiles (*p non significatif*).

Méfiance/Persécution



Graphique 55 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne des éléments de méfiance/persécution, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps

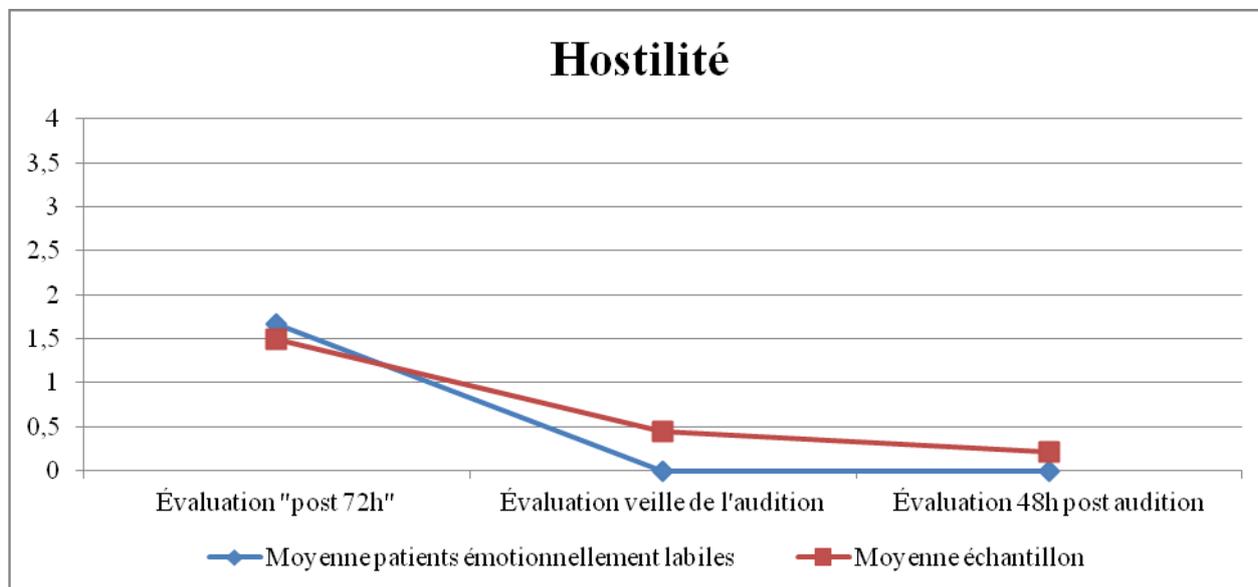
Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité des éléments de méfiance/persécution chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, était cotée à 1 (ET=0,55), et 1,5 (ET=1,67) dans notre échantillon total. La différence entre ces deux intensités était évaluée à 33% (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de la moyenne de l'intensité des manifestations pathologiques du trouble de la personnalité, de l'ordre de 67%, et de 11% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, la moyenne de l'intensité des éléments de méfiance/persécution était cotée à 0,33 (ET=0,89) chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et était cotée à 1,33 (ET=1,48) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Ceci représentait une intensité moindre de 75% chez les patients émotionnellement labiles (*p non significatif*). Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une stabilité de l'intensité des troubles chez les patients avec une personnalité émotionnellement labile, et une diminution de l'intensité, de 67% dans l'ensemble de notre échantillon (*p non significatif*).

La dernière évaluation mettait en évidence une moyenne de l'intensité des éléments de méfiance/persécution cotée à 0,33 (ET=0,89) chez les patients ayant un diagnostic de personnalité émotionnellement labile, et une moyenne cotée à 0,22 (ET=2,46) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*). Ceci représentait une majoration de 50%

des symptômes, chez les patients émotionnellement labiles par rapport à l'échantillon total (*p non significatif*).

Hostilité



Graphique 56 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'hostilité, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps

Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité de l'hostilité chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, était cotée à 1,67 (ET=0,89), et 1,5 (ET=1,14) dans notre échantillon total. Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de 100% de la moyenne de l'intensité des manifestations pathologiques du trouble de la personnalité, et de 70% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, l'hostilité était à 0 (ET=1,34) chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et était cotée à 0,44 (ET=2,49) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une stabilité de l'intensité des troubles chez les patients avec une personnalité émotionnellement labile, et une diminution de l'intensité des manifestations pathologiques du trouble de personnalité, de 50% dans l'ensemble de notre échantillon (*p non significatif*).

La dernière évaluation mettait en évidence une hostilité moyenne cotée à 0 (ET=1,34) chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et une moyenne cotée à 0,22 (ET=3,03) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*).

2.3.2. Compréhension de l'information

Nécessité de reformuler l'information

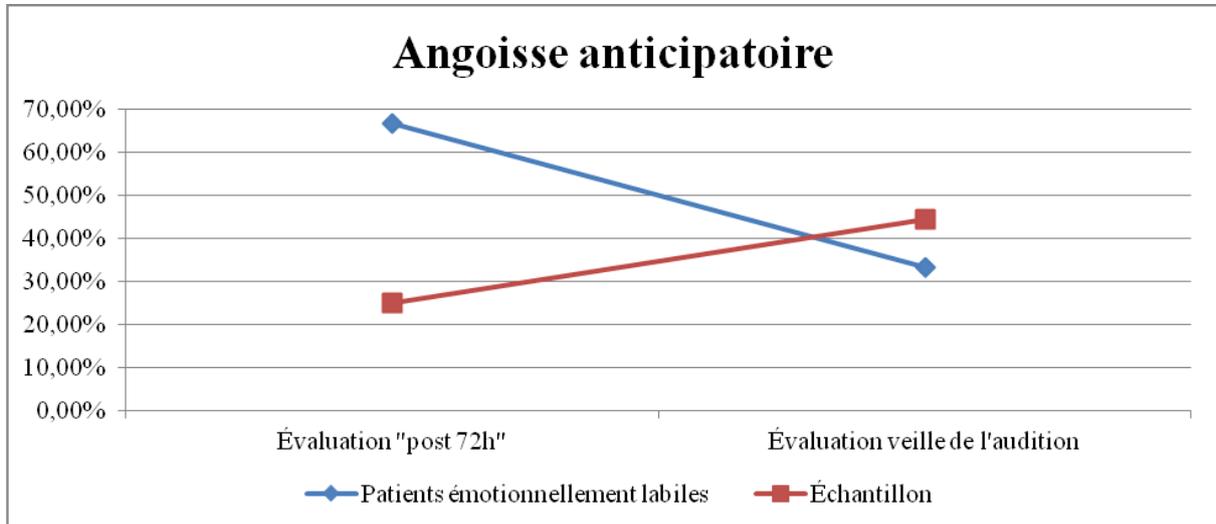
Nous constatons que 33,33 % des patients ayant une personnalité émotionnellement labile nécessitait une reformulation plusieurs fois, de l'information. Cette modalité de formulation de l'information était retrouvée chez 50% de l'échantillon total (*p non significatif*). La veille de l'audition, nous observons une diminution de 100% de la nécessité de reformuler plusieurs fois l'information chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et de 56% dans notre échantillon total (*p non significatif*). Nous constatons parallèlement lors de cette évaluation que 33,33% des patients avec une personnalité émotionnellement labile nécessitait une reformulation de l'information, contre 11,11% dans notre échantillon total (*p non significatif*). Lors de l'évaluation de la veille de l'audition, il était nécessaire de reformuler plusieurs fois l'information, chez 0% des patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et chez 22,22% de notre échantillon total (*p non significatif*).

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition	
	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)
Non	33,33	66,66	66,66	66,66
Une fois	16,33	0,00	11,11	33,33
Plusieurs fois	50,00	33,33	22,22	0,00

Tableau 18 : Répartition de la proportion de la nécessité de reformuler l'information, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total

2.3.3. Perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

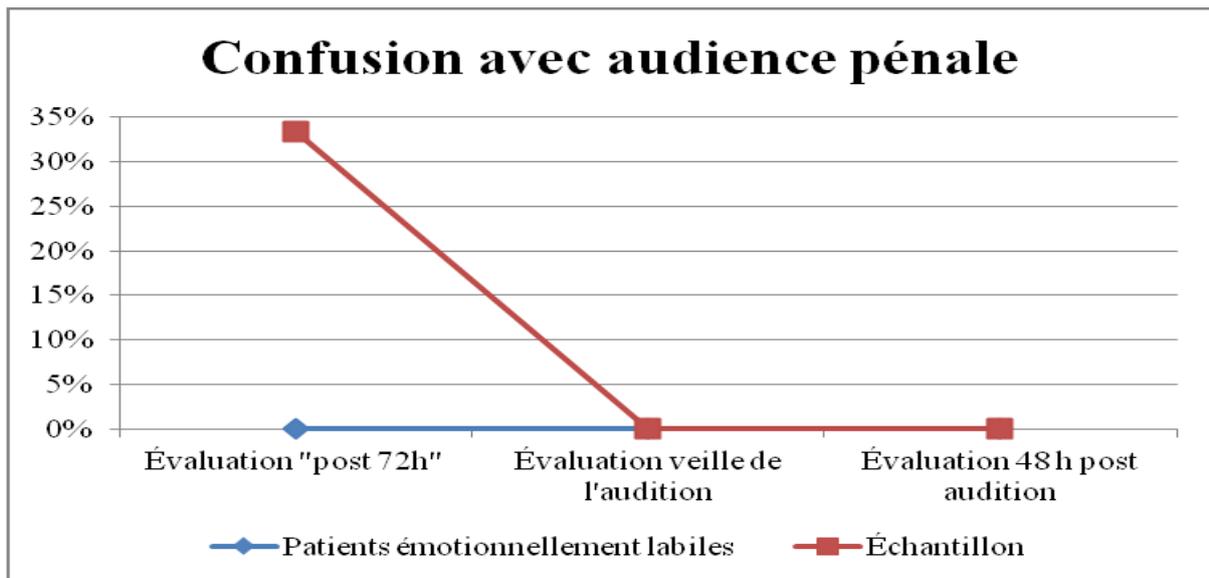
Angoisse anticipatoire



Graphique 57: Comparaison de l'évolution de la proportion de patients manifestant une angoisse anticipatoire, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et dans notre échantillon total, au cours du temps

Nous remarquons une anxiété anticipatoire vis-à-vis de l'audition du JLD chez 66,66% des patients ayant une personnalité émotionnellement labile et chez 25% de notre échantillon total. Il existait une différence de 166% dans la répartition de l'angoisse entre les deux troubles (*p non significatif*). Nous constatons une diminution de cette proportion de 50% chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et une augmentation de 77% de cette proportion dans notre échantillon total (*p non significatif*). Lors de l'évaluation de la veille de l'audition, 33,33% des patients ayant une personnalité émotionnellement labile avait une angoisse anticipatoire vis-à-vis de l'audition et 44,44% de notre échantillon total (*p non significatif*). Il existait une différence de la proportion de l'angoisse anticipatoire, de l'ordre de 25% entre les deux groupes (*p non significatif*).

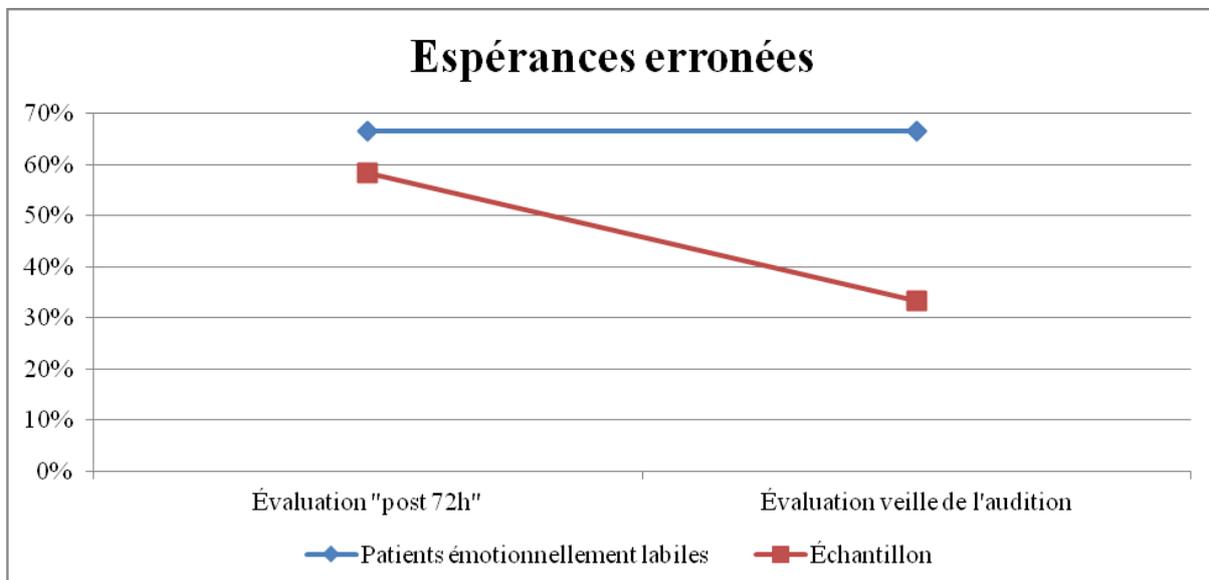
Confusion entre audience du Juge des Libertés et de la Détention et audience pénale



Graphique 58: Comparaison de l'évolution de la proportion de patients confondant audience du Juge des Libertés et de la Détention avec audience pénale, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total

Nous remarquons 0% de confusion entre audience du JLD et audience pénale chez les patients avec une personnalité émotionnellement labile au cours du temps (*p non significatif*).

Espérances erronées des attributions du JLD



Graphique 59: Comparaison de l'évolution de la proportion de patient ayant des espérances erronées des attributions du Juge des Libertés et de la Détention, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total, au cours du temps

Lors de la première évaluation, nous constatons que 66,66% des patients ayant une personnalité émotionnellement labile avait des espérances erronées des attributions du JLD.

Ce pourcentage restait stable au cours du temps, soit une évolution de 0% (*p non significatif*). Parallèlement, nous constatons une proportion de 58,33% des patients de l'échantillon total ayant ce type d'espérances. Cette proportion diminuait de 43% lors de l'évaluation de la veille de l'audition, et atteignait 33,33% des patients de l'échantillon total (*p non significatif*). Il existait donc une différence de proportion, de 14% entre les deux lors de la première évaluation, et de 100% lors de la seconde évaluation (*p non significatif*).

Vécu de l'audition

Concernant le vécu de l'audition comme un faire valoir des droits, nous le constatons chez 66,66% des patients ayant une personnalité émotionnellement labile et chez 42% de notre échantillon total (*p non significatif*). Le vécu de l'audition comme faire valoir des droits était 59% plus fréquent chez les patients émotionnellement labiles (*p non significatif*). Lors de la seconde évaluation, nous observons ce type de vécu chez 100% des patients avec une personnalité émotionnellement labile et chez 66,66% de notre échantillon total (*p non significatif*). Il existait donc une augmentation de la proportion de ce type de vécu respectivement de l'ordre de 50% chez les patients avec une personnalité émotionnellement labile, et une augmentation de 57% dans notre échantillon total (*p non significatif*). Enfin, lors de l'évaluation des 48 heures post audition, nous observons le vécu de l'audition comme un faire-valoir des droits, chez 33,33% des patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et 55,55% de notre échantillon total. Ceci représentait une diminution de la proportion de ce type de vécu, de 50% chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile, et de 17% de la totalité de notre échantillon total.

Concernant le vécu de l'audition comme une formalité, il représentait 33,33% de l'échantillon total, et 33,33% des patients ayant une personnalité émotionnellement labile lors de la première évaluation (*p non significatif*). Les proportions de ce vécu augmentaient de 100% chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et de 33,33% dans notre échantillon total. La proportion de ce type de vécu était respectivement de 44,44% dans notre échantillon total et 66,66% chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile lors de la seconde évaluation (*p non significatif*), et de 33,33% et 66,66% lors de la dernière évaluation (*p non significatif*). Le vécu de l'audition comme formalité était alors 100% plus fréquent chez les patients émotionnellement labiles, que dans notre échantillon total. L'évolution entre ces deux évaluations était en faveur d'une diminution de 33% dans notre échantillon total, et d'une stabilité chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49.

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition		Évaluation 48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)
Faire valoir les droits	42,00	66,66	66,66	100,00	55,55	33,33
Formalité	33,33	33,33	44,44	66,66	33,33	66,66
Complot	8,33	0	0	0	11,11	0
Incompréhensible	8,33	0	0	0	0	0
Autre	16,66	0	11,11	0	0	0

Tableau 19: Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total

Biais ressenti dans la relation médecin-malade

Nous observons que 0% des patients ayant une personnalité émotionnellement labile ressentait un biais dans la relation médecin malade. Cette proportion était stable au cours du temps.

	Post 72 h		Veille de l'audition		48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)	Échantillon total	Patients émotionnellement labile (%)
oui	25,00	0	11,00	0	11,00	0
Non	50,00	100	77,77	100	88,88	100
Indifférent	25,00	0	11,00	0	0	0

Tableau 20: Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total

2.3.4. Modalités de tenue de l'audition

Recours à un avocat

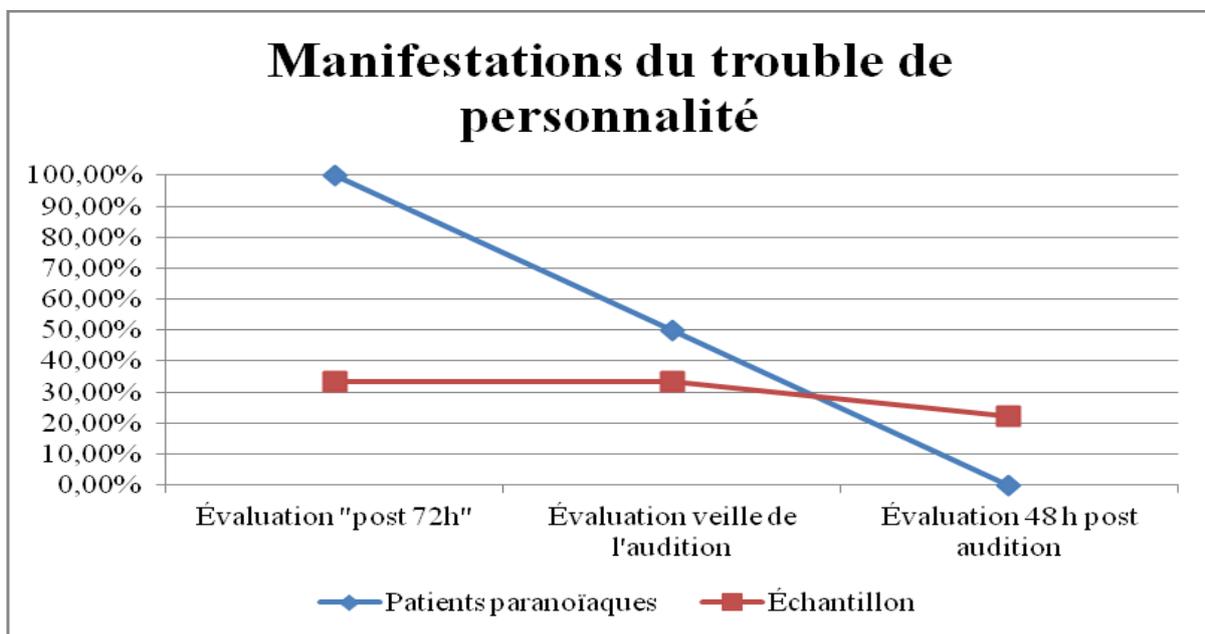
33,33% des patients ayant une « personnalité émotionnellement labile » avait recours à un avocat lors de l'audition du JLD. Cette proportion était à 8,33% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

2.4. Personnalité paranoïaque

La population de patients dont le diagnostic de trouble de personnalité était relatif à une personnalité paranoïaque représentait 16,66% de notre échantillon et 22,22% des patients ayant un trouble de l'humeur.

2.4.1. Évolution de la symptomatologie clinique

Manifestations pathologique du trouble de personnalité en lien avec l'audition du JLD



Graphique 60 : Comparaison de l'évolution de la proportion de manifestations du trouble de personnalité, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total, au cours du temps

Lors de la première évaluation, les manifestations pathologiques du trouble de personnalité étaient présentes chez 100% des patients paranoïaques et 33% de notre échantillon total. Ceci représentait une différence de proportion de 203% entre les deux groupes (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de la proportion des manifestations pathologiques du trouble de la personnalité, de 50% chez les patients paranoïaques, et une stabilité dans notre échantillon total (*p non significatif*).

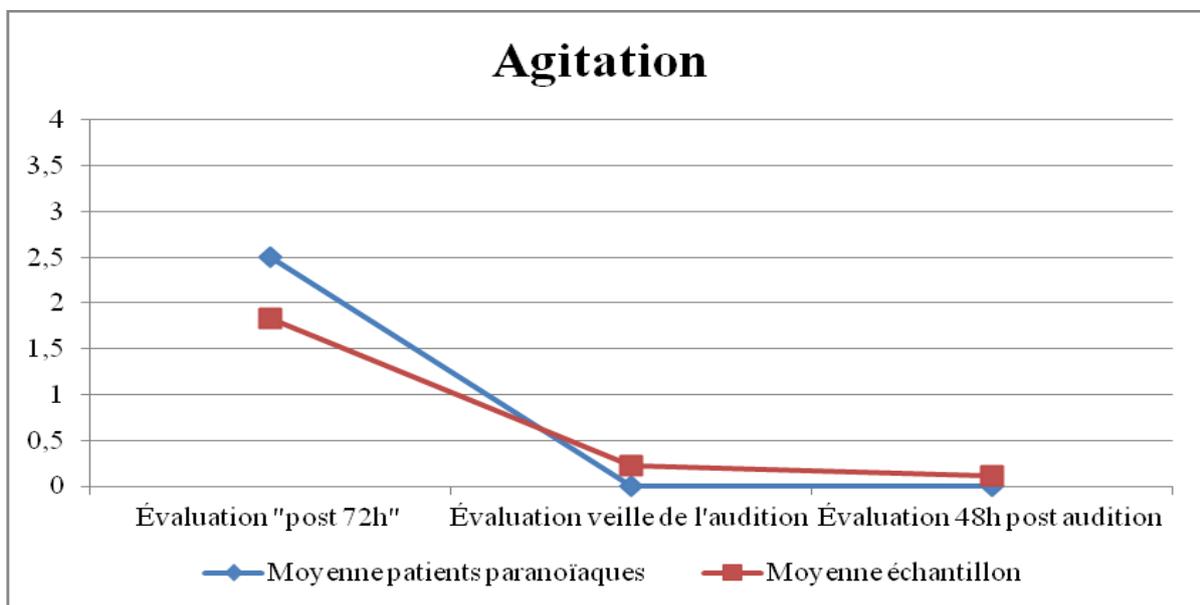
Lors de la seconde évaluation, les manifestations pathologiques du trouble de personnalité étaient retrouvées chez 50% des patients paranoïaques et 33% de la totalité de notre

échantillon. (*p non significatif*). Ceci représentait une différence de fréquence de 50% entre les deux groupes (*p non significatif*).

Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une baisse de 100% de la proportion des troubles chez les patients avec une personnalité paranoïaque, et de 33% dans l'ensemble de notre échantillon (*p non significatif*).

La dernière évaluation mettait en évidence des manifestations du trouble de personnalité chez 0% des patients paranoïaques et chez 22% de l'ensemble de notre population (*p non significatif*).

Agitation



Graphique 61 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'agitation, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et notre échantillon total, au cours du temps

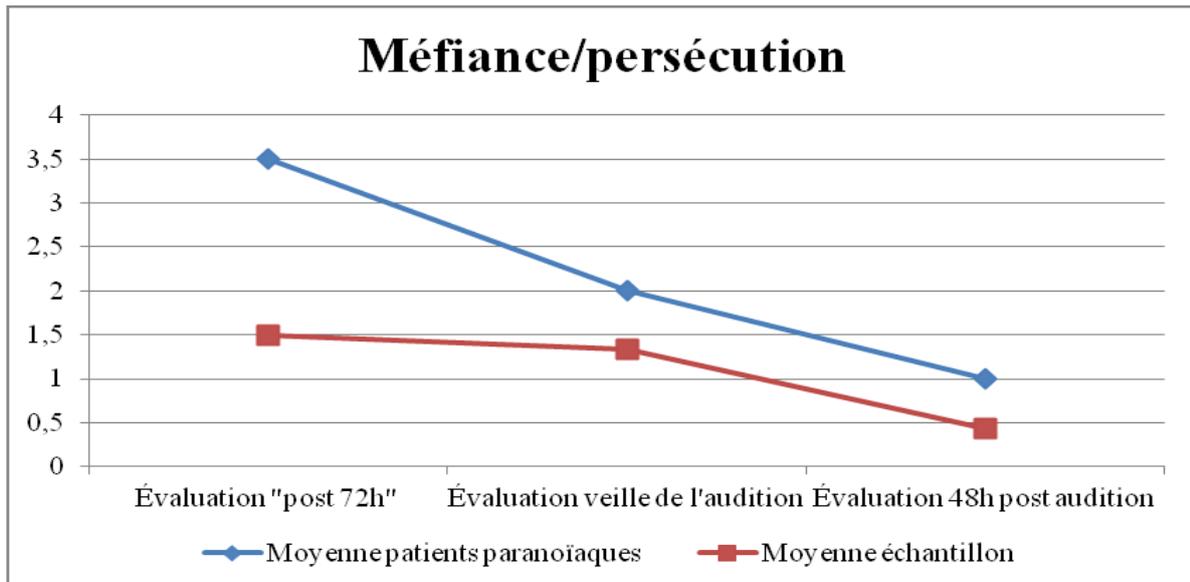
Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité de l'agitation chez les patients ayant une personnalité paranoïaque, était cotée à 2,5 (ET=0,55), et 1,83 (ET=0,22) dans notre échantillon total. Ceci représentait une différence d'intensité des troubles de 37% entre les deux groupes (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de 100% de la moyenne de l'intensité de l'agitation chez les patients paranoïaques, et de 88% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, l'agitation était cotée à 0 (ET=0,89) chez les patients ayant une personnalité paranoïaque, et était cotée à 0,22 (ET=3,49) pour la totalité de notre échantillon (*p non significatif*). Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une stabilité de l'intensité des troubles chez les patients avec une personnalité paranoïaque, et une

diminution de l'intensité de l'agitation, de 50% dans l'ensemble de notre échantillon (*p non significatif*).

La dernière évaluation mettait en évidence une moyenne de l'intensité de l'agitation cotée à 0 (ET=0,89) chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et une moyenne cotée à 0,11 (ET=3,49) dans l'ensemble de notre population (*p non significatif*).

Méfiance/persécution



Graphique 62 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne des éléments de méfiance/persécution, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et notre échantillon total, au cours du temps

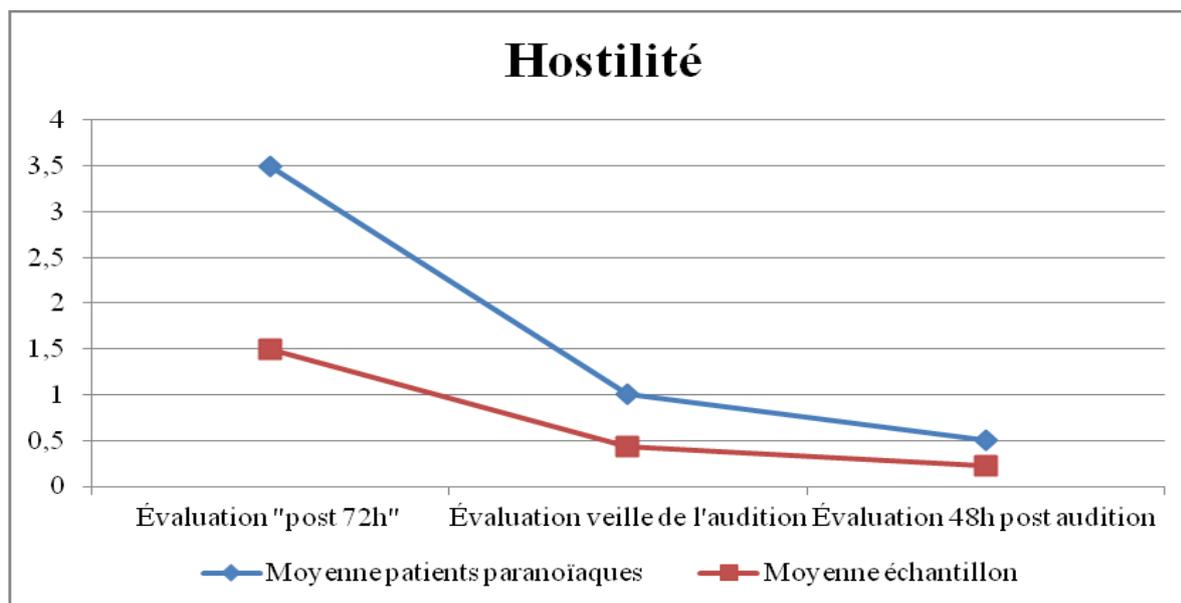
Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité des éléments de méfiance/persécution chez les patients ayant une personnalité paranoïaque, était cotée à 3,5 (ET=0,55), et à 1,5 (ET=1,67) dans notre échantillon total. Ceci représentait une différence de 133% entre les deux groupes (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de 43% de la moyenne de l'intensité de l'agitation chez les patients paranoïaques, et de 11% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, les éléments de méfiance/persécution étaient à 2 (ET=0,55) chez les patients ayant une personnalité paranoïaque, et était cotée à 1,33 (ET=1,48) pour la totalité de notre échantillon. Ceci représentait une différence de 50% d'intensité des troubles entre les deux groupes (*p non significatif*). Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution, de 100% de l'intensité des troubles chez les patients avec une

personnalité paranoïaque, et une diminution de l'intensité de l'agitation, de 67% dans l'ensemble de notre échantillon (*p non significatif*).

La dernière évaluation mettait en évidence une moyenne de l'intensité des éléments de méfiance/persécution cotée à 1 (ET=0,55) chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et une moyenne cotée à 0,44 (ET=2,49) dans l'ensemble de notre population. Ceci représentait une différence de 56% d'intensité des troubles entre les deux groupes (*p non significatif*).

Hostilité



Graphique 63 : Comparaison de l'évolution de l'intensité moyenne de l'hostilité chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et notre échantillon total, au cours du temps

Lors de la première évaluation, la moyenne de l'intensité de l'hostilité chez les patients ayant une personnalité paranoïaque, était cotée à 3,5 (ET=0,55), et 1,5 (ET=1,14) dans notre échantillon total. Ceci représentait une différence de 133% d'intensité entre les deux groupes (*p non significatif*). Entre la première et la seconde évaluation, nous constatons une diminution de 71% de la moyenne de l'intensité de l'agitation chez les patients paranoïaques, et de 71% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

Lors de la seconde évaluation, l'hostilité était à 1 (ET=0,55) chez les patients ayant une personnalité paranoïaque, et était cotée à 0,44 (ET=2,49) pour la totalité de notre échantillon. Ceci représentait une différence d'intensité du trouble de 127% entre les deux groupes (*p non significatif*). Entre la seconde et la troisième évaluation, nous remarquons une diminution de 50% de l'intensité des troubles chez les patients avec une personnalité paranoïaque, et une

diminution de l'intensité de l'hostilité, de 50% dans l'ensemble de notre échantillon (*p non significatif*).

La dernière évaluation mettait en évidence une moyenne de l'intensité de l'hostilité cotée à 0,5 (ET=0,55) chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et une moyenne cotée à 0,22 (ET=3,49) dans l'ensemble de notre population Ceci représentait une différence de 175% par rapport à la cotation de notre échantillon (*p non significatif*).

2.4.2. Compréhension de l'information

Nécessité de reformulation de l'information

Nous constatons que 100% des patients ayant une personnalité paranoïaque nécessitait une reformulation plusieurs fois, de l'information. Cette modalité de reformulation de l'information était retrouvée chez 50% de l'échantillon total (*p non significatif*). La veille de l'audition, nous observons une diminution de 100% de la nécessité de reformuler plusieurs fois l'information chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et de 56% dans notre échantillon total (*p non significatif*). Lors de l'évaluation de la veille de l'audition, il était nécessaire de reformuler plusieurs fois l'information, chez 0% des patients ayant une personnalité paranoïaque, et chez 22,22% de notre échantillon total (*p non significatif*). Lors de cette dernière évaluation, nous constatons parallèlement que 100% des patients avec une personnalité paranoïaque ne nécessitait aucune reformulation de l'information, contre 66,66% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition	
	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)
Non	33,33	0,00	66,66	100,00
Une fois	16,33	0,00	11,11	0,00
Plusieurs fois	50,00	100,00	22,22	0,00

Tableau 21 : Répartition de la proportion de la nécessité de reformuler l'information, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total

2.4.3. Perception de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

Angoisse anticipatoire

Nous n'observons aucune angoisse anticipatoire vis-à-vis de l'audition du JLD au cours du temps chez les patients ayant un trouble de personnalité de type paranoïaque. (*p non significatif*)

Confusion entre audience du Juge des Libertés et de la Détention et audience pénale

Nous constatons que 50% des patients ayant une personnalité paranoïaque confondait l'audition du JLD avec une audience pénale lors de la première évaluation. Nous constatons cette confusion chez 33% des patients de notre échantillon total (*p non significatif*). Les deux évaluations suivantes montraient une confusion chez 0% de chacun des deux groupes.

Vécu de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

Concernant le vécu de l'audition comme un faire valoir des droits, nous le constatons chez 50% des patients ayant une personnalité paranoïaque. Cette proportion n'évoluait pas durant les évaluations suivantes. Nous constatons ce type de vécu chez 42% de notre échantillon total lors de la première évaluation, puis 66,66% lors de la seconde évaluation, et enfin 55,55% lors de la dernière évaluation (*p non significatif*).

Concernant le vécu de l'audition comme une formalité, il représentait 33,33% de l'échantillon total, et 0% des patients ayant une personnalité paranoïaque, lors de la première évaluation (*p non significatif*). La proportion de ce type de vécu était respectivement de 44,44% dans notre échantillon total et 50% chez les patients ayant une personnalité paranoïaque, lors de la seconde évaluation (*p non significatif*), puis respectivement de 33,33% et 0% lors de la dernière évaluation (*p non significatif*). L'évolution entre ces deux évaluations était en faveur d'une diminution de 33% dans notre échantillon total, et de 100% chez les patients ayant une personnalité paranoïaque (*p non significatif*).

Le vécu de complot était ressenti chez 50% des patients ayant une personnalité paranoïaque lors de la première évaluation, contre 8,33% dans notre échantillon total (*p non significatif*). Cette proportion évoluait à 0%, soit une diminution de 100% lors de la seconde évaluation, dans les deux groupes. Enfin, nous observons une augmentation de cette proportion de 50% dans le groupe des patients ayant une personnalité paranoïaque et de 11,11% dans l'échantillon total, lors de la dernière évaluation (*p non significatif*).

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition		Évaluation 48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)
Faire valoir les droits	42,00	50,00	66,66	50,00	55,55	50,00
Formalité	33,33	0	44,44	50,00	33,33	0
Complot	8,33	50,00	0	0	11,11	50,00
Incompréhensible	8,33	0	0	0	0	0
Autre	16,66	50,00	11,11	0	0	0

Tableau 22 : Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total

Biais ressenti dans la relation médecin-malade

Les patients avec un trouble de personnalité de type paranoïaque ressentaient un biais dans la relation médecin-malade, du fait de l'intervention du JLD, pour 50% d'entre eux, lors de la première évaluation. Parallèlement, nous observions que ce biais était ressenti chez 25% de notre échantillon total. Ceci constituait un biais ressenti 50% plus fréquent chez les patients paranoïaques, que dans notre échantillon total (*p non significatif*). Nous notons ensuite, une diminution de 100% de ce ressenti lors de la deuxième évaluation, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et de 56% dans notre échantillon total. 50% des patients paranoïaques ressentaient un biais dans la relation médecin-malade la veille de l'audition, contre 11,11% dans notre échantillon total (*p non significatif*). Ceci constituait un biais ressenti 350% plus fréquent chez les patients ayant une personnalité paranoïaque par rapport à notre échantillon total (*p non significatif*).

	Post 72 h		Veille de l'audition		48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)
oui	25,00	50,00	11,11	0	11,11	50,00
Non	50,00	50,00	77,77	100,00	88,88	50,00
Indifférent	25,00	0	11,11	0	0	0

Tableau 23 : Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total

2.4.4. Modalités de tenue de l'audition

Recours à l'avocat

0% des patients ayant une personnalité paranoïaque avait recours à un avocat lors de l'audience du JLD contre 8,33% dans notre échantillon total (*p non significatif*).

PARTIE 3 :

DISCUSSION

I. Discussion des résultats

Nous avons inclus un faible nombre de patients dans cette étude. Les écarts-type obtenus, parfois négatifs, sont en faveur d'une hétérogénéité des résultats. Nos résultats ne nous permettent pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs, nous confirmant l'approche qualitative et subjective de ce travail.

1. Données socio-démographiques

1.1. Des différences dans les inclusions, mais un intérêt de chaque secteur pour cette étude

12 patients, répartis dans chacun des secteurs d'admission, sont inclus dans notre protocole d'étude. Parmi cet échantillon, 3 patients font l'objet d'une levée de la mesure de soins psychiatriques sans consentement, avant l'audition du JLD. Lors des différents contacts que nous avons pu avoir avec les opérateurs des inclusions, il semble que certains professionnels aient fait le choix d'inclure tous les patients répondant aux critères d'inclusion, et d'autres le choix de n'inclure que les patients dont la mesure de soins psychiatriques sans consentement allait probablement se prolonger jusqu'à l'audition du JLD.

Cette différence constatée dans la manière d'inclure, est probablement représentative d'une différence de pratique entre les médecins.

1.2. Une prédominance d'hommes, d'âge moyen, célibataires, sans enfants, et ayant une activité professionnelle

Nous retrouvons dans notre travail, une prédominance d'hommes, célibataires et sans enfant. Ces caractéristiques sont retrouvées dans des proportions assez similaires dans d'autres travaux réalisés auprès de patients hospitalisés sans consentement [37 ; 53 ; 69 ; 83]. Si nous comparons ces résultats aux données épidémiologiques des troubles mentaux en France, nous observons une prédominance de femmes, mariées [58 ; 95]. Cette comparaison est

intéressante, car elle tendrait à préciser que le sexe masculin et le célibat pourraient être des facteurs de risques aux mesures de soins sans consentement.

L'âge moyen de notre population est d'environ 40 ans. Ces données sont similaires à celles de la littérature, qui retrouve une moyenne d'âge située entre 38 et 41 ans, chez les patients hospitalisés sans consentement [37 ; 69 ; 83]. Elles concordent également avec les données épidémiologiques en population générale, puisque la tranche d'âge la plus représentée dans les troubles mentaux est la tranche 35-49 ans. Cette donnée est intéressante à discuter, car elle nous permet d'émettre l'hypothèse qu'il existerait une corrélation entre la prévalence du trouble mental dans la population générale et la probabilité de mise en place d'une mesure de soin sans consentement.

Enfin, la moitié des patients de notre échantillon a une activité professionnelle. Des résultats similaires existent dans les travaux sur l'épidémiologie des troubles mentaux en population générale [58]. Ils sont différents des résultats de la littérature relative aux patients hospitalisés sous contrainte, qui constatent une majorité de patients inactifs et/ou touchant des aides sociales [53 ; 83]. Il faut modérer cette différence, car les derniers travaux cités ne portent pas spécifiquement sur des patients primo-hospitalisés sans consentement, comme notre étude. Nous devons cependant nous interroger sur l'impact qu'engendre le biais de sélection secondaire aux différentes pratiques des médecins, sur nos résultats. Il est probable qu'il diminue la représentativité de notre échantillon.

1.3. Des antécédents psychiatriques et une médication précédant l'hospitalisation

Dans notre travail, nous observons que la majorité des patients a un antécédent psychiatrique précédant la mesure de SDDE, associé à une médication en conséquence. Cette tendance est retrouvée dans la littérature [53 ; 69]. Nous pouvons nous interroger sur l'observance aux traitements, préalablement à l'hospitalisation. L'observance aux traitements est dépendante de l'alliance thérapeutique d'une part, et de la conscience des troubles d'autre part [102]. Nous pouvons mettre en lien ce défaut de conscience des troubles, avec l'absence d'insight constatée chez les patients de notre échantillon, en début d'hospitalisation. Cette hypothèse serait en faveur de la non observance aux traitements préalablement à l'hospitalisation.

1.4. Des décompensations psychotiques et/ou des comportements auto-agressifs fréquents

Notre étude met en avant une répartition égale (41,46%) de motifs d'hospitalisation relevant de décompensations psychotiques d'une part, et relevant de comportements auto-agressifs d'autre part. Les pourcentages que nous retrouvons sont légèrement moindres que ceux de la HAS, mais les proportions sont similaires [46]. Ces résultats sont également concordants avec les diagnostics principaux des patients de l'échantillon, qui retrouvent des psychoses en premier lieu, et des névroses en second lieu.

Si nous nous référons aux données du DIM du Centre Hospitalier Laborit sur la première année d'application de la loi, 14,79% des diagnostics dans les mesures de SDDE concernent des troubles psychotiques et 3,87% concernent des troubles névrotiques, tandis que 27,46% sont en rapport avec des troubles de l'humeur [Annexe 7]. Nos résultats sont donc différents de celles des statistiques du DIM du Centre Hospitalier Laborit. Ceci peut être expliqué par plusieurs facteurs. Premièrement, les statistiques du DIM dont nous disposons ne sont pas spécifiques au primo-hospitalisations, et prennent en compte tous les types de mesure de soins sans consentement (antérieurement et postérieurement à la réforme de 2011). Deuxièmement, la taille de notre échantillon ne nous permet pas d'obtenir des résultats statistiquement significatifs. Troisièmement, si nous nous référons aux données de la littérature portant sur les populations primo-hospitalisés sans consentement, nous observons que les « situations de crise, ou agitation » ; les « troubles psychotiques » ; et les « tentatives de suicides », sont plus représentés que des troubles de l'humeur [69]. Cette différence importante serait en faveur du fait que le profil des patients primo-hospitalisés sans consentement est différent de celui de la totalité des patients faisant l'objet de ce type de mesure. Enfin, le biais de sélection secondaire à la différence de pratique des médecins a également pu jouer un rôle dans ces différences de résultats.

Sur le plan psychopathologique, la grande proportion de décompensations psychotiques, peut tenter d'être expliquée. La structure psychotique est entre-autre caractérisée par des angoisses de morcellement, traduisant la crainte d'une disparition du Moi au profit d'un retour au néant. Le Docteur Freud, décrit le Moi comme une instance médiatrice des exigences pulsionnelles, des contraintes du Surmoi et des pressions de la réalité extérieure. Chez les psychotiques, la réalité a une place comparable à celle des instances intra-psychiques dans la vie psychique. La

réalité devient un élément inséparable de la structure de l'appareil psychique [7]. Ce type de structure modifie inévitablement le rapport à la réalité, et est susceptible de favoriser les décompensations et/ou les comportements d'agitation.

Concernant le fonctionnement névrotique, les comportements auto-agressifs peuvent s'expliquer par l'angoisse qui le caractérise. Certains facteurs de l'extérieur peuvent créer une effraction du Moi, dépassant les mécanismes de défense, et « réveillant » alors « des zones de violence de plus en plus archaïques » [7].

2. Conditions d'hospitalisation

2.1. Des mesures de soins sans consentement « classiques »

La mesure de SDT classique est la plus fréquemment retrouvée dans notre échantillon (dans 58,33% des cas). La mesure de SDTU est présente à 33,33%, et les SPI à 8,33%. Ce résultat est à mettre en parallèle avec les informations qui nous ont été fournies par le DIM du Centre Hospitalier Henri Laborit, répertoriant les proportions des différentes mesures de soins sans consentement ayant été traitées par l'établissement [Annexe 7]. Nous retrouvons 44% de mesures de SDT ; 3% de mesures de SPI ; et 4% de mesures de SDTU. Ces chiffres diffèrent de nos données, rapportant une plus grande proportion de chaque type de SDDE.

Il faut nuancer ces différences, car les données du DIM prennent en compte la totalité des mesures de soins sous contrainte, et non spécifiquement les primo-hospitalisations. Par ailleurs, ces données répertorient encore les mesures de soins relatives à la loi du 27 juin 1990, entraînant un biais de comparaison. Enfin, notre échantillon est trop faible pour être statistiquement comparable aux données du DIM.

Si nous nous référons au fichier RIMpsy, sur l'année 2012, nous constatons que les SPI représentent 8,8% des mesures de SDDE, chez les patients restant plus de 15 jours en hospitalisation complète continue [87]. Ce chiffre est concordant avec nos résultats.

La répartition des types de mesure de soins sans consentement est discutée dans les différents bilans réalisés sur la loi. Il est signalé une part importante de mesure de SPI et de SDTU « non motivés ». Le rapport Blisko insiste sur la nécessité que « la motivation corresponde aux circonstances ayant conduit à mettre en oeuvre ces procédures d'admission spécifiques » [10]. Le rapport Robillard s'interroge sur « la possibilité pour un médecin non psychiatre

d'établir un certificat en vue d'une admission en soins sans consentement », plus particulièrement « en cas d'urgence, lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du malade » [91]. Dans ce même rapport, Monsieur Couty explique ces résultats, par le fait que les médecins généralistes sont fréquemment confrontés aux situations de patients nécessitant une mesure de soins sans consentement, et qu'ils « sont peu ou mal formés à la psychiatrie : dans la maquette de l'internat de médecine générale, il n'y a pas de stage obligatoire en psychiatrie, que ce soit dans un service hospitalier, où l'on peut voir des cas lourds, ou en ambulatoire ». Il rajoute la difficulté existante « d'adresser le patient dans des délais rapprochés à un psychiatre libéral et encore moins facile, dans une situation de crise, de trouver une place en hôpital psychiatrique ».

2.2. Le service fermé majoritaire en début d'hospitalisation

Nous observons que l'hospitalisation en service fermé sans isolement est majoritaire durant toute la période « pré-audition », avec une augmentation de sa proportion la veille de l'audition. Elle devient minoritaire durant la période « post-audition », au profit de l'hospitalisation en service ouvert. Cette évolution des conditions d'hospitalisation, d'un service fermé durant les premiers jours d'admission en soins psychiatrique vers un service ouvert, semble concordante avec l'évolution prévisible de l'état clinique du patient. Nous pouvons tout de même nous interroger à propos de l'augmentation de la proportion de patients hospitalisés en service fermé, avant l'audition du JLD. Existe-t-il un lien entre ces deux variables ? Cette proportion est-elle augmentée du fait des levées de mesure de soins sans consentement avant l'audition du JLD ? Cette interrogation est d'autant plus importante, que ce résultat n'est pas en adéquation avec certains textes officiels. La circulaire n°48 DGS/SP3 du 19 juillet 1993 portant sur le rappel des principes relatifs à l'accueil et aux modalités de séjours des malades hospitalisés pour troubles mentaux, précise que « si le placement d'un patient au sein d'une unité fermée peut se révéler indispensable dans certaines circonstances, ces circonstances doivent être exactement appréciées et la durée d'un placement limitée à ce qu'il est médicalement justifié. Ainsi l'hébergement d'un malade dans une unité fermée doit-il répondre à une indication posée par un médecin et non pas relever d'une simple commodité du service ; il doit pouvoir être remis en cause à tout moment en fonction de l'évolution de l'état de santé du patient » [21].

Une ébauche de réponse à ces questions, est que nous constatons une évolution de l'intensité des différentes variables cliniques étudiées, globalement décroissante. L'indication de l'admission en service fermé s'expliquerait par l'état de « crise » du patient. L'hospitalisation en service ouvert se justifie alors, lorsque les médecins constatent une amélioration clinique. Les résultats que nous obtenons feraient alors suite aux levées de mesure de soins sans consentement.

Un deuxième éclairage peut être apporté par le constat de fugue de 12% des patients hospitalisés en psychiatrie, explicité dans un rapport de l'IGAS [56]. Pour diminuer le nombre de ces fugues, ce rapport propose la « création de sas d'entrée, qui laissent entrer et sortir les personnels, permettent d'informer et d'orienter les visiteurs, filtrent les sortants en laissant librement passer les patients en hospitalisation libre (qui ne sont pas en crise), et en retenant les autres (mineurs, HDT et HO, détenus) et qui arrêtent les indésirables (dealers et curieux) ». Nous pouvons nous interroger dans quelle mesure ce type de rapport peut-il influencer les pratiques sur l'orientation des patients dans les services (ouverts ou fermés).

Enfin, un dernier éclairage peut être donné par une pratique assez fréquente, comme le souligne le Docteur Leyreloup, qui constate une «équivalence pourtant grandement répandue dans la pratique : hospitalisation sous contrainte = service fermé» [18]. La loi du 5 juillet 2011 précise que « les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à [l'] état et à la mise en œuvre du traitement requis » [66]. Le texte n'apporte aucune précision sur le type de service (ouvert ou fermé), et pourrait ainsi être susceptible d'avoir pour conséquence le constat rapporté par le Docteur Leyreloup.

3. Données relatives à l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

3.1. Des auditions du Juge des Libertés et de la Détention tenues dans des délais conformes, mais sans avocat présent

La totalité des auditions se sont tenues entre le 12^{ème} et le 15^{ème} jour, mais nous n'avons constaté qu'une faible présence d'avocats. Le délai est conforme à celui prévu dans le texte de loi et à ce que nous avons pu rencontrer dans notre travail préliminaire [66 ; 121].

Nous devons évoquer la question du délai d'intervention du JLD. Depuis la mise en application de la loi, la pertinence de raccourcir ce délai est évoquée [10]. Le rapport

Robillard évoque qu' « un consensus ressort », et qu'il résume par les paroles de M^{me} Claude Finkelstein, présidente de la FNAPSY : « Il ne fait pas de doute que l'opportunité d'ordonner des soins sous contrainte peut être appréciée en 72 heures ». Il modère cette proposition de ramener les délais d'intervention du JLD à 72 heures : les « auditions et débats montrent toutefois qu'il n'est peut-être pas opportun de le ramener à 72 heures, car il faut également tenir compte des contraintes d'organisation des Juridictions ».

Plusieurs bénéfices sont attendus du raccourcissement de ce délai. Premièrement, cela aurait pour effet, de diminuer le nombre de certificats rédigés, « ce qui allégerait des obligations administratives jugées extrêmement chronophages ». Deuxièmement, cela réduirait la durée des périodes d'hospitalisation sans consentement non conformes à la législation et/ou non justifiées [91].

La proposition de loi du 25 juillet 2013 va dans cette dynamique, proposant la saisine du JLD dans un délai de 8 jours à compter de l'admission et l'audition se déroulant « avant l'expiration d'un délai de douze jours à compter de l'admission » [84].

La faible présence de l'avocat dans les auditions du JLD des patients de notre échantillon est également intéressante à soulever. Si ces résultats ne concordent pas avec les chiffres officiels qui caractérisent la présence de l'avocat comme « quasi systématique », ils confirment l'expérience de certains magistrats, qui expriment certains freins logistiques et financiers à leur intervention [57 ; 72]. Nous devons aussi nous demander si le déroulement de l'audition dans une salle spécialement aménagée de l'établissement ne modifie pas la perception des patients, et donc le besoin ressenti d'être défendu par un avocat. Un travail comparant ces modalités entre les auditions au sein de l'établissement d'accueil et au TGI serait intéressant.

Le rapport Robillard propose de rendre obligatoire l'assistance d'un avocat, afin de pouvoir assurer la représentation du patient, même en cas de motif médical faisant obstacle à son audition. L'objectif est de pouvoir assurer la protection des malades, par la présence systématique du patient et/ou d'un avocat, lors de l'audience du JLD [91]. Cette disposition est d'ailleurs prévue par la proposition de réforme de la loi [84].

3.2. Aucune décision de mainlevée, et peu de recours de la décision du Juge des Libertés et de la Détention

Nous n'observons aucune décision de mainlevée des soins psychiatriques sans consentement, et une faible proportion de recours engagés. Bien que non significatifs, nos résultats sont en accord avec le faible nombre de mainlevées rapporté par le Ministère de la Justice qui, sur le plan national, rapporte 5% de mainlevées et 2,5% d'appels enregistrés [72].

4. Évolution de la symptomatologie clinique

4.1. Une anxiété relative à une première hospitalisation sous contrainte en psychiatrie

Nos résultats mettent en avant une intensité moyenne des symptômes relatifs à une anxiété, entre légère et modérée. Ce résultat peut être expliqué par le fait que les patients de notre échantillon sont dans un état de décompensation aiguë d'une pathologie psychiatrique. Nous pouvons également préciser que ces patients se situent dans un contexte de première expérience d'hospitalisation en psychiatrie, pour la plupart. Cette hospitalisation est d'autant plus génératrice d'anxiété qu'elle concerne une mesure de soins sans consentement, et que la majorité des patients de notre échantillon se trouvent en service fermé en début d'hospitalisation.

4.2. Une tendance thymique sans lien avec l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

Concernant le sommeil, l'appétit, et les pensées pessimistes, nous constatons une intensité moyenne progressivement décroissante au cours du temps, dans notre échantillon.

L'humeur dépressive ne suit pas la même évolution, avec une diminution de son intensité retardée dans le temps. Ce décalage peut être en partie expliqué par le délai d'action nécessaire aux traitements antidépresseurs sur la symptomatologie thymique [113].

4.3. Des symptômes psychotiques peu influencés par l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

Nous constatons une diminution progressive de tous les symptômes psychotiques. Si nous nous référons à la psychopathologie de la psychose, nous pouvons tenter d'expliquer cette évolution, par l'hypothèse que la délivrance de l'information relative au cadre légal a probablement fait l'objet de certaines précautions, permettant aux patients, une compréhension des informations sans majoration des symptômes psychotiques [7].

4.4. Des manifestations pathologiques du trouble de la personnalité variables en fonction des diagnostics

Concernant les manifestations pathologiques du trouble de la personnalité, nous observons une recrudescence des symptômes la veille de l'audition, tandis qu'ils s'amendent lors de l'évaluation des « 48h post audition ». Nous pouvons nous interroger si certains troubles de la personnalité n'ont pas plus tendance que d'autres, à présenter des manifestations pathologique en lien avec l'audition du JLD que d'autres. Nos résultats sont en faveur d'une recrudescence de cette symptomatologie chez les patients ayant une « personnalité émotionnellement labile ».

D'un point de vue psychopathologique, chez les « personnalités émotionnellement labiles », ces manifestations sont secondaires à une défaillance dans la structuration du Moi et dans l'élaboration du narcissisme [7]. D'après le Docteur Kernberg, les manifestations non spécifiques de la faiblesse du Moi (le manque de tolérance à l'anxiété, le manque de contrôle pulsionnel, le manque de développement de voies de sublimation ou le manque de différenciation des images de soi et d'objet) ont une place particulière que cet auteur appelle le syndrome d'identité diffuse, « c'est à dire l'absence d'un concept de soi intégré et d'un concept intégré d'objets totaux en relation avec soi » [52]. Le stress potentiellement créé par l'intervention du JLD, pourrait majorer les manifestations de la faiblesse du Moi, en dépassant les mécanismes de défense propres à ce type de structure.

4.5. Un insight de la maladie majoritairement absent en début d'hospitalisation

La majorité des patients de notre échantillon a un insight de sa maladie absent, lors de la première évaluation. Nous pourrions expliquer ce résultat par l'hypothèse qu'étant dans un contexte de première décompensation psychiatrique, les patients n'ont que peu ou pas de conscience de l'existence de leur pathologie.

Nous pouvons également mentionner le fait qu'il existe une forte proportion de patients psychotiques dans notre échantillon. Ce défaut d'insight peut être rattaché à la place de la réalité dans l'appareil psychique des psychotiques. Pour lutter contre ses angoisses, le psychotique utilise une régression hallucinatoire [7]. Cette régression le rend difficilement conscient de ses troubles. Par la suite, l'amélioration de l'insight durant la période « pré-audition » semble compatible avec une évolution thérapeutique efficace.

5. Des difficultés de compréhension de l'information, mais un cadre jugé facilement intégrable

Nos résultats mettent en avant, l'absence d'interrogations des patients à propos du cadre légal. Au cours du temps, les interrogations sur les voies de recours possibles, sont le plus souvent évoquées. Cet aspect peut être mis en lien avec le défaut d'insight de la maladie constaté, entraînant un vécu d'injustice de la mesure de soins sans consentement [17].

Concernant le cadre légal, il est jugé comme moyennement intégrable lors de la première évaluation. Ce ressenti se modifie progressivement vers une intégration du cadre légal jugée comme facile. Ces données relatives à la perception, sont concordantes avec notre évaluation objective qui retrouve une nécessité de reformulation prédominante lors de l'évaluation des « post 72 heures » et une absence de nécessité de reformulation lors de l'évaluation de la veille de l'audition

6. L'audition du Juge des Libertés et de la Détention pour faire valoir ses droits...mais aussi comme une formalité

Plus de la moitié des patients considère l'audition du JLD comme utile à chaque évaluation. Parallèlement, nous observons qu'il existe une proportion importante d'indifférence vis-à-vis de l'audition du JLD lors de la première évaluation (41,66%). Cette indifférence décroît au cours des évaluations suivantes, au profit d'une appréciation de l'audition du JLD comme une échéance inutile. Nos résultats concernant le vécu de l'audition confirment ces résultats, tout comme ceux concernant le sentiment vis-à-vis du JLD.

Cette dynamique d'appréciation de l'audition du JLD, nous amène à nous interroger sur la compréhension et sur le sens que donnent certains patients à l'information qui leur est donnée. Comprennent-ils réellement l'information ? Considèrent-ils que l'audition du JLD ne garanti pas suffisamment leurs droits ? Dans ce cas, nous pourrions considérer l'indifférence comme une appréciation relative à un moment de « crise », et l'inutilité, comme le sentiment perçu lors d'une amélioration clinique. Il est également possible que l'intervention d'un acteur juridique dans le soin, engendre une interrogation légitime des patients sur la place de la justice dans le soin. Il serait intéressant d'approfondir cette question.

Nous observons que malgré les diverses perceptions de l'audition du JLD, il existe une angoisse anticipatoire croissante au cours du temps (de 25 à 45%). Ce résultat est en faveur du fait que l'audition du JLD semble représenter une échéance importante pour les patients. Cette angoisse ne peut être expliquée par une confusion entre audition du JLD et audience pénale, ou par un biais ressenti dans la relation médecin-malade. Si nous rapprochons cette donnée avec la proportion importante d'espérances erronées des attributions du JLD, alors nous pouvons tenter d'expliquer partiellement cette angoisse. Les patients considéreraient l'audition comme un moyen de « mettre fin » à une procédure de soins sans consentement, considérée comme injuste [17]. Nous pouvons également mettre cette angoisse anticipatoire avec une dynamique d'appréhension de l'audition, dans un contexte de première hospitalisation et de première rencontre avec un juge.

7. Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants (F20-F29)

7.1. Une évolution clinique similaire à notre échantillon global

Logiquement, les symptômes cliniques décrits dans la nosographie de la psychose, sont présents selon des intensités plus importantes que dans notre échantillon global. Ils évoluent ensuite dans une dynamique similaire à celle de notre population de référence. Cette donnée nous renvoie à l'hypothèse que nous avons formulée plus haut. La prise en charge médicamenteuse, ainsi que la délivrance adaptée à la psychopathologie de la psychose, pourraient jouer un rôle majeur dans l'absence de recrudescence des symptômes en rapport avec l'audition du JLD.

7.2. Des difficultés de compréhension plus importantes, mais une angoisse moindre, pour une audition considérée comme un faire valoir des droits

Une plus grande proportion de patients ayant un diagnostic de « schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants » fait l'objet de plusieurs reformulations de l'information, que dans notre échantillon global. Cette multiplicité des reformulations peut être mise en lien avec la psychopathologie de la psychose. La croyance en la réalité dépend de la perception sensorielle, même si celle-ci résulte d'une régression hallucinatoire caractéristique du fonctionnement psychotique [7]. Il a été décrit une altération de la perception sensorielle dans l'évaluation et l'identification de la signification émotionnelle du stimulus ainsi qu'une modification du comportement émotif. Les psychotiques interprètent les stimuli ambigus comme étant plus menaçants et dangereux que ces stimuli ne le sont réellement. L'évaluation et l'identification de la valeur émotionnelle du stimulus et des informations contextuelles le concernant, ainsi que l'interprétation des intentions d'autrui et la régulation du comportement qui en découle semblent par conséquent biaisée [82]. Cette psychopathologie peut nous éclairer sur la difficulté de compréhension que nous avons constatée dans cette population de psychotiques.

Concernant la perception de l'audition du JLD, nous notons une angoisse anticipatoire moindre que dans notre échantillon total, mais ayant la même évolution au cours du temps. Bien que nos résultats retrouvent une différence statistiquement non significative, cette

donnée est intéressante à discuter. Les distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, retrouvées chez les psychotiques, pourraient expliquer la moindre représentation de l'angoisse anticipatoire par rapport à notre échantillon global. Elle pourrait également nous permettre d'appréhender les proportions plus importantes que dans notre échantillon global, d'un vécu de l'audition comme un faire valoir des droits et le moindre vécu de l'audition comme une formalité.

8. Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes (F40-F49)

8.1. Une angoisse importante

Les patients ayant un diagnostic de « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes », présentent une symptomatologie anxieuse d'intensité plus importante que notre échantillon total [2 ; 76]. L'intensité de ces symptômes diminue au cours du temps. Ces résultats sont compatibles avec l'évolution thérapeutique prévisible de ces troubles.

8.2. Une angoisse majeure à propos de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

L'absence de reformulation de l'information, et l'absence de confusion entre audition du JLD et audience pénale, nous permettent de constater une meilleure compréhension du cadre légal chez les patients névrotiques. Ce résultat semble cohérent avec la présentation clinique que nous avons recueillie. Nous n'avons pas observé de symptomatologie névrotique susceptible d'interférer avec la compréhension de l'information (agressivité active avec opposition, irritabilité, intolérance ou passive avec indifférence, ironie, causticité, par exemple).

Parallèlement, nous remarquons une angoisse anticipatoire à propos de l'audition du JLD, d'intensité double par rapport à notre échantillon total, associée à des espérances erronées des attributions du JLD, sans biais ressenti dans la relation médecin-malade. Cette angoisse d'intensité importante est caractéristique d'un fonctionnement névrotique. Elle peut être révélatrice de mécanismes de défense dépassés et générateurs d'une angoisse importante. Nous pourrions également évoquer le fait que les attributions erronées des attributions du JLD

font référence un mécanisme de déplacement, de refoulement, ou d'isolation, afin de contenir l'angoisse suscitée par l'intervention du JLD [7].

Durant la période « pré-audition », nous notons que les patients ayant un diagnostic de « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes », perçoivent de manière plus importante que notre échantillon global, l'audition comme un faire-valoir de leurs droits. Cette perception est différente en « post-audition », car la perception de l'audition comme une formalité est alors plus importante que dans notre échantillon global. Cette évolution se fait au détriment de la perception de l'audition comme un faire-valoir des droits. Ces résultats nous confirment l'aspect opérationnel des mécanismes névrotiques de défense de ces patients.

9. Personnalité émotionnellement labile

9.1. Une audition du Juge de Libertés et de la Détention déstabilisant les mécanismes de défense ?

Nous remarquons une proportion de manifestations du trouble de la personnalité croissante au cours du temps. L'audition du JLD est possiblement génératrice d'un stress majeur, faisant référence à certains traumatismes passés ou antécédents et renforçant alors les manifestations non spécifiques de la faiblesse du Moi [7].

9.2. La relation d'objet au centre du vécu de l'audition du Juge des Libertés et de la Détention

Bien que notre échantillon ne soit pas représentatif, les patients « émotionnellement labiles » semblent intégrer de manière satisfaisante l'information relative au cadre légal. Nous constatons en effet une absence de reformulation l'information, et aucune confusion entre audition du JLD et audience pénale.

Nous notons une angoisse anticipatoire vis-à-vis de l'audition, associée à des espérances erronées des attributions du JLD, dans des proportions plus importantes que notre échantillon global. Ces résultats peuvent être expliqués par le stress potentiel généré par l'audition du JLD, et par certains traumatismes psychiques constitutifs de ce type de personnalité.

L'audition est perçue comme un faire-valoir des droits durant toute la période « pré-audition », dans des proportions plus grandes que l'échantillon total de population. La perception de l'audition comme un faire-valoir des droits diminue, au profit d'une perception de l'audition comme une formalité durant la période « post-audition ». Ce vécu est opposé dans notre échantillon général. Parallèlement, les patients ayant un trouble de personnalité émotionnellement labile font plus souvent appel à un avocat que notre échantillon total. Le ressenti se modifie après l'audition.

Nous pouvons nous interroger si la modification du vécu et le recours à l'avocat ne pourraient pas être expliqués par la relation d'objet caractérisant ce type de trouble de personnalité. La dualité de l'aménagement « émotionnellement labile » se jouerait alors entre la médecine d'un côté, et la justice (représentée par l'avocat et le JLD) de l'autre côté. Il existerait alors une « dépréciation » pour la médecine, et « idéalisation » pour la justice. Si nous envisageons en plus, le caractère temporel de l' « ici et maintenant », nous pouvons expliquer la modification de vécu de l'audition en post audition [7].

10. Personnalité paranoïaque

10.1. Un contact avec le juge « apaisant » ?

Les manifestations du trouble de personnalité paranoïaque sont importantes en début d'hospitalisation, par rapport à la symptomatologie constatée dans la totalité de notre échantillon. Elles sont ensuite d'intensité décroissante. Concernant les symptômes cliniques caractéristiques de ce type de personnalité (hostilité ; méfiance/persécution ; agitation), nous constatons qu'ils sont présents dans des proportions plus importantes que dans notre échantillon global, mais suivent également une décroissance au cours du temps.

Cette donnée serait intéressante à étudier, car du fait de la méfiance, de l'orgueil, ou encore la fausseté du jugement, caractéristiques de la structure paranoïaque, nous nous attendions à trouver une recrudescence de ces symptômes. Ces derniers étaient d'autant plus susceptibles d'être majorés par l'angoisse et par le sentiment d'injustice ressenti lors d'une primo-hospitalisation sans consentement. Deux hypothèses peuvent être formulées pour tenter d'expliquer nos résultats. Premièrement, le nombre de patient de notre échantillon ne nous permet pas d'obtenir des résultats représentatifs. Deuxièmement, si nous nous référons au rapport à la loi que peuvent avoir les patients paranoïaques, il est possible que l'intervention

du JLD puisse apporter un certain « apaisement », à propos de la mesure de soins sans consentement.

10.2. Une volonté de faire valoir ses droits, mais sans avocat

Plusieurs reformulations de l'information sont nécessaires lors de la première évaluation. Par la suite, les patients paranoïaques ne nécessitent aucune reformulation. Ces résultats peuvent être mis en parallèle avec la méfiance, et le recours à la procédure et à la loi caractéristiques de ce type de personnalité. Le besoin d'information se traduirait alors par une volonté de compréhension en vue d'une « défense » des droits, associée à une certaine rigidité de fonctionnement.

Les deux types de perceptions majoritaires retrouvées chez les patients paranoïaques, sont celle d'un faire-valoir des droits et celle d'un complot médecine-justice. Ceci est intéressant à comparer avec notre population générale. En effet, nous retrouvons ici des caractéristiques spécifiques à la structure paranoïaque, avec une volonté de faire valoir ses droits en ayant recours aux procédures juridiques, et une certaine méfiance plus ou moins associée à un ressenti de complot. L'absence de vécu de l'audition du JLD comme une formalité semble aller dans ce sens, tout comme l'absence de biais ressenti dans la relation médecin-malade.

Nous constatons enfin que les patients ayant une personnalité paranoïaque ne font pas appel à un avocat. Si nous nous basons sur le fonctionnement paranoïaque, cet aspect paraît étonnant, puisque nous nous serions attendus à un recours plus important à un avocat que dans notre échantillon global. Ce résultat peut sûrement s'expliquer par la faible représentativité de notre population de patients paranoïaques. Elle peut aussi s'appuyer sur le fait que lorsque nous nous référons aux statistiques officielles, les avocats commis d'office sont quasiment systématiques. Peut-être existe-il une méfiance des patients paranoïaques par rapport à cet avocat ? D'autant plus que la plupart du temps cet avocat ne peut rencontrer son client avant l'audition du JLD [57 ; 120].

11. Synthèse de la discussion des résultats

Nous pouvons mettre en avant dans cette discussion plusieurs caractéristiques socio-démographiques intéressantes concernant une population de patients primo-hospitalisés sans consentement, ainsi que des informations relatives au ressenti de l'audition du JLD.

- Données socio démographiques

La plupart des patients primo-hospitalisés sans consentement sont des hommes célibataires, ayant une activité professionnelle.

Ces patients ont la plupart du temps, des antécédents psychiatriques associés à une médication avant leur hospitalisation.

La majorité des mesures de soins sans consentement concerne la plupart du temps des décompensations psychotiques, ou des troubles du comportement de type auto-agressifs.

Les SDT sont les mesures les plus représentées.

- Données relatives à l'hospitalisation et à l'audition du JLD

L'hospitalisation en service fermé est majoritaire en début d'hospitalisation.

Les auditions ont lieu dans des délais conformes, mais la présence de l'avocat est peu constatée.

Peu de décisions de mainlevées sont constatées, et peu de recours sont engagés par les patients.

- Évaluation clinique

L'audition du JLD a peu d'impact sur l'évolution clinique constatée, cependant, il existe des différences de perception en lien spécifiques à chaque pathologie et en lien avec l'aspect psychopathologique.

- Perception du cadre légal

Le cadre légal est globalement intégré de manière satisfaisante, mais fait l'objet d'une variabilité dépendante de chaque pathologie.

- Perception de l'audition du JLD

L'audition du JLD est le plus souvent ressentie comme une échéance importante et ayant pour but un faire valoir des droits. Cependant, il existe un sentiment d'inutilité et de formalité important, et variable en fonction des pathologies.

II. Discussion de la méthode

1. Choix du sujet

1.1. Élaboration du sujet

Nous avons choisi d'étudier la perception de l'audition du JLD chez les patients hospitalisés sous contrainte, car au cours des stages d'internat, nous avons pu observer que les dispositions prévues par la loi du 5 juillet 2011 ont créé un changement dans les pratiques des médecins et dans l'organisation des soins. Cette modification a suscité des remarques de la part des médecins, dont certains s'inquiétaient de la place grandissante de la justice, dans le cadre des soins sans consentement. Nous avons effectué une revue de la bibliographie et nous sommes rendu compte que les avis des professionnels pouvaient différer. Le Professeur Bénézech, par exemple, s'est interrogé si l'intervention du JLD ne pouvait pas entraîner un « renforcement de la culpabilité pathologique, notamment délirante chez les mélancoliques, et les schizophrènes dysthymiques » [6]. D'autres psychiatres, comme le Professeur Senon, envisageaient l'intervention du JLD comme bénéfique dans la dynamique de protection des droits des malades [101]. C'est dans ce contexte que nous avons réalisé un travail préliminaire, afin de pouvoir évaluer les données qui pouvaient ressortir de ce type de travail.

1.2. Étude en rapport avec notre sujet

Au cours notre revue de la bibliographie, nous nous sommes aperçu qu'il existe peu de travaux dans la littérature médicale, envisageant la perception et/ou le vécu des soins psychiatriques sous contrainte par les patients. Les travaux existant, concernent des études effectuées sous le régime de la loi du 27 juin 1990. Le premier travail est celui du Docteur Pommier : Le vécu par les patients de l'expérience d'hospitalisation sous contrainte : à partir d'une étude prospective réalisée dans les services publics de psychiatrie de la région Bourgogne [83]. Le second travail est celui du Docteur Luwen, qui est intitulé : Première hospitalisation psychiatrique en hospitalisation sous contrainte : Vécu et suivi du patient [69]. Nous n'avons pas pris ces travaux pour une comparaison avec notre travail, en raison du biais de comparaison secondaire à la différence de législation avec notre travail.

2. Discussion de la Méthode

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude monocentrique, menée au Centre Hospitalier Henri Laborit de Poitiers. Une des spécificités de ce Centre Hospitalier est que les auditions du JLD se déroulent dans une salle d'audience spécialement aménagée. Ce type d'organisation est minoritaire sur le plan national, car il représente 30% des audiences [72]. Par la spécificité de l'organisation des audiences sur notre site d'étude, et par la nature monocentrique de cette étude, il existe un biais de sélection, limitant la représentativité de notre travail sur le plan national.

2.2. Échantillon

2.2.1. Critères d'inclusion

Le choix de n'inclure que les patients primo-hospitalisés sans consentement se justifie, afin de ne pas avoir de biais dans la perception de l'audition du JLD par les patients.

2.2.2. Critères d'exclusion

Nous n'avons pas inclus dans notre étude, les patients ayant déjà été hospitalisé sans consentement, antérieurement ou postérieurement à la réforme du 5 juillet 2011. Ce choix s'explique par une volonté de ne pas biaiser la perception de l'audition du JLD, par des patients ayant déjà fait l'objet d'une mesure de soins sans consentement. Nous souhaitons n'avoir dans cette étude, que des patients vierges d'une mesure de soins psychiatriques sans consentement, ce qui peut être un biais dans la représentativité de nos résultats.

Nous n'avons pas inclus les patients faisant l'objet d'une mesure de SDRE ; ni les patients jugés irresponsables pénalement (art 122.1 Alinéa 1 CP) ; ou encore les patients détenus, hospitalisés sous contrainte selon les modalités définie par l'article D 398 du CPP. Ce choix s'explique par la probabilité que ces patients aient déjà vu un juge dans le cadre d'autres procédures. D'ailleurs, certains auraient pu déjà rencontrer un JLD dans le cadre de procédures correctionnelles et/ou criminelles. Ceci aurait entraîné un biais de classement.

2.3. Protocole d'étude

2.3.1. Période d'inclusion

Nous avons réalisé les inclusions de patients entre le 1^{er} février 2013 et le 1^{er} Août 2013. Nous avons choisi de réaliser notre étude sur une période de 6 mois car au regard de nos critères d'inclusion et d'exclusion restrictifs, nous avons fait le choix d'étendre la durée des inclusions au maximum, en fonction des contraintes de temps relatives au traitement des données. Ce choix nous permet d'augmenter les possibilités d'inclusion, par rapport à nos objectifs.

2.3.2. Démarche d'inclusion

Le logiciel contenant le dossier médical du patient, utilisé au Centre Hospitalier Henri Laborit, référence les éventuelles hospitalisations antérieures au sein de cet établissement. Cependant, il ne référence pas les hospitalisations ayant éventuellement lieu dans d'autres établissements régionaux ou nationaux. L'information concernant une éventuelle

hospitalisation sans consentement antérieure n'a donc pas forcément toujours été recueillie. Cet aspect constitue un biais de sélection.

2.4. Recueil des données

2.4.1. Choix des temps d'évaluation

Nous avons choisi d'effectuer trois évaluations successives pour plusieurs raisons :

- Au cours de notre travail préliminaire, nous avons pu constater que la réalisation de plus de deux entretiens durant la période « pré- audition » ne permettait pas de recueillir plus de données en rapport avec nos objectifs.
- La multiplication des évaluations aurait imposé des contraintes logistiques et humaines plus importantes, faisant craindre une participation moindre à ce projet, de la part des professionnels.
- En cas de multiplication des évaluations, nous exposons le patient à ne pas répondre de manière « authentique » à certaines questions, lors des entretiens, du fait d'un aspect trop récurrent des interrogations, pouvant entraîner une lassitude.

Le choix de la première évaluation, le lendemain de la 72^{ème} heure d'admission se justifie par le fait que la période des 72 premières heures est une période dite « d'observation ». Nous avons donc choisi le lendemain de la 72^{ème} heure d'admission pour que nous ne soyons plus dans cette période d'observation, et que nous puissions tout de même avoir une évaluation du patient au début de son hospitalisation.

Le choix d'une évaluation la veille de l'audition, nous a permis d'avoir une évaluation, aussi précise que possible de la perception de l'audition par le patient. En effet, à ce délai, le patient a signé sa convocation à en vue de l'audition du JLD. De plus, il possède toutes les informations nécessaires à l'appréhension de cette audition.

Le choix de placer la dernière évaluation à 48 heures après l'audition du JLD se justifie pour deux raisons. La première est que ce délai laisse au patient suffisamment de temps pour se positionner sur un éventuel recours vis-à-vis de la décision du JLD. La seconde est que ce délai permet d'espacer les évaluations dans le temps, afin de ne pas « surcharger » le patient de sollicitations en rapport avec l'étude.

2.4.2. Utilisation des échelles [13]

L'évaluation clinique de notre étude prend pour modèle différentes échelles validées au niveau international. Ces outils sont utilisés pour scorer l'ensemble des situations cliniques et de les faire correspondre, au mieux, avec les grandes pathologies mentales. Tous les items des échelles dont nous nous sommes inspirés ne sont pas utilisés, et leur mode de cotation est simplifié, afin de faciliter la lecture du questionnaire et diminuer le temps nécessaire pour remplir ce dernier.

- Hamilton Depression Rating Scale [Annexe 5]

La HDRS est une échelle unidimensionnelle spécifique de la dépression. Elle permet de quantifier l'intensité de la symptomatologie à un instant donné, d'évaluer l'évolution de la symptomatologie et évaluer l'efficacité de la thérapeutique entreprise [45]

L'objectif de cet outil consiste à mettre en évidence d'authentiques symptômes dépressifs et non des fluctuations thymiques mineures. La cotation est basée sur les données de l'entretien ainsi que sur les phénomènes rapportés par le patient dans le cadre de l'épisode actuel au cours de la semaine écoulée.

Nous n'avons pas respecté le délai d'une semaine entre chaque évaluation, nécessaire pour l'utilisation de cette échelle, et n'avons utilisé dans notre questionnaire que certains items de la HDRS. Nous n'avons donc pas établi de « score » à cette échelle. Ceci limite donc la validité de l'utilisation de la HDRS, et entraîne un biais de classement.

- Montgomery and Asberg Depression Rating Scale [Annexe 5]

La MADRS est une échelle permettant d'étudier les modifications de l'humeur sous les effets des thérapeutiques [74]. Elle permet de différencier les sujets dépressifs des sujets non dépressifs ou des sujets anxieux [13].

L'échelle comprend 10 items cotés de 0 à 6. Seules les valeurs paires sont définies. Les valeurs impaires représentent les états intermédiaires. Nous n'avons utilisé que les cotations paires dans notre questionnaire. L'utilisation de cette échelle dans notre protocole est donc biaisée sur le plan des mesures.

- Positive and Negative Syndrome Scale [Annexe 5]

La PANSS est une échelle permettant d'évaluer les symptômes psychopathologiques observés chez les patients présentant des symptômes psychotiques, notamment dans la schizophrénie. La passation se fait à la suite d'un entretien clinique standard, complété par l'observation du patient et des éléments mentionnés par les autres membres de l'équipe soignante, la famille ou les proches.

Nous avons modifié la cotation de la symptomatologie, et donc entraîné un biais dans l'utilisation de cette échelle.

2.4.3. Rédaction du questionnaire

La rédaction du questionnaire comportait quelques erreurs de frappe, notamment dans certaines cotations. Certains variables cotées comme absentes, ne comportaient pas le chiffre « 0 ». Ces erreurs sont susceptibles d'avoir entraîné un biais de mesure.

2.4.4. Utilisation des termes « audience » et « audition »

Alors que dans le texte de loi, l'intervention du JLD se fait dans le cadre d'une « audience », nous avons employé dans notre questionnaire, le terme « audition ».

Le Ministère de la Justice définit une « audition » de la manière suivante :

- Audition : « Acte, pour un magistrat, un policier, un gendarme, d'entendre une personne impliquée dans une procédure judiciaire : adversaires, témoins, experts ».

La définition d'une audience, fournie par le Ministère de la Justice, est la suivante :

- Audience : « Séance au cours de laquelle une juridiction prend connaissance des prétentions des parties, instruit le procès et entend les personnes qui y participent : le procureur, les parties, les avocats, les témoins, les experts... La décision peut être rendue à l'audience ou ultérieurement » [29].

Nous avons considéré que la définition d'une audience ne répondait pas totalement au cadre de l'intervention du JLD. En premier lieu, le terme « audience » sous-entend un fonctionnement juridique basé sur le schéma de procédure pénale. L'intervention du JLD dans le cadre du contrôle systématique des mesures de soins sans consentement, ne répond pas à ce type de schéma.

En second lieu, bien qu'il s'agisse d'un débat contradictoire, ce type d'audience ne correspond pas à un débat dans lequel le JLD entend un « prévenu » et une « victime ». Le patient hospitalisé n'est pas jugé pour un acte commis, mais dans le cadre d'une procédure de contrôle de la régularité de la mesure de limitation de l'exercice de ses libertés.

Nous avons donc choisi d'utiliser le terme d'« audition » dans notre questionnaire, car l'intervention du JLD correspond de manière plus précise à la définition d'une « audition » que d'une « audience », même si cela peut être sous-entendre un biais dans la compréhension des opérateurs.

2.5. Réalisation pratique

2.5.1. Réunions de présentation

Au préalable de cette étude, nous avons organisé une réunion de présentation dans chacun des secteurs, en fonction des disponibilités de chacun des acteurs sollicités. Dans la pratique, du fait du fonctionnement propre à chaque secteur, et en fonction des disponibilités variables des professionnels, il n'a pas été toujours été possible de réaliser ces réunions de présentation avant le début des inclusions. Certaines réunions se sont donc déroulées après la date du début des inclusions. Le début des inclusions a été retardé de quelques jours dans deux secteurs sur quatre.

Tous les personnels médicaux concernés n'étaient pas présents cette réunion de présentation. Cependant, les Chefs de Pôle respectifs étaient toujours présents, et la plupart des autres professionnels concernés étaient présents. Chaque Chef de Pôle a donné son accord pour la réalisation de ce travail.

Durant la présentation, le support informatique, n'a pas été systématiquement utilisé, selon les secteurs, en raison de contraintes techniques, ou de contraintes temporelles.

De plus, lors du changement du semestre des internes, les internes prenant leur poste dans les secteurs concernés par notre étude, n'ont pas bénéficié du support informatique, dans le cadre

de la présentation du projet. La différence de formation des opérateurs a entraîné un biais d'information.

Chaque réunion de présentation a été l'occasion de répondre aux questions des professionnels. Ces questions concernaient la plupart du temps :

- la justification des critères d'inclusion, jugés parfois trop restrictifs ;
- la demande de précision sur le fait que l'étude ne se déroule que sur le Centre Hospitalier Henri Laborit, et non sur d'autres hôpitaux de la région Poitou-Charentes ;
- l'interrogation sur l'absence de notre participation aux inclusions ;
- le déroulement pratique de l'étude et la définition des rôles de chaque professionnel.

2.5.2. Participation

Nous avons supervisé les inclusions pour plusieurs raisons. En premier lieu, durant la période d'inclusion, nos stages d'internat ne se déroulaient pas au Centre Hospitalier Henri Laborit. Ceci constitue une contrainte géographique et temporelle. En second lieu, n'ayant aucun patient en charge au sein du site de notre étude, nous avons considéré, que des entretiens d'évaluation réalisés par un médecin extérieur à la prise en charge du patient, constituent un biais de classement. En effet, une intervention extérieure est susceptible de modifier la perception du patient et donc le recueil des données.

Cette absence sur le site a entraîné des difficultés concernant la possibilité de relance des opérateurs. C'est pour pallier cette difficulté que nous avons envisagé d'effectuer des appels téléphoniques réguliers auprès des secrétariats, et envisagé une relance mensuelle auprès des différents médecins et internes impliqués dans cette étude.

Parmi les internes ayant participé aux inclusions, certains se trouvent en début de cursus (premier, ou deuxième semestre du DES de psychiatrie), d'autres en fin de cursus (septième ou huitième semestre du DES de psychiatrie). De plus, nous pouvons remarquer que chaque opérateur a une orientation de formation différente (psychanalytique, systémique, neurobiologique...). Nous pouvons nous interroger si cette différence de cursus et/ou d'orientation, n'a pas modifié le contenu de l'information délivrée, et l'appréciation dans le recueil des variables. Ceci serait donc un biais de sélection.

2.5.3. Durée de remplissage du questionnaire

Le questionnaire que nous avons élaboré contient 16 pages et de multiples variables à évaluer. Sur le contenu, certains médecins participant à ce projet ont signifié que ce questionnaire comportait un trop grand nombre de variables à évaluer. Cet aspect est difficilement compatible avec les contraintes d'emploi du temps. De plus, l'évaluation du temps nécessaire pour remplir ce document est sous-estimée.

2.6. Traitement statistique

Nous avons modifié la structure de notre chapitre « Compréhension de la loi » dans l'intérêt d'une meilleure lisibilité des résultats, et afin de mieux être en accord avec notre travail portant sur la perception des patients

Du fait du faible nombre de patients inclus, et de l'absence de calcul d'un échantillon minimal nécessaire, l'intérêt de ce travail est de se centrer sur un aspect qualitatif et non quantitatif. C'est également pour cette raison que nos calculs ont une faible significativité statistique ($p < 0,05$).

Le traitement statistique a été fait seul. Cet aspect entraîne un aspect limitatif dans le traitement des données.

Nous avons utilisé des matrices standardisées sur le logiciel Excel[®]. Ces matrices ne sont pas toujours adaptées aux besoins de notre travail, notamment dans les analyses multivariées. Les modèles Excel[®] que nous avons utilisés comportent certaines limites, particulièrement concernant la présentation graphique des résultats.

III. Perspectives

1. Perspectives en lien avec notre travail

Notre travail, bien que statistiquement non significatif, nous permet de dégager plusieurs points intéressants. L'audition du JLD semble être une échéance importante pour les patients,

dont la perception principale est une défense des droits. Il semble cependant exister certaines particularités dans la conception et la perception de l'audition, en fonction des pathologies.

Il serait donc intéressant de poursuivre ce travail de manière multicentrique, sur un échantillon plus important, afin de bénéficier d'une puissance statistique intéressante. Ce travail permettrait d'envisager certaines dispositions, susceptibles d'améliorer la compréhension du cadre légal et le ressenti de protection des libertés individuelles chez les patients hospitalisés sans leur consentement.

Nous pourrions également envisager de compléter l'apport de ce travail sur plusieurs aspects. Ces travaux complémentaires pourraient prendre plusieurs formes :

- L'approfondissement des caractéristiques des perceptions de l'audition du JLD, spécifiques à chaque pathologie ;
- La comparaison de la perception de l'audition du JLD auprès de patients, dont les auditions du JLD ont lieu au TGI ;
- Réévaluer la perception de l'audition du JLD par les patients, dans le cadre d'une intervention du JLD dans un délai de 12 jours à compter de l'admission, si cette disposition de la proposition de loi est validée lors du vote ;
- Comparer la perception de l'audition du JLD des patients primo-hospitalisés, dont l'audition se déroule dans une salle de l'établissement d'accueil d'un côté, avec la perception de patients dont l'audition se déroule au TGI d'un autre côté ;
- Évaluer la perception de l'audition du JLD, chez les patients faisant l'objet d'une levée de la mesure de soins sans consentement, avant la saisine du JLD, et comparer ces données avec celles des patients assistant à l'audition ;
- Comparer l'éventuelle modification de perception de l'audition du JLD, existant entre des patients ayant déjà rencontré le JLD dans le cadre de mesures de soins psychiatriques sans consentement, et des patients n'ayant jamais rencontré le JLD ;
- Préciser la perception de l'audition du JLD par les patients ayant déjà rencontré le JLD dans le cadre de procédures pénales ;
- Explorer plus précisément, dans le cadre d'un travail pluridisciplinaire, le sens que mettent les patients derrière le terme de « faire-valoir » des droits, afin de comprendre leurs attentes vis-à-vis du JLD.

2. Perspectives en lien avec les textes

Nous remarquons que certains rapports proposent des solutions en rapport avec les résultats de notre étude. Ils soulignent également d'autres problématiques relatives à l'intervention du JLD et au cadre de la loi, dans l'objectif de protéger de manière efficiente les droits des patients atteints de troubles psychiatriques [10 ; 91].

2.1. Les rapports d'information

- **La formation des professionnels**

Le rapport d'information du 22 février 2012 insiste sur la nécessité de prévoir de formations communes au monde judiciaire et au monde médical, afin de « permettre une meilleure compréhension mutuelle des acteurs, de leurs motivations et de la nature de leurs interventions : cette acculturation réciproque apparaît comme la condition *sine qua non* d'une réelle appropriation de la loi par ceux qui doivent la mettre en oeuvre et donc, *in fine*, de son application » [10].

- **Le lieu de l'audience du JLD**

Sur le lieu de déroulement de l'audition du JLD, le rapport Blisko constate une « certaine réticence de la hiérarchie judiciaire au principe même de la tenue d'audiences foraines. Le lieu des audiences dépend donc aujourd'hui en grande partie de la (bonne) volonté du président du tribunal de grande instance et de la pression des magistrats, et de leurs syndicats en faveur de telle ou telle solution ». Lorsque les patients ne sont pas transportés au TGI, ils sont alors représentés par un avocat, choisi ou commis d'office, qui n'a pas toujours la possibilité de s'entretenir avec eux avant l'audience, sauf lorsque des moyens de télécommunication audiovisuelle ont été installés au tribunal. Cet état des lieux ne garanti pas de manière efficiente la protection des droits des patients et justifie la généralisation des audiences foraines [10].

- **Les modalités de tenue de l'audience**

Les deux rapports d'information insistent sur l'intérêt de tenue des audiences en chambre du conseil, c'est à dire à huis clos. Cette modalité est considérée comme la « seule solution conforme au respect de la vie privée des patients » [10].

Au final, pour harmoniser la logistique relative à la tenue des audiences, le rapport Blisko propose de rendre obligatoire la signature de protocoles entre les juridictions, les établissements psychiatriques situés dans leur ressort et, le cas échéant, les services préfectoraux prévoyant les modalités d'organisation des audiences [10].

- **Les sorties de courte durée**

À propos des sorties de courtes durée non accompagnées des patients hospitalisés, il est noté que la loi ne prévoit aucun cadre juridique. Le rapport Blisko envisage des modifications du texte, permettant de « prévoir la possibilité, pour les patients en hospitalisation complète, de bénéficier de sorties thérapeutiques de très courte durée » [10].

- **Le délai d'intervention du Juge de Liberté et de la Détention**

Le rapport d'information du 29 mai 2013 évoque la nécessité de raccourcir le délai accordé au JLD, lorsqu'il statue dans le cadre du contrôle systématique de l'hospitalisation des soins sans consentement, de quinze jours à cinq jours. Ce raccourcissement devrait avoir pour conséquence une diminution du nombre de certificats et une réduction des périodes d'hospitalisation sans consentement, lors de mesures « utilisées à répétition » [10].

- **Le recours en appel**

Il est intéressant d'observer que faute de certificat médical suffisamment récent à ses yeux, le dernier remontant à exactement vingt jours, le juge d'appel ne dispose pas des éléments lui permettant de mesurer l'évolution de l'état de santé du patient. Il est préconisé l'introduction de l'obligation d'un certificat médical actualisé en cas d'appel [91].

- **Les sorties d'essai**

Dans son avis du 15 février 2011 relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office, le Contrôleur général des lieux de privation de liberté constate que « les craintes d'atteintes à l'ordre public rendent, dans un nombre croissant de départements, l'obtention des sorties d'essai plus difficile ». Le rapport d'information du 29 mai 2013 constate que, concernant les sorties d'essai, la loi de 2011 a poussé cette logique à son terme. Il est ainsi proposé d'autoriser, des sorties d'essai de courte durée.

- **Les commissions départementales des soins psychiatriques**

Selon le rapport Robillard, « la prépondérance de la représentation médicale au sein de ces commissions » mérite « une ouverture à d'autres professions, par exemple aux avocats ». Il est ainsi proposé de modifier la composition des Commissions Départementales des Soins Psychiatriques, en incluant des personnes n'appartenant pas au monde médical.

2.2. La proposition de réforme de la loi du 5 juillet 2011

La proposition de réforme de la loi du 5 juillet 2011, du 25 juillet 2013 reprend plusieurs points évoqués dans les rapports d'information. Parmi les modifications importantes du texte de loi initial, nous pouvons citer :

- La possibilité pour les patients en hospitalisation complète, de bénéficier d'autorisations de sortie de courte durée. Ces autorisations seront accordées par le directeur de l'établissement d'accueil, après avis favorable d'un psychiatre de cet établissement ;
- Le contrôle systématique de la régularité des mesures de soins sans consentement par le JLD dans un délai de douze jours à compter de l'admission. Le JLD est alors saisi dans un délai de huit jours à compter de l'admission
- L'intervention systématique d'un avocat durant les auditions du JLD

Cette proposition de loi doit être votée avant le 1^{er} octobre 2013. Il sera intéressant de s'attacher aux modifications qui seront définitivement adoptées, et en étudier l'application dans le cadre de la protection et du respect des libertés individuelles des patients admis en soins psychiatriques sans consentement.

CONCLUSION

Le cadre des soins sans consentement en psychiatrie existe depuis 1838. La loi du 30 juin 1838 a réglementé les conditions des internements des malades mentaux, et a permis de reconnaître ces malades comme des sujets de droit. Du fait de l'évolution de la discipline psychiatrique et celle de la société, la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux, a succédé à la loi sur les aliénés. Dans une dynamique de renforcement du droit des malades, cette réforme définit l'hospitalisation libre comme la règle, et l'hospitalisation sans consentement comme l'exception. La nécessité de réforme de ce texte apparaît dans le courant des années 1990, du fait de l'importance grandissante de deux courants de pensée. Le premier est dit « libertaire », défendant le renforcement des droits du malade mental. Le second est « sécuritaire », et en lien avec une stigmatisation de la maladie mentale d'une part, et la diminution de la tolérance de la société aux risques. 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, instaure pour la première fois dans l'histoire de la législation psychiatrique, le contrôle systématique de la régularité des hospitalisations sans consentement par un juge judiciaire. Ce nouvel intervenant permet un regard sur la proportionnalité de la mesure, et permet ainsi de s'assurer de la justification de la privation temporaire de liberté.

La nécessité de contrôle des internements par un juge était déjà discutée durant les débats du vote de la loi de 1838. Le Docteur Esquirol exposait le fait que « la loi ne doit avoir rien à démêler avec l'aliéné lui-même qui ne la comprendrait pas, et qui est hors d'état d'en abuser [...] elle doit poser des règles pour prévenir les abus » [36]. C'est la loi du 27 juin 1990, qui introduit la possibilité de contrôle des mesures d'hospitalisation sans consentement. Ce recours judiciaire s'articule autour de la compétence du juge administratif, pour contrôler la légalité externe de la décision d'hospitalisation, et celle du juge judiciaire, compétent pour se prononcer sur le bien fondé de l'hospitalisation et, en cas de disproportion avec l'état de santé de l'individu, ordonner sa mainlevée. Malgré ces dispositions, la France a fait l'objet de multiples condamnations au niveau européen. La loi du 5 juillet 2011, instaure le contrôle systématique de la légalité des mesures de soins par un juge judiciaire, le Juge des Libertés et de la Détention. Par la modification majeure qu'elle constitue dans le soin, et par le fait que l'intervention de ce magistrat était jusqu'alors limitée au champ pénal, l'objectif principal de ce travail consistait en une évaluation régulière de la perception de l'audition du JLD, qu'ont les patients primo hospitalisés sans consentement. Nous avons pu mettre en avant certaines caractéristiques socio-démographiques et cliniques intéressantes. L'un des points essentiels de

notre travail se situe sur la comparaison de certains « groupes diagnostics » avec notre échantillon total.

La plupart des caractéristiques socio- démographiques étaient en accord avec les données de la littérature. Il ressortait tout de même certaines particularités, telle qu'une activité professionnelle majoritaire chez les patients primo-hospitalisés.

Les auditions du JLD, ayant lieu dans une salle de l'établissement, spécialement aménagée, nous ont permis de confirmer la majorité de maintien des mesures de soins sans consentement, et le faible nombre de recours engagés, rapportés dans la littérature. Il ressort également de ces résultats, une faible présence des avocats à l'audition. Nous sommes en mesure de nous interroger pour savoir s'il n'existe pas une corrélation entre le lieu de tenue de l'audition et le recours à un avocat.

L'évaluation clinique nous a permis de mettre en avant une évolution clinique peu ou pas modifiée par l'audition du JLD. La perception de l'audition a fait ressortir deux sentiments principaux : un faire valoir des droits, et une inutilité/formalité. L'analyse a fait ressortir certaines tendances plus marquées en fonction des pathologies, que nous avons pu mettre en lien avec l'aspect psychopathologique de chaque diagnostic.

Cette variabilité de perception de l'audition du JLD retrouvée, nous amène à réfléchir sur une meilleure délivrance de l'information à chaque patient, permettant d'y inclure abord psychopathologique. L'intérêt serait de pouvoir aider les patients à mieux saisir les droits dont ils disposent, et les voies de recours existants, afin de pouvoir garantir d'une manière efficiente, le respect des droits fondamentaux des patients. Des solutions concernant la délivrance de l'information ont été envisagées dans certains rapports d'information sur la loi du 5 juillet 2011.

La loi du 5 juillet 2011 reste une indéniable avancée concernant le respect du droit des malades. Par certains aspects, notamment celui de la délivrance de l'information, l'application de la loi met en lumière certaines difficultés, qu'il convient de rectifier, afin de pouvoir garantir de manière optimale, le respect des droits des patients.

Il serait intéressant d'étudier les dispositions qui seront prises lors du vote de la loi prévu avant le 1^{er} octobre 2013, et l'impact qu'elles auront sur la pratique quotidienne et sur la perception des patients.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Alessandrini N. Une vieille dame indignée, 2004. [Internet] Disponible sur : <http://www.lfsm.org/presentation/historique>
- [2] American Psychiatric Association, Crocq M-A, Guelfi J-D. DSM-IV-TR manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Masson; 2004.
- [3] Avis du 15 février 2011 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté relatif à certaines modalités de l'hospitalisation d'office.
- [4] Belzung C. Biologie des émotions. Bruxelles. De Boeck; 2007.
- [5] Bénézech M, Sage S, Degeilh B. À propos de la loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge: réflexions psychologiques et médico-légales critiques. *Annales médico-psychologiques*. 2012 ; 170(3) : 126–219.
- [6] Bénézech M, Pham T, Le Bihan P. Les nouvelles dispositions concernant les criminels malades mentaux dans la loi du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental : une nécessaire évaluation du risque criminel. *Annales médico-psychologiques*. 2009; 67(1) : 39–59.
- [7] Bergeret J, Becache A, Boulanger JJ, Chartier JP. *Psychologie pathologique*. Elsevier-Masson, 2012.
- [8] Biostatgv. Tests statistiques en ligne [Internet]. Disponible sur : <http://marne.u707.jussieu.fr/biostatgv/>
- [9] Bitton A. La loi du 5 juillet 2011, tournant sécuritaire et «putsch» judiciaire. *L'information psychiatrique*. 2013 ; 89(1) : 9–12.
- [10] Blisko S, Lefrand G. Mise en œuvre de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. Assemblée Nationale; 2012. Rapport d'information n°4402.
- [11] Bottéro A. Insight et psychose. *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*. 2008 ; 33 : 9-11.

- [12] Bourneville DM. Rapport fait au nom de la Commission chargée d'examiner le projet de loi adopté par le Sénat : tendant à la révision de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. Gallica. 1890.
- [13] Bouvard M, Cottraux J. Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et psychologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier-Masson; 2010.
- [14] Brenot P., 500 ans de psychiatrie. Esprit du temps ; 2001.
- [15] Caire M. Des lettres de cachet à la loi du 5 juillet 2011: trois siècles et demi d'internement psychiatrique. Journal français de psychiatrie. 2013 ; 38(3) : 6–11.
- [16] Caire M. Histoire de la psychiatrie en France [Internet]. Disponible sur : <http://psychiatrie.histoire.free.fr/>
- [17] Cambier G. La loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement en psychiatrie : regards croisés d'acteurs de proximité sur un nouveau dispositif. [Thèse d'exercice] Grenoble : Université Joseph Fourier ; 2013.
- [18] Caria A. Démarche qualité en santé mentale Une politique au service des patients In Press, 2003
- [19] Chaltiel P. Comment bricoler pour le mieux avec une loi bricolée pour le pire. Journal français de psychiatrie. 2013 ; 38(3) : 31–3.
- [20] Chartier J. Le placement sous contrainte en psychiatrie. Université de Rouen; Département Carrières Juridiques, 2010.
- [21] Circulaire du 9 juillet 1993 relative à l'application de l'article L. 365-1 du Code de la Santé Publique
- [22] Code Pénal. 1810.1810.
- [23] Code de la Santé Publique.
- [24] Coelho J. Soins psychiatriques et juge des libertés et de la détention (JLD). Bordeaux, Les Études Hospitalières; 2011.
- [25] Conseil Constitutionnel. Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010. 2010.

- [26] Conseil de l'Europe, Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, telle qu'amendée par les Protocoles n° 11 et 14, Série des traités européens ; n° 5, Rome, 1950.
- [27] Cormier M. Droits des malades dans la loi du 4 mars 2002. *Actualités en Dossiers en Santé Publique*. 2002 ; (40) : 6–10.
- [28] Cosnier J. *Psychologie des émotions et des sentiments*. Paris: Retz; 1994.
- [29] Cour d'appel de Paris. Les costumes de la justice. [Internet] Disponible sur : <http://www.ca-paris.justice.fr/index.php?rubrique=11126&article=15060>
- [30] Dayras L. *Les aliénés: réformes à introduire dans la loi du 30 juin 1838*. Paris; 1883.
- [31] Delumeau J. *La peur en Occident: XVIe-XVIIIe siècles*. Paris : A. Fayard ; 2011.
- [32] Devers G. Hospitalisation sous contrainte, les bonnes pratiques sont conformes à la Constitution. *Droit, Déontologie & Soins*. 2011 ; 11(1) : 2–14.
- [33] Devers G. Le soin sans consentement n'existe pas, n'a jamais existé et n'existera jamais! *Santé Mentale*. 2012 ; (168) : 6–7.
- [34] Dupuy O. *Droit et psychiatrie - La réforme du 5 juillet 2011 expliquée*. Heures de France. 2011.
- [35] Durand B. Soins psychiatriques: le retour de la contrainte et de la stigmatisation. *Les Tribunes de la santé*. 2011; 32(3) : 43–54.
- [36] Esquirol E. *Examen du projet de loi sur les aliénés*. Paris: J.-B. Baillière (Paris); 1838.
- [37] Favré P. *Les hospitalisations sans consentement: réflexions, enquête épidémiologique* [Thèse d'exercice]. Grenoble, France : Université Joseph Fourier ; 1991.
- [38] Foucault M. *Histoire de la folie à l'âge classique*. Paris : Gallimard; 1999.
- [39] Garnier P. *Internement des aliénés: thérapeutique et législation*. Paris: Rueff (Paris); 1898.
- [40] Gautier J-L. *Hospitalisation psychiatrique sous contrainte et droits fondamentaux: la réforme des soins psychiatriques, une menace pour la liberté individuelle?* Carnac: les Éditions du Menhir; 2012.

- [41] Germain GA. L'évolution juridique des soins psychiatriques sans consentement en France de l'Ancien régime à la loi du 05 juillet 2011 [Thèse d'exercice]. Grenoble : Université Joseph Fourier; 2011.
- [42] Goudeaux M-J. Facteurs prédictifs de la mise en place d'une hospitalisation d'office dans une étude comparant la Charente et la Vienne [Thèse d'exercice]. Poitiers : Université de Poitiers; 2012.
- [43] Guelfi J-D, Rouillon F. Manuel de psychiatrie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2012.
- [44] Guignard L. L'irresponsabilité pénale dans la première moitié du XIXe siècle, entre classicisme et défense sociale. XXXIVe Congrès français de criminologie ; 2008.
- [45] Hamilton M. Development of a Rating Scale for Primary Depressive Illness. *British Journal of Social and Clinical Psychology*. 1967; 6(4) : 278–96.
- [46] Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Recommandations pour la pratique clinique, 2005.
- [47] Hémerly Y. Une loi fâcheuse. *L'information psychiatrique*. 2011 ; 87(6) : 451–4.
- [48] Hochmann J. Histoire de la psychiatrie. Paris: Presses universitaires de France; 2011.
- [49] Jonas C, Senon JL. La loi du 4 mars 2002 relative aux droits du malade et à la qualité du système de santé: les moyens d'une amélioration de la relation médecin-malade? *Annales médico-psychologiques*. 2003 ; 161(5) : 404–9.
- [50] Jonas C. La loi du 4 Mars 2002 et la pratique médicale quotidienne: Apports et incertitudes. *Médecine et Droit : information éthique et juridique du praticien*. 2002 ; 2002(56):1–5.
- [51] Jonas C. Réflexions à propos de la recommandation de l'HAS sur l'indication en urgence d'une HSC. *Nervure Journal de psychiatrie*. 2005; 1:7–9.
- [52] Kernberg OF, Widlöcher, Marcelli D. Les troubles limites de la personnalité. Paris: Dunod; 2001.

- [53] Kijek D. Etude comparative socio-démographique et clinique d'une population de patients hospitalisés en psychiatrie libre et sous contrainte [Thèse d'exercice]. Tours, France : Faculté de Médecine de Tours; 1997.
- [54] Lachaux B. La loi du 05 juillet 2011 ou la défense du sujet passant de la médecine au droit. *Psychiatrie, Sciences Humaines, Neurosciences*. 2011; (9):177–80.
- [55] Laguerre A, Schürhoff F. Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. Outils pratiques. *L'Encéphale*. 2012 ; 38(2):179–84.
- [56] Lalande F., Lepine C. Analyse d'accidents en psychiatrie et propositions pour les éviter. Rapport IGAS, Tome 1.
- [57] Leclerc H. La loi du 5 juillet 2011: le juge et le fou. *Journal français de psychiatrie*. 2013 ; 38(3):22–4.
- [58] Lepine J-P, Gasquet I, Kovess V, Arbabzadeh -Bouchez S, Negre-Pages L, Nachbaur G, et al. Prévalence et comorbidité des troubles psychiatriques dans la population générale française: résultats de l'étude épidémiologique ESEMeD/MHEDEA 2000/ (ESEMeD). *L'Encéphale*. 31(2):182–94.
- [59] Loi du 30 juin 1838 sur les aliénés.
- [60] Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. 1990.
- [61] Loi n° 92-684 du 22 juillet 1992 portant réforme des dispositions du code pénal relatives à la répression des crimes et délits contre les personnes. 1992.
- [62] Loi n° 98-468 du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs. 1998.
- [63] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.
- [64] Loi n° 2007-1545 du 30 octobre 2007 instituant un Contrôleur général des lieux de privation de liberté. 2007.
- [65] Loi n° 2008-174 du 25 février 2008 relative à la rétention de sûreté et à la déclaration d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental. 2008.

- [66] Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 2011.
- [67] Londres A. Chez les fous. Paris: Le Serpent à plumes Editions; 1997.
- [68] Lopez A, Yeni I. Propositions de réforme de la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation. Rapport n° 2005064, mai 2005.
- [69] Luven E. Première admission psychiatrique en hospitalisation sous contrainte [Thèse d'exercice]. Brest : Université de Bretagne occidentale; 2009.
- [70] M. le Président de la République Française. Discours de M. le Président de la République. L'hospitalisation en milieu psychiatrique. Antony, 2008.
- [71] Martin E. Le rôle du juge des libertés et de la détention en procédure pénale [Mémoire pour le Master 2 Droit privé spécialité droit privé et sciences criminelles]. Grenoble : Faculté de droit de Grenoble; 2006.
- [72] Ministère de la Justice. Enquête "réforme des soins psychiatriques.2012.
- [73] Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale. La Loi du 5 juillet 2011: un progrès pour l'accès aux droits des patients? Revue Pluriels. 2013 ; (99-100):1-20.
- [74] Montgomery SA, Asberg M. A new depression scale designed to be sensitive to change. British Journal of Psychiatry. 1979 ; 134:382-9.
- [75] Odier S. La surmortalité des asiles d'aliénés français durant la deuxième Guerre Mondiale (1940-1945). [Lyon, France]: Université Jean Moulin Lyon III; 2007.
- [76] Organisation Mondiale de la Santé. Classification Internationale des Maladies - Dixième révision - Chapitre V : troubles mentaux et troubles du comportement: descriptions cliniques et directives pour le diagnostic. Genève; Paris: OMS ; Masson; 1993.
- [77] Ott C. Hospitalisation sous contrainte, un difficile équilibre entre sécurité et libertés. Droit, déontologie et soin. 2007 ; 7(2):209-37.
- [78] Péchillon É. Place de la jurisprudence dans la gestion et l'évolution de la législation relative aux soins sous contrainte. Annales Médico-psychologiques. 2012 ; 170(10):706-10.

- [79] Perron R. Histoire de la psychanalyse. Paris: Presses universitaires de France; 2009.
- [80] Pharo, P. Consentir librement. Revue de Médecine Psychosomatique. 1993 ; 34. 75-86.
- [81] Piel E., Roelandt J-L De la psychiatrie vers la santé mentale. 2001.
- [82] Pirot S. Neurobiologie de la perception des émotions : implications dans les troubles psychiatriques. Neuropsychiatrie : Tendances et Débats. 2004 ; 23 : 43-49
- [83] Pommier C. Le vécu par les patients de l'expérience d'hospitalisation sous contrainte: à partir d'une étude prospective réalisée dans les services publics de psychiatrie de la région Bourgogne [Thèse d'exercice]. Dijon : Université de Bourgogne; 2000.
- [84] Proposition de loi visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge. 25 juillet 2013.
- [85] Quétel C. Une légende noire: les lettres de cachet. Paris: Perrin; 2011.
- [86] Quétel C. Histoire de la folie de l'Antiquité à nos jours. Paris: Tallandier; 2012.
- [87] Recueil d'Information Médicalisé en psychiatrie [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé. Disponible sur :
<http://www.atih.sante.fr/?id=0004900004FF>
- [88] Renneville M. La dangerosité en psychiatrie: perspective historique. Cahiers d'études pénitentiaires et criminologiques. 2011 ; (37) : 6.
- [89] Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement: un éclairage historique. Journal français de psychiatrie. 2013 ; 38(3) :12-5.
- [90] Riera R, Mauchet C, Babre S, Eustace D, Paquy S. Rapport sur les problèmes de sécurité liés aux régimes d'hospitalisation sans consentement. 2006.
- [91] Robillard D. la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie: rapport d'étape. Paris: Assemblée Nationale; 2013. Rapport d'information n°1085.
- [92] Roelandt J-L. Pour en finir avec la confusion entre psychiatrie et justice, hôpital psychiatrique et prison, soins et enfermement. L'information psychiatrique. 2009 ; 85(6):525-35.

- [93] Rome I. Pour un juge garant de la liberté individuelle de chaque patient. L'information psychiatrique. 2011 ; 87(10):757-62.
- [94] Rome I. Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011. Annales Médico-psychologiques. 2012 ; 170(10):703-5.
- [95] Rouillon F. Épidémiologie des troubles psychiatriques. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique. 2008 ; 166(1) : 63-70.
- [96] Rycajal R. Neurosciences et comportement. Neurobiologie des émotions [Internet]. Disponible sur : <http://www.neur-one.fr/Emotions.pdf>
- [97] Seltensperger B. L'application de la loi du 5 juillet 2011 par les juges des libertés et de la détention depuis le 1er août 2011. Journal français de psychiatrie. 2013 ; 38(3) : 36-42.
- [98] Sénat. Rapport d'information n°434, 2010, 120p. Disponible sur : <http://www.senat.fr/rap/r09-434/r09-4341.pdf>
- [99] Senon J-L, Jonas C. Droit des patients en psychiatrie. EMC-Psychiatrie. 2004 ; 1(2) : 107-27.
- [100] Senon JL. Psychiatrie et prison : toujours dans le champ de l'actualité. Annales Médico-psychologiques. 2004 ; 162(8) : 646-52.
- [101] Senon J-L. Évolution de la place du patient en hospitalisation psychiatrique au XXe siècle. L'Encéphale. 2011 ; 37(4, Supplément 2): 19-20.
- [102] Senon J-L, Manzanera C. Comment mieux répondre aux problèmes cliniques et médico-légaux actuels pour préserver une psychiatrie ouverte et dynamique ? Annales Médico-psychologiques. 2005 ; 163(10) : 870-7.
- [103] Senon J-L, Manzanera C. Psychiatrie et justice: de nécessaires clarifications à l'occasion de la loi relative à la rétention de sûreté. Actualité Juridique Pénal. 2008 ; (4) :176-80.
- [104] Senon J-L, Jonas C., Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 «relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge». 2012 ; 170(3) : 211-5.

- [105] Senon J-L, Jonas C. Protection de la personne. Droit des patients en psychiatrie. *Médecine & Droit*. 2005 ; 2005(71) : 33–49.
- [106] Senon J-L, Lafay N, Papet N, Manzanera C. Grands courants de la pensée psychiatrique [Internet]. Disponible sur : <http://senon.pagespersoorange.fr/Documentation/telechargement/2cycle/moduleD/Grands%20Courants%20de%20la%20pens%20E9e%20psychiatrique.pdf>
- [107] Senon J-L, Manzanera C, Humeau M. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires? *L'information psychiatrique*. 2006 ; 52(8) : 645–52.
- [108] Senon J-L, Voyer M. Modalités et impact de la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 : de l'impérieuse nécessité de placer le patient au centre de nos préoccupations. *Annales Médico-psychologiques*. 2012 ; 170(10) : 693–8.
- [109] Senon J-L, Voyer M, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité criminologique : données contextuelles, enjeux cliniques et experts. *L'information psychiatrique*. 2009 ; 85(8) : 719-25.
- [110] Senon J.-L., Lafay N., Papet N., Cordier B. La loi du 4 mars 2002 : une loi protéiforme au carrefour de l'évolution sociale et médicale. *Annales médico-psychologiques*. 2003 ; 161(5) : 401-3.
- [111] Simmat G. L'Hôpital Pasteur de Poitiers: 300 ans au service des malades. *Revue de la Société Française d'Histoire des Hôpitaux*. 2012 ; (143) : 46–7.
- [112] Simmat G. Un peu d'histoire. [Internet]. CH laborit; Disponible sur : www.ch-poitiers.fr/un-peud'histoire?destination=node%2F33
- [113] Stahl SM, Muntner N, Lemoine P. *Psychopharmacologie essentielle bases neuroscientifiques et applications pratiques*. Paris: Médecine sciences publications; 2010.
- [114] Stark J, Maugey-Motte C. *Droit et hospitalisation psychiatrique sous contrainte*. Paris: l'Harmattan; 2009.
- [115] Strohl H. Rapport du groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990. Rapport n° 97081.

- [116] Tachon J-P. Évolution des hospitalisations sans consentement (HSC). *L'information psychiatrique*. 85(3):275–9.
- [117] Thulié H. *La folie et la loi / Le Dr H. Thulié* . Paris: Librairie centrale (Paris); 1866.
- [118] Trojak.B. Hospitalisations sans consentement: faut-il en définir les indications [Mémoire du Master d'éthique médicale]. Paris : Université Paris Descartes; 2006.
- [119] Tyrode Y, Bourcet S. Spécificités psychiatriques de la loi du 4 mars 2002. *Annales médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 2003 ; 161(5) : 410–3.
- [120] Vaillant C. L'intervention du juge des libertés depuis la loi du 5 juillet 2011: les premiers obstacles rencontrés. *L'information psychiatrique*. 2011 ; 87(10) : 763–8.
- [121] Valmy G, Levy C, Barucq E, Riffaud S, Davignon G, Senon J-L. Impact psychologique de l'audition devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) chez des patients hospitalisés suivant les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011. *Annales Médico-psychologiques*. 2012 ; 170(10) : 731–7.
- [122] Van den Berghe M. Plus d'un siècle de thérapies biologiques en psychiatrie. *Bulletin de la Société des Sciences Médicales*. 2006 ; (1) : 75-85.

ANNEXES

Annexe 1 : Cahier d'inclusion

SECTEUR

PROTOCOLE DE THESE

GEOFFROY VALMY :

IMPACT PSYCHOLOGIQUE AUDITION JLD
CHEZ DES PATIENTS HOSPITALISES SOUS
CONTRAINTE.

NOM DU PATIENT :

Date :

Protocole :

- 3 évaluations successives : Lendemain 72^{ème} heure admission ; Veille audition ; 48h après l'audition.
- Etude menée sur l'ensemble de l'hôpital LABORIT
- Chaque évaluation diffère légèrement l'une de l'autre.
- Toutes les évaluations sont présentes dans ce même cahier
- Le cahier comporte 16 pages
- La durée approximative pour remplir une évaluation est d'environ : entre 4 et 6 minutes
- La durée du protocole est de 6 mois du 1^{er} février au 1^{er} Aout 2013.
- CRITERES INCLUSION :
 - Patients majeurs (18 ans ou plus)
 - Homme et femme
 - Hospitalisation psychiatrique en soins sous contrainte selon les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011 : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (classique, en urgence, péril imminents).
 - Première hospitalisation sous contrainte selon les conditions définies par la loi du 5 Juillet 2011.
 - CRITERES EXCLUSION
 - Patients mineurs
 - Hospitalisation libre
 - Patients ayant déjà été hospitalisés sous contrainte antérieurement et postérieurement à la réforme de la loi.2011-803
 - Patients hospitalisés en SDRE
 - Patients 122.1 alinéa 1 et D 398

Remarque : Pour tout problème ou question : jo_valmy@yahoo.fr

GRILLE de LECTURE

Lendemain 72^{ème} heure

DONNEES SOCIO DEMOGRAPHIQUES

- Nationalité :
- Sexe Homme Femme
- Age :
- Statut professionnel:

Activité Chômage Aides sociales

Si activité préciser :

- Statut matrimonial :

Célibataire Couple Marié

Pacsé veuf(ve) Divorcé

- Enfants : Oui Non

si oui, nombre :

Si oui, à charge : Oui Non

ANTECEDENTS

- Personnels : - Médicaux chirurgicaux ;

- Psychiatriques ;

- Traitement ;

- Judiciaire (type de peine à préciser) :

- Familiaux :

CONDITIONS D'HOSPITALISATION

- Date d'entrée en hospitalisation :
- Mode d'hospitalisation :
 - SDT SDTU SPI
- Motif d'hospitalisation :
- Condition d'hospitalisation : Service ouvert Service fermé
 - Isolement Oui Non

DIAGNOSTIC CIM 10

- Diagnostic principal (code) :
- Trouble de la personnalité associé :
- Diagnostic(s) associé(s) :

EVALUATION CLINIQUE

Symptômes d'anxiété

- Anxiété psychique :
 - 0. Absente 1. Légère 2. Moyenne (*souci pour pb mineurs*)
 - 3. Importante (*dans expression faciale et langage*) 4. Extrême (*exprimée spontanément*)
- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs) :
 - 0. Absente 1. Discrète 2. Moyenne 3. Grave
 - 4. Invalidante
- Agitation :
 - 0. Absente 1. Légère (*crispation*) 2. Moyenne (*joue avec mains, cheveux..*)
 - 3. Sévère (*ne peut rester assis*) 4. Extrême (*ronge ongles, mord lèvres..*)

- Difficultés de concentration (Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité):

<input type="checkbox"/> 0. Aucune	<input type="checkbox"/> 1. Occasionnelles (pour rassembler idées)
<input type="checkbox"/> 2. Difficultés attentionnelles	<input type="checkbox"/> 3. Invalidantes (pour lire ou converser)

Symptômes thymiques

- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation) :

<input type="checkbox"/> 0. Absente	<input type="checkbox"/> 1. Signalée seulement à l'interrogatoire
<input type="checkbox"/> 2. Signalée spontanément	<input type="checkbox"/> 3. Signalée non verbalement (expression faciale, pleurs)
<input type="checkbox"/> 4. Communication verbale et non verbale limitée aux états affectifs.	
- Sommeil :

<input type="checkbox"/> 0. Habituel	<input type="checkbox"/> 1. Légères difficultés d'endormissement ou sommeil légèrement réduit.
<input type="checkbox"/> 2. Sommeil réduit ou interrompu au moins 2 heures	<input type="checkbox"/> 3. Moins de 2 ou 3 heures de sommeil
- Appétit:

<input type="checkbox"/> 0. Normal ou augmenté	<input type="checkbox"/> 1. Légèrement réduit
<input type="checkbox"/> 2. Pas d'appétit. Nourriture sans goût	<input type="checkbox"/> 3. Ne mange que si on le persuade
- Pensées pessimistes (culpabilité, échec, auto-accusation, péché, ruine)

<input type="checkbox"/> 0. Absentes	<input type="checkbox"/> 1. Intermittentes
<input type="checkbox"/> 2. Persistantes, mais encore rationnelles.	<input type="checkbox"/> 3. Persistantes et irrationnelles

Symptômes psychotiques

Positifs

- Idées délirantes:

<input type="checkbox"/> Absentes	<input type="checkbox"/> Légères	<input type="checkbox"/> Moyennes	<input type="checkbox"/> Sévères	<input type="checkbox"/> Extrêmes
-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------
- Méfiance /Persécution:

<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Extrême
----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------
- Hostilité :

<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Extrême
----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

- Désorganisation conceptuelle
 Absente Légère Moyenne Sévère Extrême
- **Négatifs**
- Eoussement de l'expression des émotions
 Absent Léger Moyen Sévère Extrême
- Repli social passif/Apathique :
 Absent Léger Moyen Sévère Extrême
- Difficultés d'abstraction :
 Absentes Légères Moyennes Sévères Extrêmes
- Absence de spontanéité et fluidité dans la conversation :
 Discours fluide et spontané Légère Moyenne Sévère Extrême

Traits de personnalité

- Manifestation du trouble de la personnalité de manière pathologique en lien avec l'audience :
 Oui Non
- Si oui, préciser :

Insight de la maladie

- insight de la maladie:
 Absent Léger Moyen Bon

COMPREHENSION DE LA LOI

Information obligatoire :

NB : l'information obligatoire sera faite au patient dès l'admission ou dès que son état le permet (et avant la 72^{ème} heure) et doit conformément à l'art. 3211-3 CSP être relative à sa situation juridique, ses droits , les voies de recours possibles ,et les garanties qui lui sont offertes

Interrogations formulées spontanément par le patient concernant le cadre de l'hospitalisation :

Oui Non

Si oui, sur quel aspect :

Situation juridique Droits du patient
 Voies de recours possibles Garanties

Nécessité du personnel soignant de reformuler l'information :

Oui Non

Si oui : Une fois Plusieurs fois

Intégration du cadre légal jugé :

Difficile Moyen Facile Incompréhensible

Appréciation de l'audition :

Intérêt de l'audition du JLD :

Utile Inutile Indifférent Incompréhensible

Confusion entre audition du JLD et jugement pénal :

Oui Non

Crainte d'une condamnation de détention au décours de l'audition :

Oui Non

Espérance erronées des attributions du JLD (modifications des conditions d'hospitalisation, sortie isolement, de traitement....)

Oui Non

Angoisse anticipatoire vis-à-vis de l'audition :

Oui Non

Sentiment vis-à-vis du JLD :

- Aide/Défense des droits Méfiance/Complot
 Inutilité Indifférent

Biais ressenti par le malade de la relation médecin-malade par intervention du JLD :

- Oui Non Indifférent

Audition vécue :

- Formalité Faire valoir des droits Complot médecine-justice
 Incompréhensible Autre (préciser)

GRILLE de LECTURE

Veille Audition JLD

CONDITIONS D'HOSPITALISATION

- Condition d'hospitalisation : Service ouvert Service fermé
 - Isolement Oui Non

AUDITION DU JLD

- Date : Avant le 12^{ème} jour Entre le 12^{ème} et le 15^{ème} jour. Au 15^{ème} jour
- Annulée : Oui Non
- Si oui : Clinique incompatible Programme de soins (date à préciser)
 Passage en HL (date à préciser)
- Avocat présent : Oui Non

DIAGNOSTIC CIM 10 :

Modification diagnostic initial : Oui Non

Si oui, préciser :

EVALUATION CLINIQUE

Symptômes d'anxiété

- Anxiété psychique :
 0. Absente 1. Légère 2. Moyenne (*souci pour problèmes mineurs*)
 3. Importante (*dans expression faciale et langage*) 4. Extrême (*exprimée spontanément*)
- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs) :
 1. Absente 1. Discrète 2. Moyenne 3. Grave
 4. Invalidante

- Agitation :

<input type="checkbox"/> 1. Absente	<input type="checkbox"/> 1. Légère (<i>crispation</i>)	<input type="checkbox"/> 2. moyenne (<i>joue avec mains, cheveux..</i>)	
<input type="checkbox"/> 3. Sévère (<i>ne peut rester assis</i>)		<input type="checkbox"/> 4. Extrême (<i>ronge ongles, mord lèvres..</i>)	

- Difficulté de concentration (Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité):

<input type="checkbox"/> 0. Aucune	<input type="checkbox"/> 1. Occasionnelles (<i>pour rassembler idées</i>)
<input type="checkbox"/> 2. Difficultés attentionnelles	<input type="checkbox"/> 3. Invalidante (<i>pour lire ou converser</i>)

Symptômes thymiques

- Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation) :

<input type="checkbox"/> 0. Absente	<input type="checkbox"/> 1. Signalés seulement à l'interrogatoire
<input type="checkbox"/> 2. Signalés spontanément	<input type="checkbox"/> 3. Signalés non verbalement (<i>expression faciale, pleurs</i>)
<input type="checkbox"/> 4. Communication verbale et non verbale limitée aux états affectifs.	

- Sommeil :

<input type="checkbox"/> 0. Habituel
<input type="checkbox"/> 1. Légères difficultés d'endormissement ou sommeil légèrement réduit.
<input type="checkbox"/> 2. Sommeil réduit ou interrompu au moins 2 heures
<input type="checkbox"/> 3. Moins de 2 ou 3 heures de sommeil

- Appétit:

<input type="checkbox"/> 0. Normal ou augmenté	<input type="checkbox"/> 1. Légèrement réduit
<input type="checkbox"/> 2. Pas d'appétit. Nourriture sans goût	<input type="checkbox"/> 4. Ne mange que si on le persuade

- Pensées pessimistes (culpabilité, échec, auto-accusation, péché, ruine)

<input type="checkbox"/> 0. Absentes	<input type="checkbox"/> 1. Intermittentes	<input type="checkbox"/> 2. Persistantes, mais encore rationnelles.	
<input type="checkbox"/> 3. Persistantes et irrationnelles			

Symptômes psychotiques

Positifs

- Idées délirantes:

<input type="checkbox"/> Absente	<input type="checkbox"/> Légère	<input type="checkbox"/> Moyenne	<input type="checkbox"/> Sévère	<input type="checkbox"/> Extrême
----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------	---------------------------------	----------------------------------

- Méfiance /Persécution
 Absente Légère Moyenne Sévère Extrême
- Hostilité:
 Absente Légère Moyenne Sévère Extrême
- Desorganisation conceptuelle
 Absente Légère Moyenne Sévère Extrême
- **Négatifs**
- Eoussement de l'expression des émotions
 Absent Léger Moyen Sévère Extrême
- Repli social passif/Apathique :
 Absent Léger Moyen Sévère Extrême
- Difficultés d'abstraction :
 Absente Légère Moyenne Sévère Extrême
- Absence de spontanéité et fluidité dans la conversation :
 Discours fluide et spontané Légère Moyenne Sévère
 Extrême

Traits de personnalité

- Manifestation du trouble de la personnalité de manière pathologique en lien avec l'audience : Oui Non
- Si oui, préciser :

Insight de la maladie

- insight de la maladie:
 Absent Léger Moyen Bon

COMPREHENSION DE LA LOI

Information obligatoire :

NB : l'information obligatoire sera faite au patient dès l'admission ou dès que son état le permet (et avant la 72^{ème} heure) et doit conformément à l'art. 3211-3 CSP être relative à sa situation juridique, ses droits , les voies de recours possibles ,et les garanties qui lui sont offertes

Interrogations formulées spontanément par le patient concernant le cadre de l'hospitalisation :

Oui Non

Si oui, sur quel aspect :

Situation juridique Droits du patient Voies de recours possibles
 Garanties

Nécessité du personnel soignant de reformuler l'information :

Oui Non

Si oui :

Une fois Plusieurs fois

Intégration du cadre légal jugé :

Difficile moyen facile Incompréhensible

Appréciation de l'audition :

Intérêt de l'audition du JLD :

Utile Inutile Indifférent Incompréhensible

Confusion entre audition du JLD et jugement pénal :

Oui Non

Crainte d'une condamnation de détention au décours de l'audition :

Oui Non

Espérance éronnées des attributions du JLD (modifications des conditions d'hospitalisation, sortie isolement ,de traitement...)

Oui Non

Angoisse anticipatoire vis-à-vis de l'audition : Oui Non

Sentiment vis-à-vis du JLD :

Aide/Défense des droits

Méfiance/Complot

Inutilité

Indifférent

Biais ressenti par le malade de la relation médecin-malade par intervention du JLD :

Oui

Non

Indifférent

Audition vécue : Formalité

Faire valoir des droits

complot médecine-justice

Incompréhensible

Autre (préciser)

GRILLE de LECTURE

48h après Audition

CONDITIONS D'HOSPITALISATION

- Condition d'hospitalisation : Service ouvert Service fermé
 Isolement Oui Non

DIAGNOSTIC CIM 10 :

Modification diagnostic initial : Oui Non

Si oui, préciser :

EVALUATION CLINIQUE

Symptômes d'anxiété

- Anxiété psychique :
 0. Absente 1. Légère 2. Moyenne (*souci pour problèmes mineurs*)
 3. Importante (*dans expression faciale et langage*) 4. Extrême (*exprimée spontanément*)
- Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs) :
 0. Absente 1. Discrète 2. Moyenne 3. Grave
 4. Invalidante
- Agitation :
 0. Absente 1. Légère (*crispation*) 2. moyenne (*joue avec mains, cheveux..*)
 3. Sévère (*ne peut rester assis*) 4. Extrême (*ronge ongles, mord lèvres..*)
- Difficulté de concentration (Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité):
 0. Aucune 1. Occasionnelles (*pour rassembler idées*)
 2. Difficultés attentionnelles 3. Invalidante (*pour lire ou converser*)

Symptômes thymiques

- Humeur dépressive(tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation) :
 - 0. Absente
 - 1. Signalés seulement à l'interrogatoire
 - 2. Signalés spontanément
 - 3. Signalés non verbalement (*expression faciale, pleurs*)
 - 4. Communication verbale et non verbales limitées aux états affectifs.
- Sommeil :
 - 0. Habituel
 - 1. Légères difficultés d'endormissement ou sommeil légèrement réduit.
 - 2. Sommeil réduit ou interrompu au moins 2 heures
 - 3. Moins de 2 ou 3 heures de sommeil
- Appétit:
 - 0. Normal ou augmenté
 - 1. Légèrement réduit
 - 2. Pas d'appétit. Nourriture sans goût
 - 4. Ne mange que si on le persuade
- Pensées pessimistes (culpabilité, échec, auto-accusation, péché, ruine)
 - 0. Absente
 - 1. Intermittentes
 - 2. Persistantes, mais encore rationnelles.
 - 3. Persistantes et irrationnelles

Symptômes psychotiques

Positifs

- Idées délirantes
 - Absente
 - Légère
 - Moyenne
 - Sévère
 - Extrême
- Méfiance /Persécution :
 - Absente
 - Légère
 - Moyenne
 - Sévère
 - Extrême
- Hostilité :
 - Absente
 - Légère
 - Moyenne
 - Sévère
 - Extrême
- Désorganisation conceptuelle
 - Absente
 - Légère
 - Moyenne
 - Sévère
 - Extrême

- **Négatifs**

- Eoussement de l'expression des émotions :

Absente Légère Moyenne Sévère Extrême

- Repli social passif/Apathique :

Absente Légère Moyenne Sévère Extrême

- Difficultés d'abstraction :

Absente Légère Moyenne Sévère Extrême

- Absence de spontanéité et fluidité dans la conversation :

Discours fluide et spontané Légère Moyenne Sévère
 Extrême

Traits de personnalité

- Manifestation du trouble de la personnalité de manière pathologique en lien avec l'audience : Oui Non

- Si oui, préciser :

Insight de la maladie

- insight de la maladie:

Absent Léger Moyen Bon

Audition du JLD

Recours ou appel à la décision du JLD :

Oui Non

Motif :

Appréciation de l'audition :

Intégration du cadre légal jugé :

Difficile Moyen Facile Incompréhensible

Intérêt de l'audition du JLD :

Utile Inutile Indifférent Incompréhensible

Confusion entre audition du JLD et jugement pénal :

- Oui Non

Sentiment vis-à-vis du JLD :

- Aide/Défense des droits Méfiance/Complot
 Inutilité Indifférent

Biais ressenti par le malade de la relation médecin-malade par intervention du JLD :

- Oui Non Indifférent

Audition vécue :

- Formalité Faire valoir des droits Complot médecine-justice
 Incompréhensible Autre (préciser)

ANNEXE 2 : Présentation Powerpoint® Préliminaire à l'étude

PROJET DE THÈSE :
IMPACT PSYCHOLOGIQUE
AUDITION JLD
CHEZ PATIENTS HOSPITALISÉS SOUS
CONTRAINTE AU SEIN DU CHL

Geoffroy VALMY

Plan

- Historique des soins sans consentement
- Réforme du 05 Juillet 2011
- La loi 2011-803 du 05 Juillet 2011
- L'intervention du JLD
- Réflexion
- Protocole d'étude
- Critères d'inclusion et exclusion
- Participation médicale
- Conclusion

Historique soins sans consentement

- Avant 1838: Aucun cadre sur le plan légal concernant les soins psychiatriques.
- Loi de 1838:
 - Création des « établissements d'aliénés »
 - Titre II: « Placements volontaires » et section II: « Placements ordonnés par l'autorité publique »
 - -> Aliéné devient un sujet de droit.
- Loi du 27 juin 1990:
 - Hospitalisation libre comme régime habituel
 - Hospitalisation sous contrainte reste une exception
 - 2 modalités d'hospitalisation sous contrainte: HO et HDT

Réforme 05 Juillet 2011

- Décision n 2010-71 QPC 26 Novembre 2010 => Conseil Constitutionnel => Loi de 1990 est déclarée inconstitutionnelle car il existe une absence d'intervention d'une juridiction dans un contexte d'HO.
- Décision n 2011-135/140 QPC 09 juin 2011
- **Absence de débat** de fond et de consultation des Professionnels de Santé.

La loi 2011-803 du 05 Juillet 2011

- Objectifs :
 - Amélioration de la Protection Juridique des Droits de l'Homme et de la Dignité de la Personne atteinte de troubles mentaux => Contrôle systématique par le JLD au 15^{ème} jour d'hospitalisation complète continue sous contrainte , puis tous les 6 mois.
- Les Modifications Majeures dans le déroulement des soins sous contrainte:
 - Loi de 1990 : c'est l'**Autorité Administrative** qui avait le contrôle et qui décidait des hospitalisations sans consentement .
 - Loi de 2011 : La décision d'hospitalisation reste sous la responsabilité de l'**autorité administrative** mais avec un glissement de ce contrôle vers l'**autorité judiciaire** quant au bien fondé et à la légalité de la mesure .

L'intervention du JLD

- Systématique au 15^{ème} jour d'hospitalisation complète continue sous contrainte.
- Audition publique (sauf cas particuliers)
 - Tribunal de Grande Instance
 - A l'hôpital
 - A l'hôpital avec visio-conférence
- Possibilité pour le patient d'être assisté d'un avocat.
- Possibilité pour le patient de faire appel de la décision en cas de désaccord.

Réflexion

- Modification majeure du **déroulement** des soins sous contrainte et donc de la **perception** par le patient .
 - Audition peut être perçue comme une nouvelle échéance => Importance capitale.
 - ⇒ Quel **impact** a cette nouvelle audience sur le patient?
- Aucune bibliographie n'existe dans ce domaine

Travail préliminaire

- Mené au sein du secteur 2 du CHL
- 5 patients
- Divers constats:
 - Incompréhension du cadre de la loi et du rôle de l'audition .
 - Confusion entre audience pénale et audience du JLD
 - Espoir que l'audience puisse modifier les conditions d'hospitalisation (Isolement, traitements...) .
 - Stress de l'audition.
 - Sentiment d'Arbitraire et d'Inutilité de la décision du JLD.
 - Participation de l'audition dans certains délires.

Protocole d'étude (1)

- Etude prospective monocentrique sur une période de 6 mois sur les 4 secteurs du CH Laborit de Poitiers.
 - **OBJECTIFS :**
 - **Primaire:** Evaluer l'impact psychologique de l'audition devant le JLD, par une évaluation clinique régulière de patients hospitalisés en soins sous contrainte.
 - **Secondaire:** Discuter l'ensemble de la prise en charge d'un patient hospitalisé sans son consentement, en prenant en compte la globalité de ses droits en accord avec la loi.
 - **Nombre de patients:** Minimum 30
 - **CRITERES EVALUATION**
 - **Principal:** Symptomatologie objective en lien avec une dimension psychologique d'anticipation ou d'appréhension, pouvant se manifester par des symptômes anxieux, dépressifs, psychotiques, ou encore une majoration de trouble de la personnalité.
 - **Secondaire:** Ensemble des éléments donnés au patient et compris par ce dernier par rapport à ce que représente l'audience d'un juge.

Protocole d'étude (2)

- **3 évaluations** successives : Lendemain 72^{ème} heure admission ; Veille audition ; 48h après l'audition.
- Etude menée sur l'ensemble de l'**hôpital LABORIT**
- Chaque évaluation diffère légèrement l'une de l'autre.
- Toutes les évaluations sont présentes dans ce même cahier
- Le cahier comporte **16 pages**
- La durée approximative pour remplir une évaluation est d'environ : entre **4 et 6 minutes**
- La durée du protocole est de **6 mois du 1^{er} février au 1^{er} Aout 2013.**

Critères d'inclusion et exclusion

- **CRITERES INCLUSION :**
- Patients majeurs (18 ans ou plus)
- Homme et femme
- Hospitalisation psychiatrique en soins sous contrainte selon les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011 : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (classique, en urgence, péril imminents)
- Première hospitalisation sous contrainte selon les conditions définies par la loi du 5 Juillet 2011.
- **CRITERES EXCLUSION**
- Patients mineurs
- Hospitalisation libre
- Patients ayant déjà été hospitalisés sous contrainte antérieurement et postérieurement à la réforme de la loi.2011-803
- Patients hospitalisés en SDRE
- Patients 122.1 alinéa 1 et D398

Participation médicale au projet

- Projet mené sur l'ensemble des 4 secteurs d'admission du CHL
- Informations à délivrer au patient:
 - Type de mesure de soins sans consentement
 - Droits et voies de recours
 - Intervention du JLD
- Participation des médecins de chacun de ces secteurs **INDISPENSABLE** pour concrétiser ce projet
- Résultats transmis aux participants à cette étude

Conclusion

- Projet d'étude important:
- Objet d'une future thèse
- Bénéficier d'un support afin de mieux appréhender les ressentis des patients vis-à-vis de l'audition du JLD

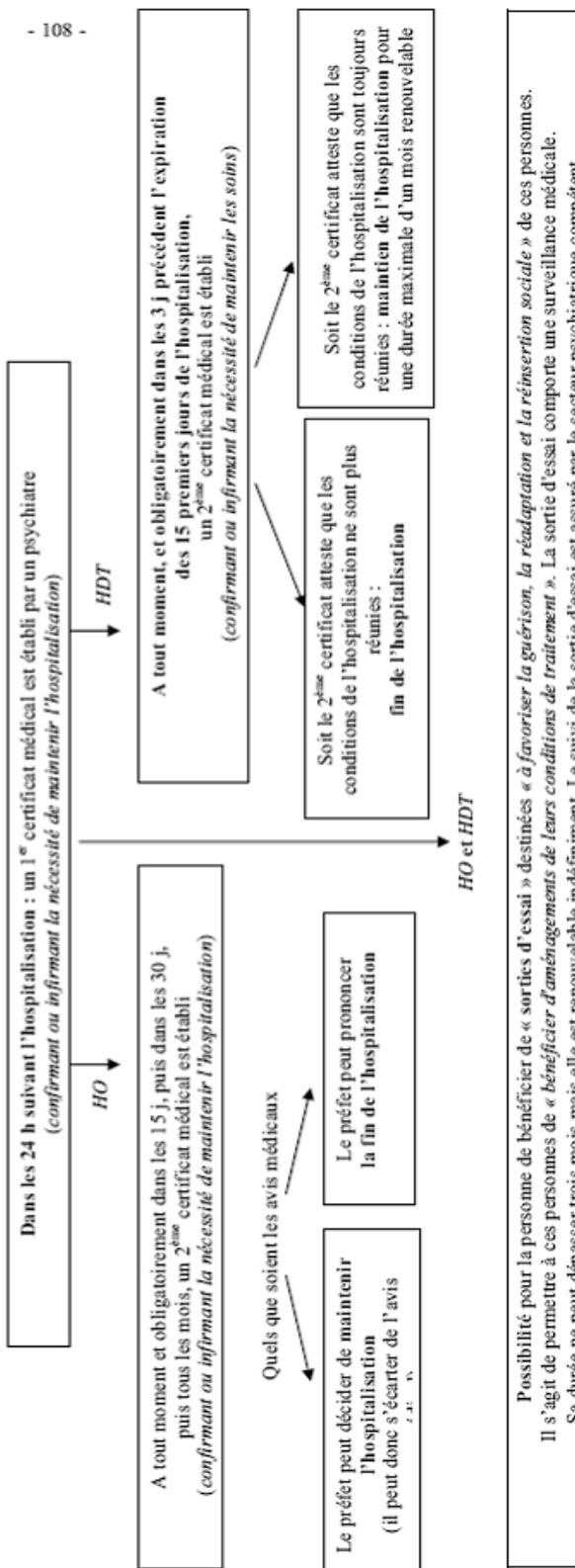
Objectif global: travail conjoint médecine et travail dans l'intérêt du patient

Annexe 3 : Logigramme de la loi du 27 juin 1990 (source : Sénat)

Document n° 1 : Schéma de la procédure (droit en vigueur)

HOSPITALISATION D'OFFICE (HO) À LA DEMANDE DU PRÉFET		HOSPITALISATION À LA DEMANDE D'UN TIERS (HDT)	
Autorité compétente pour prononcer la mesure	- à Paris, le préfet de police - dans les autres départements, les préfets	Autorité compétente pour prononcer la mesure	le directeur de l'établissement psychiatrique
Conditions d'hospitalisation	2. conditions cumulatives : - la personne doit présenter des « troubles mentaux [qui] nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public » - la décision du préfet ne peut être prise qu'« au vu d'un certificat médical circonstancié »	Conditions d'hospitalisation	- la personne doit être atteinte de troubles mentaux ; - ces troubles rendent impossible son consentement ; - son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier ; - deux certificats médicaux circonstanciés doivent tous deux attester que les conditions d'admission sont réunies.

Si les conditions sont réunies : hospitalisation de la personne



Annexe 4 : Logigramme de la loi du 5 juillet 2011 (source : CH Laborit)



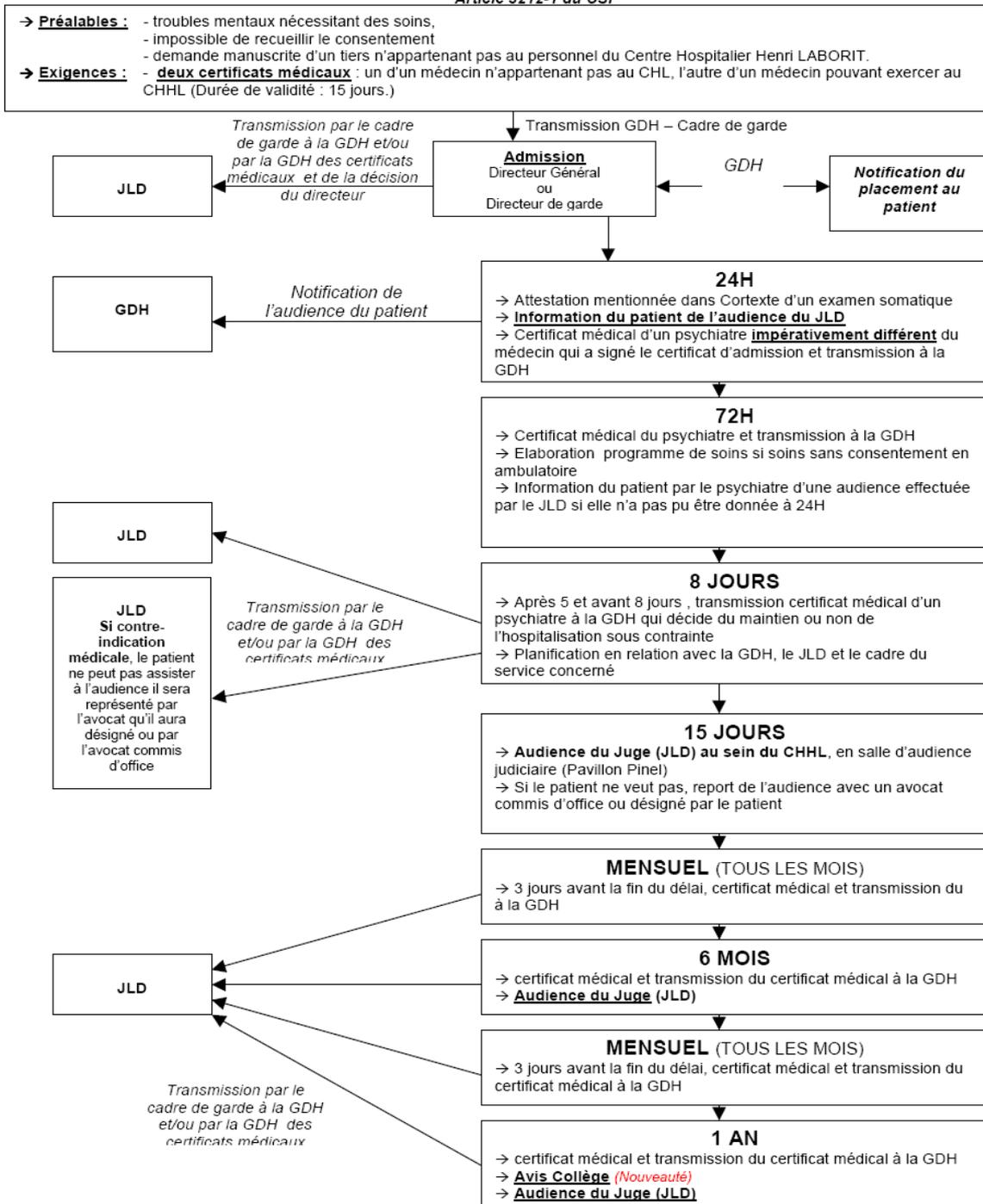
PROJET DE TRAVAIL

01

ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUE A LA DEMANDE D'UN TIERS

Ex HDT

Article 3212-1 du CSP



⚠ En cas de non production des certificats médicaux en heures et jours déterminés par la loi, le placement est levé.

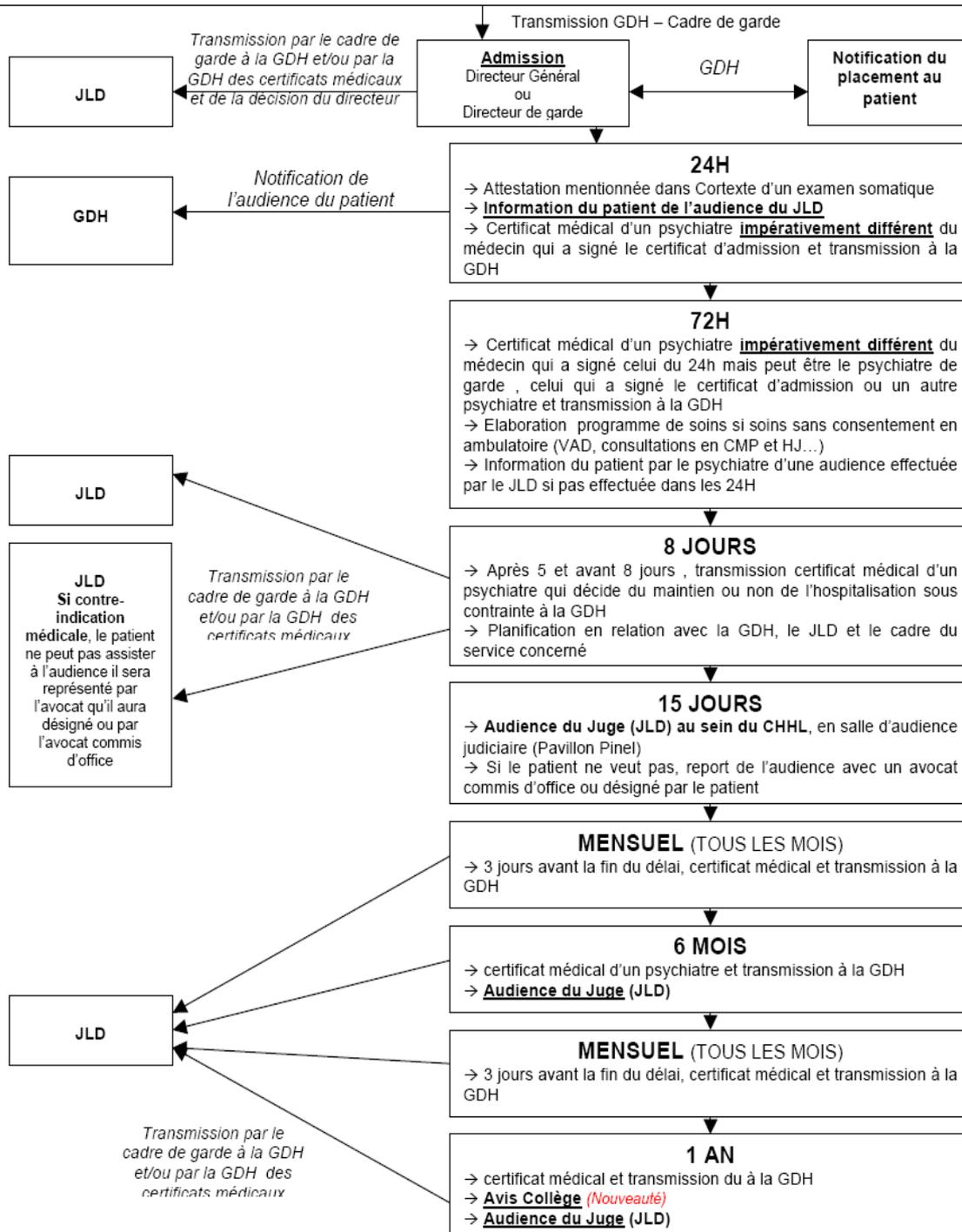


PROJET DE TRAVAIL

ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUE A LA DEMANDE D'UN TIERS EN CAS D'URGENCE

Article 3212-3 du CSP

- **Préalables** : - troubles mentaux nécessitant des soins
- impossible de recueillir le consentement
- **Exigences** : - demande manuscrite d'un tiers
- **un seul certificat** d'un médecin pouvant exercer au CHHL (psychiatre et/ou généraliste)



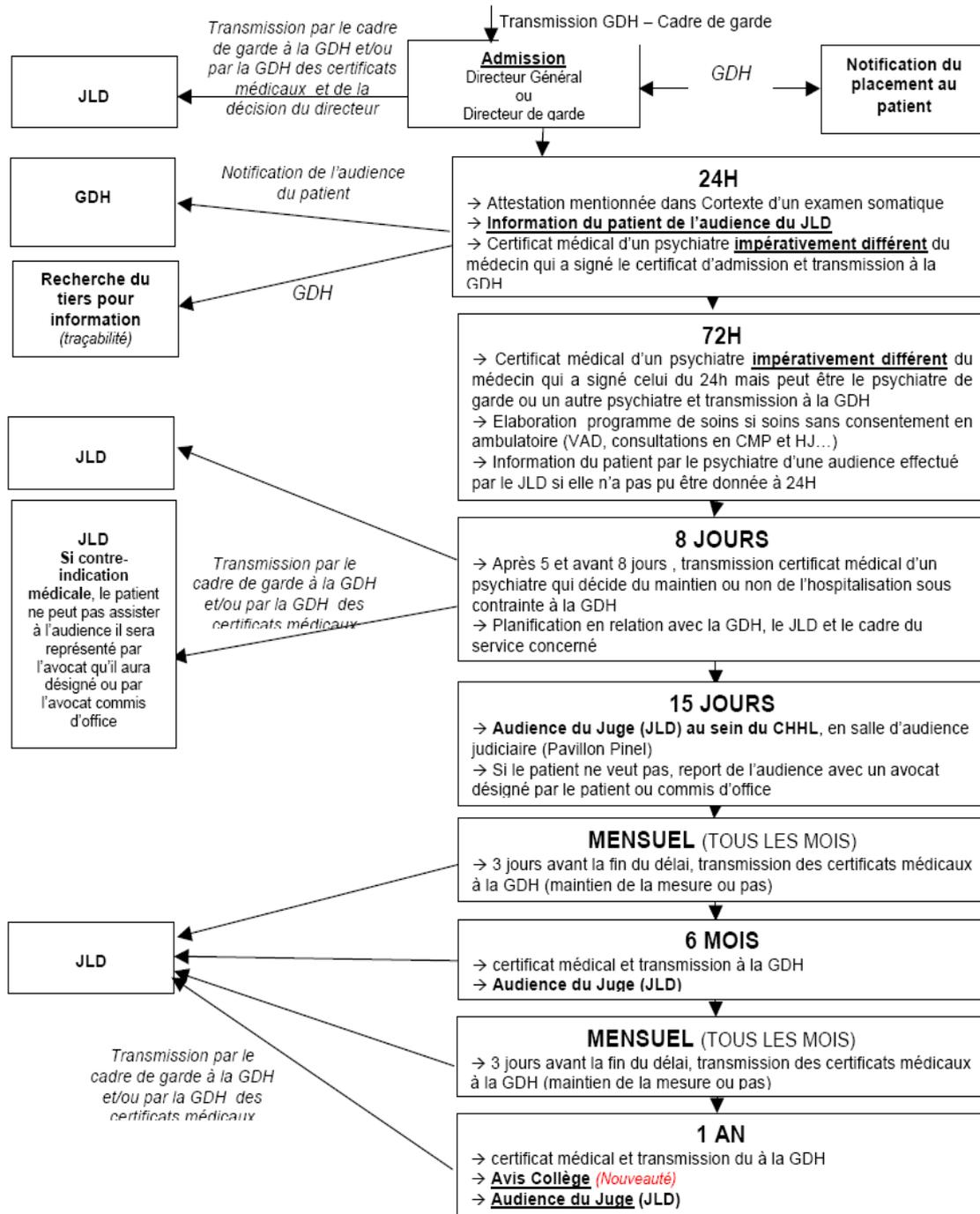
⚠ En cas de non production des certificats médicaux en heures et jours déterminés par la loi, le placement est levé.



ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUE A LA DEMANDE D'UN NOUVEAUTE TIERS EN CAS DE PERIL IMMINENT

Article 3212-1-II-2 du CSP

<p>→ Préalables :</p> <ul style="list-style-type: none"> - troubles mentaux nécessitant des soins, - péril imminent <p>→ Exigences :</p> <ul style="list-style-type: none"> - pas de tiers - un seul certificat médical d'un médecin n'exerçant pas dans l'établissement (ni psychiatre du CHHL, ni généraliste du CHHL)
--



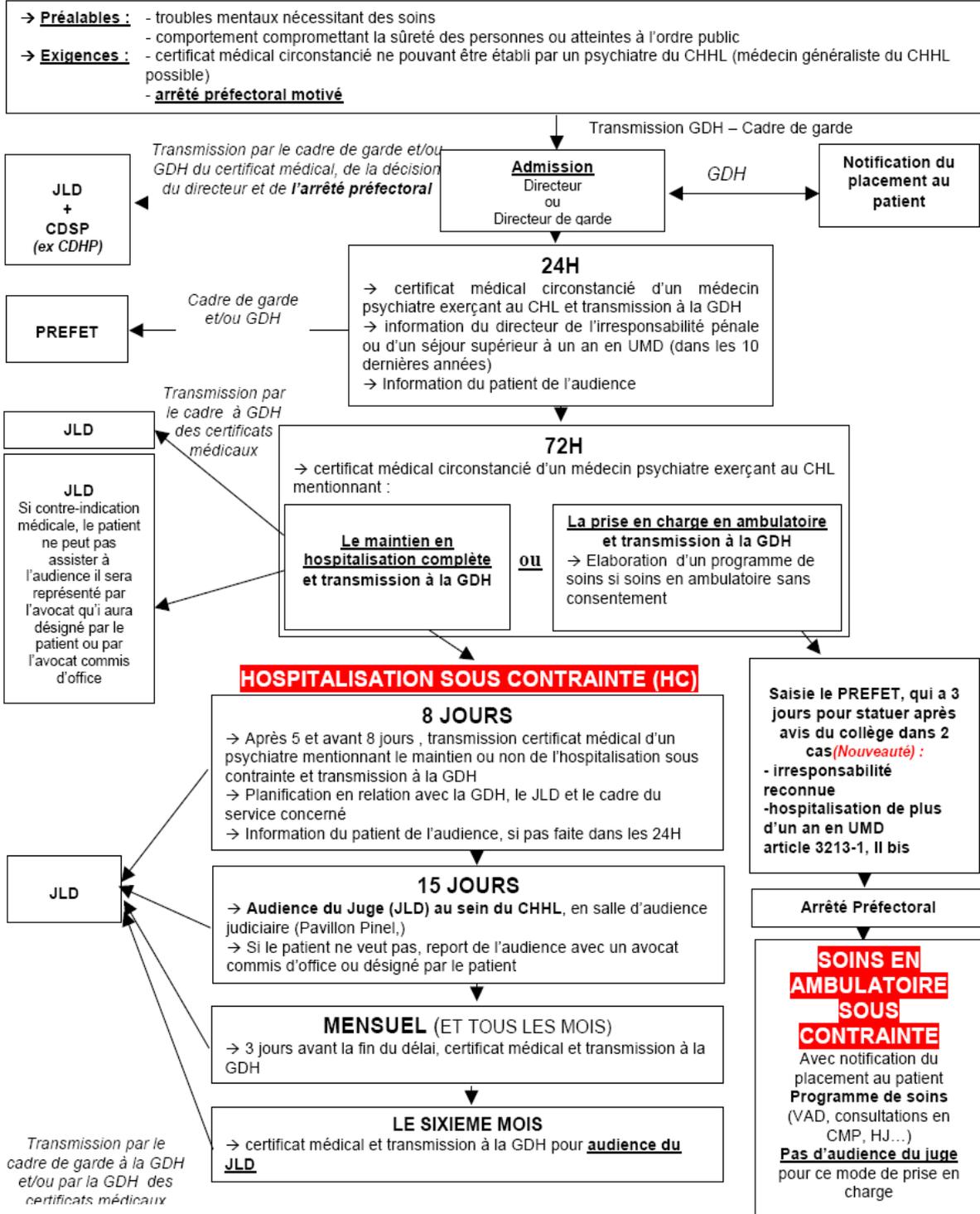
En cas de non production des certificats médicaux en heures et jours déterminés par la loi, le placement est levé.



ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUE SUR DECISION DU REPRESENTANT D'ETAT

Ex HO

Article 3213-1 du CSP



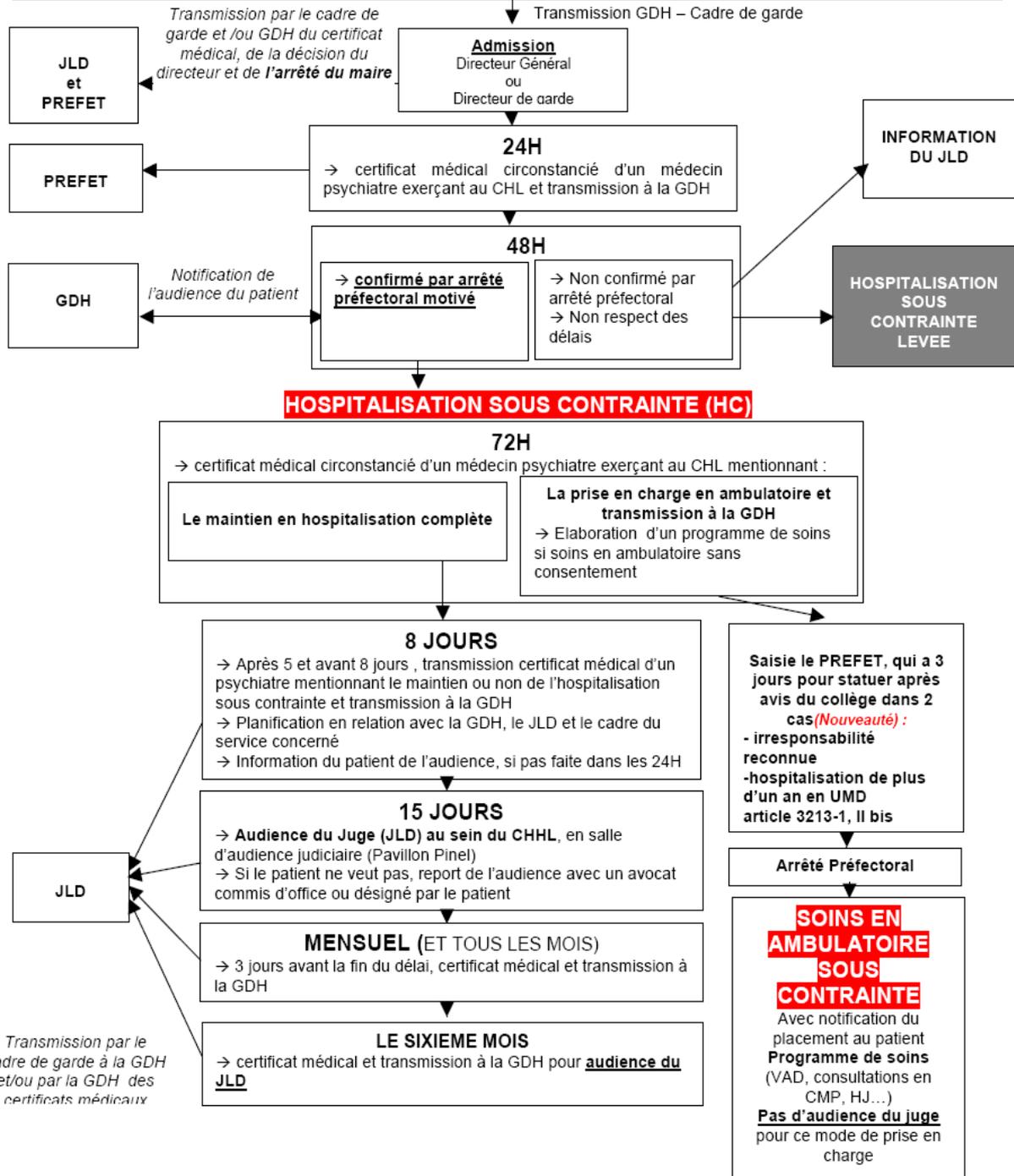
NB ; Possibilité de transformation de HC en soins en ambulatoire sur demande du médecin en respectant la procédure (arrêté préfectoral, avis du collège, programme de soins)

!! En cas de non production des certificats médicaux en heures et jours déterminés par la loi, le placement est levé.



ADMISSION EN SOINS PSYCHIATRIQUE
SUR DECISION DU MAIRE EN CAS DE DANGER IMMEDIAT ARRETE DU MAIRE
 Article 3213-2 du CSP

- **Préalables :** - troubles mentaux nécessitant des soins
 - danger imminent pour la sûreté des personnes
- **Exigences :** - certificat médical circonstancié d'un médecin généraliste exerçant au CHHL ou médecin n'exerçant pas dans l'établissement
 - notoriété publique
 - **arrêté du maire** ordonnant des mesures provisoires de placement



NB ; Possibilité de transformation de HC en soins en ambulatoire sur demande du médecin en respectant la procédure (arrêté préfectoral, avis du collège, programme de soins)



En cas de non production des certificats médicaux en heures et jours déterminés par la loi, le placement est levé.

Annexe 5 : Échelles (sources : échelles-psychiatrie.com ; schizophrénie.fr)

Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression faciale, attitude, voix, pleurs).
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

- 0 Absent.
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 Idées ou gestes de suicide.
- 4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

- 0 Absent.
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
- 2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

8) Ralentissement (lenteur de la pensée et du langage, baisse de la faculté de concentration, baisse de l'activité motrice)

- 0 Langage et pensées normaux.
- 1 Léger ralentissement à l'entretien.
- 2 Ralentissement manifeste à l'entretien.
- 3 Entretien difficile.
- 4 Stupeur.

9) Agitation

- 0 Aucune
- 1 Crispations, secousses musculaires.
- 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.
- 3 Bouge, ne peut rester assis tranquille.
- 4 Se tord les mains, ronge ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres.

10) Anxiété psychique

- 0 Aucun trouble.
- 1 Tension subjective et irritabilité.
- 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs.
- 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.
- 4 Peurs exprimées sans que l'on pose de questions.

11) Anxiété somatique (bouche sèche, troubles digestifs, palpitations, céphalées, pollakiurie, hyperventilation, transpiration, soupirs)

- 0 Absente.
- 1 Discrète.
- 2 Moyenne.
- 3 Grave.
- 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle.

12) Symptômes somatiques gastro-intestinaux

- 0 Aucun.
- 1 Perte d'appétit mais mange sans y être poussé. Sentiment de lourdeur abdominale.
- 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitations. Demande ou besoins de laxatifs, de médicaments intestinaux.

13) Symptômes somatiques généraux

- 0 Aucun
- 1 Lourdeur dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs dans le dos, céphalées, douleurs musculaires, perte d'énergie et fatigabilité.
- 2 Si n'importe quel symptôme est net.

14) Symptômes génitaux (perte de libido, troubles menstruels)

- 0 Absents.
- 1 Légers.
- 2 Graves.

15) Hypochondrie

- 0 Absente
- 1 Attention concentrée sur son propre corps.
- 2 Préoccupations sur sa santé.
- 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide.
- 4 Idées délirantes hypochondriaques.

16) Perte de poids

A : selon les dires du malade

- 0 Pas de perte de poids.
- 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle.
- 2 Perte de poids certaine.

B : appréciée par pesées

- 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine.
- 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine.
- 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine.

17) Prise de conscience

- 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade.
- 1 Reconnaît qu'il est malade mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc.
- 2 Nie qu'il est malade.

Résultats :

Cette échelle doit surtout être utilisée non pas pour faire le diagnostic de dépression mais pour apprécier les composantes de celle-ci.

Elle est significative pour un score > 15 et permet le suivi de l'évolution.

Références :

Dépression et syndromes anxio-dépressifs, J.D.Guelfi, S.Criquillon-Doublet, Laboratoires Ardix, 1993

Echelle MADRS (Montgomery and Asberg Depression Rating Scale)

1) Tristesse apparente

Correspond au découragement, à la dépression et au désespoir (plus qu'un simple cafard passager) reflétés par la parole, la mimique et la posture. Coter selon la profondeur et l'incapacité à se déridier.

- 0 Pas de tristesse.
- 1
- 2 Semble découragé mais peut se déridier sans difficulté.
- 3
- 4 Parait triste et malheureux la plupart du temps.
- 5
- 6 Semble malheureux tout le temps. Extrêmement découragé.

2) Tristesse exprimée

Correspond à l'expression d'une humeur dépressive, que celle-ci soit apparente ou non. Inclut le cafard, le découragement ou le sentiment de détresse sans espoir. Coter selon l'intensité, la durée et le degré auquel l'humeur est dite être influencée par les événements.

- 0 Tristesse occasionnelle en rapport avec les circonstances.
- 1
- 2 Triste ou cafardeux, mais se déride sans difficulté.
- 3
- 4 Sentiment envahissant de tristesse ou de dépression.
- 5
- 6 Tristesse, désespoir ou découragement permanents ou sans fluctuation.

3) Tension intérieure

Correspond aux sentiments de malaise mal défini, d'irritabilité, d'agitation intérieure, de tension nerveuse allant jusqu'à la panique, l'effroi ou l'angoisse. Coter selon l'intensité, la fréquence, la durée, le degré de réassurance nécessaire.

- 0 Calme. Tension intérieure seulement passagère.
- 1
- 2 Sentiments occasionnels d'irritabilité et de malaise mal défini.
- 3
- 4 Sentiments continuels de tension intérieure ou panique intermittente que le malade ne peut maîtriser qu'avec difficulté.
- 5
- 6 Effroi ou angoisse sans relâche. Panique envahissante.

4) Réduction du sommeil

Correspond à une réduction de la durée ou de la profondeur du sommeil par comparaison avec le sommeil du patient lorsqu'il n'est pas malade.

- 0 Dort comme d'habitude.
- 1
- 2 Légère difficulté à s'endormir ou sommeil légèrement réduit. Léger ou agité.
- 3
- 4 Sommeil réduit ou interrompu au moins deux heures.
- 5
- 6 Moins de deux ou trois heures de sommeil.

5) Réduction de l'appétit

Correspond au sentiment d'une perte de l'appétit comparé à l'appétit habituel. Coter l'absence de désir de nourriture ou le besoin de se forcer pour manger.

- 0 Appétit normal ou augmenté.
- 1
- 2 Appétit légèrement réduit.
- 3.
- 4 Pas d'appétit. Nourriture sans goût.
- 5
- 6 Ne mange que si on le persuade.

6) Difficultés de concentration

Correspond aux difficultés à rassembler ses pensées allant jusqu'à l'incapacité à se concentrer. Coter l'intensité, la fréquence et le degré d'incapacité.

- 0 Pas de difficulté de concentration.
- 1
- 2 Difficultés occasionnelles à rassembler ses pensées.
- 3
- 4 Difficultés à se concentrer et à maintenir son attention, ce qui réduit la capacité à lire ou à soutenir une conversation.
- 5
- 6 Incapacité de lire ou de converser sans grande difficulté.

7) Lassitude

Correspond à une difficulté à se mettre en train ou une lenteur à commencer et à accomplir les activités quotidiennes.

- 0 Guère de difficultés à se mettre en route ; pas de lenteur.
- 1
- 2 Difficultés à commencer des activités.
- 3
- 4 Difficultés à commencer des activités routinières qui sont poursuivies avec effort.
- 5
- 6 Grande lassitude. Incapable de faire quoi que ce soit sans aide.

8) Incapacité à ressentir

Correspond à l'expérience subjective d'une réduction d'intérêt pour le monde environnant, ou les activités qui donnent normalement du plaisir. La capacité à réagir avec une émotion appropriée aux circonstances ou aux gens est réduite.

- 0 Intérêt normal pour le monde environnant et pour les gens.
- 1
- 2 Capacité réduite à prendre plaisir à ses intérêts habituels.
- 3
- 4 Perte d'intérêt pour le monde environnant. Perte de sentiment pour les amis et les connaissances.
- 5
- 6 Sentiment d'être paralysé émotionnellement, incapacité à ressentir de la colère, du chagrin ou du plaisir, et impossibilité complète ou même douloureuse de ressentir quelque chose pour les proches, parents et amis.

9) Pensées pessimistes

Correspond aux idées de culpabilité, d'infériorité, d'auto-accusation, de péché ou de ruine.

- 0 Pas de pensées pessimistes.
- 1
- 2 Idées intermittentes d'échec, d'auto-accusation et d'autodépréciation.
- 3
- 4 Auto-accusations persistantes ou idées de culpabilité ou péché précises, mais encore rationnelles. Pessimisme croissant à propos du futur.
- 5
- 6 Idées délirantes de ruine, de remords ou péché inexpiable. Auto-accusations absurdes et inébranlables.

10) Idées de suicide

Correspond au sentiment que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, qu'une mort naturelle serait la bienvenue, idées de suicide et préparatifs au suicide. Les tentatives de suicide ne doivent pas, en elles-mêmes, influencer la cotation.

- 0 Jouit de la vie ou la prend comme elle vient.
- 1
- 2 Fatigué de la vie, idées de suicide seulement passagères.
- 3
- 4 Il vaudrait mieux être mort. Les idées de suicide sont courantes et le suicide est considéré comme une solution possible, mais sans projet ou intention précis.
- 5
- 6 Projets explicites de suicide si l'occasion se présente. Préparatifs de suicide.

Résultats :

Chaque item est coté de 0 à 6, seules les valeurs paires sont définies. Le médecin doit décider si l'évaluation doit reposer sur les points de l'échelle bien définis (0, 2, 4, 6) ou sur des points intermédiaires (1, 3, 5).

Score maximal de 60.

Le seuil de dépression est fixé à 15.

Echelle assez rapide et sensible à l'efficacité thérapeutique.

Références :

*Protocoles et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, M.Bouvard, J.Cottraux, Ed. Masson 2002.
Consultation en gériatrie L.Hugonot-Diener, Ed. Masson, Consulter Prescrire 2001.*

POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE

PANSS

KAY S.R., OPLER L.A. et FISZBEIN A.

Traduction française : J.P. Lépine



NOM: _____
PRENOM: _____
SEXE: AGE: DATE:
EXAMINATEUR: _____

CONSIGNES

Entourer la cotation appropriée à chaque dimension, à la suite de l'entretien clinique spécifique. Se reporter au Manuel de Cotation pour la définition des items, la description des différents degrés et la procédure de cotation

Absence
Minime
Légère
Moyenne
Mod. Sévère
Sévère
Extrême

Echelle positive

P 1	Idées délirantes.	1 2 3 4 5 6 7
P 2	Désorganisation conceptuelle.	1 2 3 4 5 6 7
P 3	Activité hallucinatoire.	1 2 3 4 5 6 7
P 4	Excitation.	1 2 3 4 5 6 7
P 5	Idées de grandeur.	1 2 3 4 5 6 7
P 6	Méfiance/Persécution.	1 2 3 4 5 6 7
P 7	Hostilité.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle négative

N 1	Emoussement de l'expression des émotions	1 2 3 4 5 6 7
N 2	Retrait affectif.	1 2 3 4 5 6 7
N 3	Mauvais contact.	1 2 3 4 5 6 7
N 4	Repli social passif/apathique.	1 2 3 4 5 6 7
N 5	Difficultés d'abstraction.	1 2 3 4 5 6 7

N 6	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation.	1 2 3 4 5 6 7
N 7	Pensée stéréotypée.	1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale

G 1	Préoccupations somatiques.	1 2 3 4 5 6 7
G 2	Anxiété	1 2 3 4 5 6 7
G 3	Sentiments de culpabilité.	1 2 3 4 5 6 7
G 4	Tension	1 2 3 4 5 6 7
G 5	Maniérisme et troubles de la posture.	1 2 3 4 5 6 7
G 6	Dépression.	1 2 3 4 5 6 7
G 7	Ralentissement psychomoteur.	1 2 3 4 5 6 7
G 8	Manque de coopération.	1 2 3 4 5 6 7
G 9	Contenu inhabituel de la pensée.	1 2 3 4 5 6 7
G 10	Désorientation.	1 2 3 4 5 6 7
G 11	Manque d'attention.	1 2 3 4 5 6 7
G 12	Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie.	1 2 3 4 5 6 7
G 13	Trouble de la volition.	1 2 3 4 5 6 7
G 14	Mauvais contrôle pulsionnel.	1 2 3 4 5 6 7
G 15	Préoccupation excessive de soi (tendances autistiques).	1 2 3 4 5 6 7
G 16	Evitement social actif.	1 2 3 4 5 6 7

Annexes 6 : Tableaux

Cotation		Evaluation "post 72h"					Evaluation veille de l'audition					Evaluation 48 h post audition				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Anxiété psychique	nombre de patients	0	3	3	4	2	2	4	2	0	1	6	3	0	0	0
	%	0,00	25,00	25,00	33,33	16,67	22,22	44,44	22,22	0,00	11,11	66,67	33,33	0,00	0,00	0,00
Anxiété somatique	nombre de patients	7	2	3	0	0	4	2	3	0	0	7	2	0	0	0
	%	58,33	16,67	25,00	0,00	0,00	44,44	22,22	33,33	0,00	0,00	77,78	22,22	0,00	0,00	0,00
Agitation	nombre de patients	2	2	5	2	1	8	0	1	0	0	4	5	0	0	0
	%	16,67	16,67	41,67	16,67	8,33	88,89	0,00	11,11	0,00	0,00	44,44	55,56	0,00	0,00	0,00
Difficultés de concentration	nombre de patients	4	4	3	1	X	4	5	0	0	X	6	3	0	0	X
	%	33,33	33,33	25,00	8,33		44,44	55,56	0,00	0,00		66,67	33,33	0,00	0,00	

Répartition des différentes intensités des symptômes anxieux au sein notre échantillon

Cotation		Evaluation "post 72h"					Evaluation veille de l'audition					Evaluation 48 h post audition				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Humeur dépressive	nombre de patients	4	4	3	1	3	4	0	2	3	4	4	0	0	0	1
	%	26,67	26,67	20,00	6,67	20,00	30,77	0,00	15,38	23,08	30,77	80,00	0,00	0,00	0,00	20,00
Sommeil	nombre de patients	3	4	4	1	X	5	1	3	0	X	6	3	0	0	X
	%	25,00	33,33	33,33	8,33		55,56	11,11	33,33	0,00		66,67	33,33	0,00	0,00	
Appétit	nombre de patients	7	4	1	0	X	5	3	1	0	X	7	2	0	0	X
	%	58,33	33,33	8,33	0,00		55,56	33,33	11,11	0,00		77,78	22,22	0,00	0,00	
Pensées pessimistes	nombre de patients	3	5	2	2	X	5	4	0	0	X	9	0	0	0	X
	%	25,00	41,67	16,67	16,67		55,56	44,44	0,00	0,00		100,00	0,00	0,00	0,00	

Répartition des différentes intensités des symptômes thymiques au sein notre échantillon

Cotation		Evaluation "post 72h"					Evaluation veille de l'audition					Evaluation 48 h post audition				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Idées délirantes	nombre de patients	6	0	1	4	1	4	4	0	0	1	7	1	1	0	0
	%	50,00	0,00	8,33	33,33	8,33	44,44	44,44	0,00	0,00	11,11	77,78	11,11	11,11	0,00	0,00
Méfiance/ Persécution	nombre de patients	5	1	2	3	1	2	4	1	2	0	6	2	1	0	0
	%	41,67	8,33	16,67	25,00	8,33	22,22	44,44	11,11	22,22	0,00	66,67	22,22	11,11	0,00	0,00
Hostilité	nombre de patients	4	2	3	2	1	6	2	1	0	0	7	2	0	0	0
	%	33,33	16,67	25,00	16,67	8,33	66,67	22,22	11,11	0,00	0,00	77,78	22,22	0,00	0,00	0,00
Désorganisation conceptuelle	nombre de patients	6	2	2	2	0	6	2	1	0	0	8	1	0	0	0
	%	50,00	16,67	16,67	16,67	0,00	66,67	22,22	11,11	0,00	0,00	88,89	11,11	0,00	0,00	0,00

Répartition des différentes intensités des symptômes psychotiques positifs au sein notre échantillon

Cotation		Evaluation "post 72h"					Evaluation veille de l'audition					Evaluation 48 h post audition				
		0	1	2	3	4	0	1	2	3	4	0	1	2	3	4
Emoussement de l'expression	nombre de patients	8	3	1	0	0	8	1	0	0	0	9	0	0	0	0
	%	66,67	25,00	8,33	0,00	0,00	88,89	11,11	0,00	0,00	0,00	100	0,00	0,00	0,00	0,00
repli social passif/apathie	nombre de patients	7	3	1	1	0	7	2	0	0	0	7	2	0	0	0
	%	58,33	25,00	8,33	8,33	0,00	77,78	22,22	0,00	0,00	0,00	77,78	22,22	0,00	0,00	0,00
Difficultés d'abstraction	nombre de patients	6	4	2	0	0	6	3	0	0	0	7	2	0	0	0
	%	50,00	33,33	16,67	0,00	0,00	66,67	33,33	0,00	0,00	0,00	77,78	22,22	0,00	0,00	0,00
absence de spontanéité et fluidité du discours	nombre de patients	7	4	1	0	0	6	3	0	0	0	5	4	0	0	0
	%	58,33	33,33	8,33	0,00	0,00	66,67	33,33	0,00	0,00	0,00	55,56	44,44	0,00	0,00	0,00

Répartition des différentes intensités des symptômes psychotiques négatifs au sein notre échantillon

Cotation		Evaluation "post 72h"				Evaluation veille de l'audition				Evaluation 48h post audition			
		0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Manifestations du trouble de personnalité	nombre de patients	7	4	0,33	2,12	6	3	0,33	2,12	7	2	0,22	3,54

Répartition des manifestations du trouble de personnalité au sein de notre échantillon

		Evaluation "post 72h"						Evaluation veille de l'audition						Evaluation 48 h post audition								
Cotation		0	1	2	3	4	cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	cotation moyenne par patient	Ecart type
Insight	nombre de patients	8	1	1		1	0,58	3,5	1	3	4	1		1,56	1,5	1	4	2	2		1,56	1,26

Répartition des différentes qualités d'insight au cours du temps au sein de notre échantillon

		Evaluation "post 72h"				Evaluation veille de l'audition			
Cotation		0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Interrogations sur le cadre de la loi	nombre de patients	7	5	0,42	1,41	6	3	0,33	2,12

Répartition des interrogations sur le cadre de la loi au sein de notre échantillon

Nécessité du personnel soignant de reformuler l'information

	Evaluation "post 72h"			Evaluation veille de l'audition		
	une fois	plusieurs fois	Non	une fois	plusieurs fois	Non
Nombre de patients	0	8	4	1	2	6
Pourcentage	0,00	66,67	33,33	11,11	22,22	66,67

Répartition de la nécessité de reformulation de l'information

Intégration du cadre légal												
	Evaluation "post 72h"				Evaluation veille de l'audition				Evaluation 48h post audition			
	Difficile	Moyen	Facile	Incompréhensible	Difficile	Moyen	Facile	Incompréhensible	Difficile	Moyen	Facile	Incompréhensible
Nombre de patients	2	4	5	1	0	3	3	1	0	2	7	0
Pourcentage	16,67	33,33	41,67	8,33	0,00	33,33	33,33	11,11	0,00	22,22	77,78	0,00

Répartition de l'appréciation de l'audition au sein de notre échantillon

Cotation		Evaluation "post 72h"				Evaluation veille de l'audition				Evaluation 48h post audition			
		0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type
confusion avec audience pénale	nombre de patients	6	4	0,33	1,41	9	0	0,00	6,36	9	0	0,00	6,36

Répartition de la confusion entre audition du JLD et audience pénale au sein de notre échantillon

Espérances erronées des attributions du JLD

	Evaluation "post 72h"		Evaluation veille de l'audition	
	oui	Non	oui	Non
Nombre de patients	7	5	3	6
Pourcentage	58,33	41,67	33,33	66,67

Répartition des espérances erronées des attributions du JLD au sein de notre échantillon

Cotation		Evaluation "post 72h"				Evaluation veille de l'audition			
		0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Angoisse anticipatoire	nombre de patients	9	3	0,25	4,24	5	4	0,44	0,71

Répartition de l'angoisse anticipatoire au sein de notre échantillon

Sentiment vis-à-vis du JLD												
	Evaluation "post 72h"				Evaluation veille de l'audition				Evaluation 48h post audition			
	Aide/défense des droits	Inutilité	Indifférent	Méfiance/complot	Aide/défense des droits	Inutilité	Indifférent	Méfiance/complot	Aide/défense des droits	Inutilité	Indifférent	Méfiance/complot
Nombre de patients	5	0	4	3	6	0	3	0	6	1	1	1
Pourcentage	41,67	0,00	33,33	25,00	66,67	0,00	33,33	0,00	66,67	11,11	11,11	11,11

Répartition du sentiment vis-à-vis du JLD

Biais ressenti par le malade de la relation médecin-malade									
	Evaluation "post 72h"			Evaluation veille de l'audition			Evaluation 48h post audition		
	Indifférent	oui	Non	Indifférent	oui	Non	Indifférent	oui	Non
Nombre de patients	3	3	6	1	1	7	0	1	7
Pourcentage	25,00	25,00	50,00	11,11	11,11	77,78	0,00	12,50	87,50

Répartition du biais ressenti dans la relation médecin-malade

Audition vécue															
	Evaluation "post 72h"					Evaluation veille de l'audition					Evaluation 48h post audition				
	Forma- lité	Faire valoir des droits	autre	Complot médecine- justice	incompré- hensible	Forma- lité	Faire valoir des droits	autre	Complot médecine- justice	incompré- hensible	Forma- lité	Faire valoir des droits	autre	Complot médecine- justice	incompré- hensible
Nombre de patients	4	6	1	1	1	4	6	1	0	0	3	5	0	1	0
Pourcen- tage	33,33	50,00	8,33	8,33	8,33	44,44	66,67	11,11	0,00	0,00	33,33	55,56	0,00	11,11	0,00

Répartition des différents vécus de l'audition du JLD

Cotation		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Idées délirantes	nombre de patients	0	0	0	4	1	3,2	1,73	0	3	0	0	1	1,75	1,3	2	1	1	0	0	0,75	0,84

Répartition des idées délirantes au sein de la population de patients avec un diagnostic F20-F29

Cotation		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Emousse- ment de l'expression des émotions	nombre de patients	3	2	0	0	0	0,40	1,41	3	0	1	0	0	0,5	1,3	4	0	0	0	0	0,00	1,79

Répartition de l'émoussement de l'expression des émotions au sein de la population de patients avec un diagnostic de type F20-F29

Cotation		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Difficultés d'abstrac- tion	nombre de patients	1	3	1	0	0	1,00	1,22	2	2	0	0	0	0,5	1,1	3	1	0	0	0	0,25	1,3

Répartition des difficultés d'abstraction au sein de la population de patients avec un diagnostic de type F20-F29

Cotation		Evaluation "post 72h"						Evaluation veille de l'audition						Evaluation 48h post audition								
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Repli social passif/Apathie	nombre de patients	3	1	0	1	0	0,80	1,22	2	2	0	0	0	0,5	1,1	3	1	0	0	0	0,25	1,3

Répartition du repli social passif/apathie au sein de la population de patients avec un diagnostic de type F20-F29

Cotation		Evaluation "post 72h"						Evaluation veille de l'audition						Evaluation 48h post audition								
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Absence de spontanéité et fluidité du discours	nombre de patients	2	2	1	0	0	0,80	1	1	3	0	0	0	0,75	1,3	4	0	0	0	0	0,00	1,79

Répartition de l'absence de spontanéité et de fluidité du discours au sein de la population de patients ayant un diagnostic de type F20-F29

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition	
	Échantillon total (%)	Patients F20-F29 (%)	Échantillon total (%)	Patient F20-F29 (%)
Non	33,33	0,00	66,66	50,00
Une fois	16,33	20,00	11,11	0,00
Plusieurs fois	50,00	80,00	22,22	50,00

Répartition de la proportion de nécessité de reformulation de l'information au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total

Cotation		Evaluation "post 72h"				Evaluation veille de l'audition				Evaluation 48h post audition			
		0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type
confusion avec audience pénale	nombre de patients	3	2	0,40	0,71	4	0	0,00	2,83	4	0	0,00	2,83

Répartition de la confusion entre audition du JLD et audience pénale au sein de la population de patients ayant un diagnostic de type F20-F29

	Post 72 h		Veille de l'audition		48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients F20-F29 (%)	Échantillon total (%)	Patients F20-F29	Échantillon total	Patients F20-F29
oui	25,00	40,00	11,11	25,00	11,11	25,00
Non	50,00	40,00	77,77	75,00	88,88	75,00
Indifférent	25,00	20,00	11,11	0,00	0	0,00

Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition		Évaluation 48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients F20-F29 (%)	Échantillon total (%)	Patients F20-F29 (%)	Échantillon total (%)	Patients F20-F29 (%)
Faire valoir les droits	42,00	60,00	66,66	50,00	55,55	75,00
Formalité	33,33	20,00	44,44	50,00	33,33	25,00
Complot	8,33	20,00	0	0	11,11	25,00
Incompréhensible	8,33	0	0	0	0	0
Autre	16,66	40,00	11,11	0	0	0

Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition du JLD, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total

Cotation		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Agitation	nombre de patient	1	0	2	1	0	1,75	0,84	2	0	1	0	0	0,67	0,89	2	1	0	0	0	0,33	0,89

Répartition de l'angoisse au sein de la population de patients ayant un diagnostic de type F40-F49

Cotation		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Anxiété psychique	nombre de patient	0	1	1	2	0	2,25	0,84	1	1	1	0	0	1,00	0,55	2	1	0	0	0	0,33	0,89

Répartition de l'anxiété psychique au sein de la population de patients ayant un diagnostic de type F40-F49

Cotation		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Anxiété somatique	nombre de patients	2	1	1	0	0	0,75	0,84	1	1	1	0	0	1,00	0,55	2	1	0	0	0	0,33	0,89

Répartition de l'anxiété somatique au sein de la population de patients ayant un diagnostic de type F40-F49

Cotation		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Difficultés de concentration	nombre de patients	1	2	1	0	0	1,00	0,84	0	3	0	0	0	1,00	1,34	2	1	0	0	0	0,33	0,89

Répartition des difficultés de concentration au sein de la population de patients ayant un diagnostic de type F40-F49

Cotation		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Humeur dépressive	nombre de patients	0	2	1	1	0	1,75	0,84	0	3	0	0	0	1,00	1,34	0	3	0	0	0	1,00	1,34

Répartition de l'humeur dépressive au sein de la population de patients ayant un diagnostic de type F40-F49

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition	
	Échantillon total (%)	Patients F40-F49 (%)	Échantillon total (%)	Patient F40-F49 (%)
Non	33,33	75,00	66,66	75,00
Une fois	16,33	0,00	11,11	25,00
Plusieurs fois	50,00	25,00	22,22	0,00

Répartition de la proportion de la nécessité de reformulation de l'information au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F20-F29 et dans notre échantillon total

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition		Évaluation 48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients F40-F49 (%)	Échantillon total (%)	Patients F40-F49 (%)	Échantillon total (%)	Patients F40-F49 (%)
Faire valoir les droits	42,00	50,00	66,66	100,00	55,55	33,33
Formalité	33,33	50,00	44,44	66,66	33,33	66,66
Complot	8,33	0,00	0	0	11,11	0
Incompréhensible	8,33	0,00	0	0	0	0
Autre	16,66	0,00	11,11	0	0	0

Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition du JLD, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total

	Post 72 h		Veille de l'audition		48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients F40-F49 (%)	Échantillon total (%)	Patients F40-F49	Échantillon total	Patients F40-F49
oui	25,00	0	11,00	0	11,00	0
Non	50,00	0	77,77	0	88,88	0
Indifférent	25,00	0	11,00	0	0	0

Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant un diagnostic de type F40-F49 et dans notre échantillon total

		Evaluation "post 72h"						Evaluation veille de l'audition						Evaluation 48h post audition								
Cotation		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Agitation	nombre de patients	0	0	2	1	0	2,33	0,89	2	0	1	0	0	0,67	0,89	2	1	0	0	0	0,33	0,89

Répartition de la proportion d'agitation au sein de la population de patients émotionnellement labiles

		Evaluation "post 72h"						Evaluation veille de l'audition						Evaluation 48h post audition								
Cotation		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Méfiance/persécution	nombre de patients	1	1	1	0	0	1,00	0,55	2	1	0	0	0	0,33	0,89	2	1	0	0	0	0,33	0,89

Répartition de la proportion de méfiance/persécution au sein de la population de patients émotionnellement labiles

		Evaluation "post 72h"						Evaluation veille de l'audition						Evaluation 48h post audition								
Cotation		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Hostilité	nombre de patients	0	1	2	0	0	1,67	0,89	3	0	0	0	0	0,00	1,34	3	0	0	0	0	0,00	1,34

Répartition de la proportion d'hostilité au sein de la population de patients émotionnellement labiles

		Evaluation "post 72h"						Evaluation veille de l'audition						Evaluation 48h post audition								
Cotation		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Humeur dépressive	nombre de patients	0	1	1	1	0	2,00	0,55	0	3	0	0	0	1,00	1,34	0	3	0	0	0	1,00	1,34

Répartition de l'humeur dépressive au sein de la population de patients émotionnellement labiles

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition	
	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)
Non	33,33	66,66	66,66	66,66
Une fois	16,33	0,00	11,11	33,33
Plusieurs fois	50,00	33,33	22,22	0,00

Répartition de la proportion de la nécessité de reformuler l'information, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total

		Evaluation "post 72h"					Evaluation veille de l'audition					Evaluation 48h post audition				
Cotation		0	1	Indifférent	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	indifférent	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	indifférent	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Biais ressenti	nombre de patients	3	0	0	0,00	2,12	3	0	0	0,00	2,12	3	0	0	0,00	2,12

Répartition du biais ressenti au sein de la population de patients émotionnellement labiles

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition		Évaluation 48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)
Faire valoir les droits	42,00	66,66	66,66	100,00	55,55	33,33
Formalité	33,33	33,33	44,44	66,66	33,33	66,66
Complot	8,33	0	0	0	11,11	0
Incompréhensible	8,33	0	0	0	0	0
Autre	16,66	0	11,11	0	0	0

Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total

	Post 72 h		Veille de l'audition		48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)	Échantillon total (%)	Patients émotionnellement labile (%)	Échantillon total	Patients émotionnellement labile (%)
oui	25,00	0	11,00	0	11,00	0
Non	50,00	100	77,77	0	88,88	100
Indifférent	25,00	0	11,00	0	0	0

Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité émotionnellement labile et dans notre échantillon total

Cotation		Evaluation "post 72h"				Evaluation veille de l'audition				Evaluation 48h post audition			
		0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Manifestations du trouble de personnalité	nombre de patients	0	2	1,00	1,41	1	1	0,50	0,00	2	0	0,00	1,41

Répartition des manifestations du trouble de personnalité chez les patients paranoïaques

Cotation		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Agitation	nombre de patients	0	1	0	0	1	2,50	0,55	2	0	0	0	0	0,00	0,89	2	0	0	0	0	0,00	0,89

Répartition de l'agitation chez les patients paranoïaques

		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
Cotation		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Hostilité	nombre de patients	0	0	0	1	1	3,50	0,55	1	0	1	0	0	1,00	0,55	1	1	0	0	0	0,50	0,55

Répartition de l'hostilité chez les patients paranoïaques

		Evaluation "post 72h"							Evaluation veille de l'audition							Evaluation 48h post audition						
Cotation		0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type	0	1	2	3	4	Cotation moyenne par patient	Ecart type
Méfiance	nombre de patients	0	0	0	1	1	3,50	0,55	0	1	0	1	0	2,00	0,55	1	0	1	0	0	1,00	0,55

Répartition de la méfiance chez les patients paranoïaques

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition	
	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)
Non	33,33	0,00	66,66	100,00
Une fois	16,33	0,00	11,11	0,00
Plusieurs fois	50,00	100,00	22,22	0,00

Répartition de la proportion de la nécessité de reformuler l'information, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total

	Évaluation post 72h		Évaluation veille de l'audition		Évaluation 48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)
Faire valoir les droits	42,00	50,00	66,66	50,00	55,55	50,00
Formalité	33,33	0	44,44	50,00	33,33	0
Complot	8,33	50,00	0	0	11,11	50,00
Incompréhensible	8,33	0	0	0	0	0
Autre	16,66	50,00	11,11	0	0	0

Répartition de la proportion des différents vécus de l'audition, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total

	Post 72 h		Veille de l'audition		48h post audition	
	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)	Échantillon total (%)	Patients paranoïaques (%)	Échantillon total	Patients paranoïaques (%)
oui	25,00	50,00	11,11	0	11,11	50,00
Non	50,00	50,00	77,77	100,00	88,88	50,00
Indifférent	25,00	0	11,11	0	0	0

Répartition de la proportion du biais ressenti dans la relation médecin-malade, au cours du temps, chez les patients ayant une personnalité paranoïaque et dans notre échantillon total

**Annexe 7 : Répartition des mesures de soin sans consentement
au sein du CH Laborit, entre le 1^{er} Août 2011 et le 1^{er} Août
2012 (source DIM du CH Laborit)**

détail du nombre de patients sous contrainte						
COR	6 mois		7 mois		1an	
	01/08/2011- 31/01/2012	pourcentage	01/08/2011- 29/02/2012	pourcentage	01/08/2011 - 31/07/2012	pourcentage
SDTU		0,00		0,00	23	4,17
SPI		0,00		0,00	18	3,27
D398	1	0,40	1	0,33	1	0,18
HDT	228	90,12	230	76,92	231	41,92
HO	12	4,74	12	4,01	12	2,18
SDIP		0,00	1	0,33	2	0,36
SDP		0,00	1	0,33	3	0,54
SDRE	1	0,40	5	1,67	18	3,27
SDT	11	4,35	49	16,39	243	44,10
Total	253	100	299	100	551	100

VALMY Geoffroy

**Évolution de la perception de l'audition du Juge des Libertés et de la
Détenction chez les patients hospitalisés en soins sans consentement :
à partir d'une étude menée sur 12 patients au Centre Henri Laborit de
Poitiers.**

Année 2013

Résumé :

Le respect des libertés individuelles est l'un des principes fondamentaux de la Constitution française. En psychiatrie, les mesures de soins sans consentement mettent en jeu le respect de ce droit fondamental. Depuis la loi de 1838, le principe d'un contrôle des mesures de soins sans consentement est discuté. Les garanties prévues par la loi du 27 juin 1990, ont été jugées insuffisantes par les instances européennes. C'est dans l'objectif d'améliorer la protection des droits fondamentaux des patients, que la loi du 5 juillet 2011 instaure le contrôle systématique des mesures de soins sans consentement. Ce contrôle est réalisé par un magistrat n'intervenant jusqu'alors, que dans le cadre de procédures pénales : le Juge des Libertés et de la Détenction (JLD).

À partir d'une étude prospective, nous avons évalué la perception de l'audition du JLD, chez 12 patients primo-hospitalisés sous contrainte. Nous avons mis en évidence une certaine difficulté des patients à comprendre le cadre légal de l'intervention du JLD, et un vécu de l'audition partagé entre faire-valoir des droits et indifférence ou inutilité. Ces différences sont d'autant plus marquées en fonction de certaines pathologies.

Ces résultats amènent à un certain nombre de réflexions destinées à favoriser des moyens permettant d'améliorer la compréhension du cadre légal par les patients. Certains rapports d'information proposent des solutions dans ce sens. Le vote de la réforme des soins sans consentement, prévu le 1^{er} octobre 2013, doit envisager de nouvelles dispositions destinées à garantir au mieux, le respect de l'exercice des libertés individuelles.

Mots-clés : loi du 5 juillet 2011, perception, libertés fondamentales, juge des libertés et de la détenction, soins sans consentement.



UNIVERSITE DE POITIERS



Faculté de Médecine et de
Pharmacie

SERMENT



En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

