

UNIVERSITÉ DE LILLE  
**FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG**  
Année : 2022

MEMOIRE DE D.E.S DE PSYCHIATRIE

**Évaluation du niveau de compréhension par les patients de l'audience avec  
le Juge des libertés et de la détention. Étude COMPAJULI.**

Présenté et soutenu le 26 septembre 2022  
à Lille  
par **Tiphaine MARTINAGE**

---

**JURY**

**Monsieur le Professeur Olivier COTTENCIN**  
**Monsieur le Professeur Guillaume VAIVA**  
**Monsieur le Docteur Thomas FOVET**  
**Monsieur le Docteur Charles-Edouard NOTREDAME**

**Directeur de Mémoire :**  
**Madame le Docteur Emilie DUMEIGE**

---

# Remerciements

Je remercie sincèrement les Docteurs Dumeige, Vincent et Charrel qui m'ont soutenue et encadrée tout le long de la rédaction de ce mémoire.

Je remercie également les personnes sans qui ce travail n'aurait pas été possible : Monsieur Koenig et l'équipe de la cellule des soins sous contrainte de l'EPSM Lille-Métropole, l'ensemble de l'équipe médicale de l'EPSM Lille-Métropole et les patients qui ont accepté de participer à cette étude.

Enfin, je remercie l'équipe de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM Psy) pour l'aide méthodologique apportée à la réalisation de cette étude, de la rédaction du protocole de recherche jusqu'à l'aide biostatistique pour le choix de la méthode et le traitement des données.

Et surtout merci à tous pour votre bonne humeur et votre bienveillance.

*« Les hommes se trompent quand ils se croient libres et cette opinion consiste en cela seul qu'ils sont conscients de leurs actions, et ignorants des causes par lesquelles ils sont déterminés. »*

Spinoza, *L'Ethique*, Livre II 1677

## Abréviations

<b>AAH</b>	Allocation pour Adultes Handicapés
<b>ANSM</b>	Agence Nationale de Sécurité du Médicament
<b>CDSP</b>	Commission Départementale des Soins Psychiatriques
<b>CEDH</b>	Cour Européenne des Droits de l'Homme
<b>CNIL</b>	Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés
<b>CPP</b>	Comité de Protection des Personnes
<b>EPSM</b>	Etablissement Public de Santé Mentale
<b>HDT</b>	Hospitalisation à la Demande d'un Tiers
<b>HO</b>	Hospitalisation d'Office
<b>JLD</b>	Juge des Libertés et de la Détention
<b>SDRE</b>	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat
<b>SPDT</b>	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
<b>SPPI</b>	Soins Psychiatriques en Péril Imminent
<b>STAI Y</b>	Inventaire d'Anxiété Etat-Trait forme Y (State-Trait Anxiety Inventory)

# Table des matières

Résumé.....	6
I. Introduction .....	7
A. Préambule .....	7
B. Cas clinique.....	9
C. L’historique de la législation des soins sous contrainte en France .....	11
1. La loi du 5 juillet 2011 .....	12
2. Les soins sans consentement .....	15
3. Le Juge des libertés et de la détention.....	17
D. Objectifs de l’étude .....	19
1. Objectif principal.....	19
2. Objectifs secondaires.....	19
II. Matériel et méthode .....	21
A. Population concernée .....	21
1. Critères d’inclusion .....	21
2. Critères de non inclusion.....	21
3. Calcul de l’échantillon .....	22
B. Modalités d’organisation de la recherche .....	22
1. Déroulement de l’étude .....	22
2. Questionnaire et Outils.....	23
3. Procédure d’éthique.....	25
C. Méthode statistique .....	26
1. Logiciel.....	26
2. Analyses statistiques .....	26
III. Résultats .....	27
A. Description de l’échantillon.....	27
1. Nombre de patients recrutés.....	27
2. Caractéristiques socio-démographiques .....	27
3. Antécédents .....	27
4. Préparation à l’audience et délivrance de l’information .....	27
5. Evolution de la symptomatologie clinique.....	28
B. Principaux résultats .....	29

C.	Résultats secondaires .....	29
1.	Délivrance de l'information .....	29
2.	Compréhension subjective de l'intérêt de l'audience et du rôle du JLD et identification d'un problème de vocabulaire .....	29
3.	Compréhension objective du rôle du JLD.....	30
4.	Concordance entre compréhension objective et subjective de l'intérêt de l'audience...	30
5.	Concordance entre compréhension objective et subjective de l'intérêt du rôle du JLD	31
6.	Evaluation du ressenti des patients.....	31
7.	Corrélation entre le niveau d'anxiété et le niveau de compréhension des patients.....	32
8.	Facteurs de risque d'une mauvaise compréhension .....	32
IV.	Discussion.....	33
A.	L'interprétation des résultats.....	33
1.	Interprétation des données socio-démographiques et analyse de la mesure de soins sans consentement .....	33
2.	Analyse des antécédents et du niveau d'anxiété .....	34
3.	Analyse de la compréhension de l'intérêt de l'audience.....	35
B.	Les forces et les limites de l'étude.....	36
C.	Perspectives.....	37
V.	Conclusion.....	39
VI.	Bibliographie.....	40
VII.	Annexes.....	43
1.	Annexe 1 : Données socio-démographiques .....	43
2.	Annexe 2 : Antécédents psychiatriques et judiciaires .....	44
3.	Annexe 3 : Diagnostic du trouble psychiatrique et critères de préparation à l'audience	45
4.	Annexe 4 : Questionnaire de connaissances du patient de l'intérêt de l'audience avec le JLD .....	46
5.	Annexe 5 : Les symptômes cliniques retrouvés sur les certificats médicaux .....	50
6.	Annexe 6 : Compréhension interindividuelle de l'intérêt de l'audience.....	51
7.	Annexe 7 : Compréhension interindividuelle du rôle du JLD .....	52
8.	Annexe 8 : Les émotions ressenties par le patient avant l'audience avec le JLD .....	53
9.	Annexe 9 : Les facteurs de risque d'une mauvaise compréhension.....	54
10.	Annexe 10 : Cahier d'observation et questionnaires .....	55
11.	Annexe 11 : lettre d'information .....	67

## Résumé

**Introduction** : En psychiatrie, les soins sans consentement font partie intégrante de la pratique clinique et représentent une part non négligeable des hospitalisations depuis des centaines d'années. De nos jours, ils sont encadrés par la loi du 5 juillet 2011, qui réforme une précédente loi datant de 1990. Cette réforme a pour but de garantir le droit et la protection des personnes hospitalisées pour des troubles mentaux. Pour cela, la loi introduit une judiciarisation de la procédure de soins sous contrainte par l'intermédiaire de l'audience devant le Juge des libertés et de la détention (JLD), réalisée avant les 12 jours d'hospitalisation. Peu d'études se sont jusqu'ici intéressées à la question de la compréhension et du ressenti des patients hospitalisés sans leur consentement. L'objectif de cette étude est de déterminer le niveau de COMpréhension des PAtiens de l'intérêt de l'audience avec le JUge des LIBertés et de la détention.

**Matériel et Méthode** : L'étude COMPAJULI est une étude pilote, observationnelle, prospective et monocentrique menée sur l'EPSM Lille-Métropole. Nous avons recueilli dans un premier temps les renseignements cliniques de 46 patients, obtenus à partir de leurs dossiers et des certificats médicaux psychiatriques ; puis nous avons réalisé un hétéro-questionnaire de 22 questions entre J8 et J10 après le début de l'hospitalisation. Nous avons également analysé le niveau d'anxiété des patients avant l'audience avec le JLD, par l'intermédiaire de l'échelle d'anxiété état-trait de Spielberger.

**Résultats** : Notre étude a mis en évidence un niveau d'anxiété faible à très faible avant l'audience avec le JLD. Le niveau de compréhension des patients de l'intérêt de l'audience est globalement mauvais. Le seul critère statistiquement significatif qui permette de différencier les 2 groupes de patients ayant une bonne ou une mauvaise compréhension objective de l'intérêt de l'audience devant le JLD, est le fait d'avoir reçu une explication claire sur le déroulement de l'audience.

**Conclusion** : L'étude COMPAJULI apporte une réflexion sur le sujet complexe de la compréhension de la contrainte dans le domaine de la psychiatrie. Pour ce faire, rencontrer les patients pour évaluer leur ressenti de façon objective (utilisation de l'échelle d'anxiété-état) et déterminer les facteurs à l'origine d'une mauvaise compréhension de l'intérêt de l'audience avec le JLD sont les bases de la démarche. Notre étude met en avant le manque d'information relative à l'audience pour le patient. Des pistes d'amélioration existent et passent par l'élaboration de scores évaluant la compréhension du patient de façon objective, mais également en s'inspirant de modèles d'information élaborés à l'étranger. L'enjeu est d'améliorer la prise en charge des patients hospitalisés sans leur consentement et de faire progresser la pratique clinique.

**Mots clés** : Soins sans consentement, loi du 5 juillet 2011, Juge des libertés et de la détention, droit à l'information.

# I. Introduction

## A. Préambule

La liberté individuelle est une des valeurs essentielles de notre démocratie moderne proclamée par le Préambule de la Constitution de 1946 (1).

Néanmoins, la législation française autorise la mise en application de soins psychiatriques sans le consentement du malade sous certaines conditions (2). Les soins sans consentement ne sont pas exceptionnels et représentent environ 20 % des hospitalisations en psychiatrie (3). Ils font donc partie intégrante de la pratique quotidienne du psychiatre : ainsi, 92 000 personnes ont été prises en charge sous ce mode en 2015, soit 12 000 de plus qu'en 2012 (4). Rappelons toutefois que l'hospitalisation, en soins libres s'appuyant sur le consentement du malade, reste la règle et le mode d'hospitalisation majoritairement retrouvé en psychiatrie (5–7).

Le cadre législatif qui entoure les soins sans consentement est représenté par la loi du 05 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*. Une des innovations majeures de cette loi est ainsi l'introduction de la judiciarisation des soins psychiatriques sous contrainte, par le biais d'un contrôle systématique de la procédure par le Juge des libertés et de la détention (JLD) (4,8).

Cependant, on peut se poser la question de la compréhension du sens de cette audition par les patients placés sans leur consentement en service de psychiatrie, en s'intéressant tout particulièrement à leur ressenti concernant l'audience. En effet, la pratique au sein des établissements de santé mentale laisse constater que l'audition par le JLD, dont l'objectif est de vérifier la légalité de la mesure de privation de liberté, semble souvent source d'incompréhension et facteur de déstabilisation psychologique pour les personnes concernées. Nombreux sont les patients qui ne saisissent pas la finalité de l'audition par le juge, qu'ils amalgament parfois à un jugement pour une faute qu'ils auraient commise. Pour d'autres encore, comme ceux admis pour décompensation délirante par exemple, cette audience viendra alimenter des idées de persécution et augmenter ainsi une charge anxieuse qui va souvent de pair avec des hospitalisations contraintes (6).

A notre connaissance, peu d'études se sont penchées sur la question de l'évaluation de la compréhension et le vécu de cette audience par les patients en France. On peut ainsi citer une étude de 2013 portant sur le vécu subjectif de 36 patients hospitalisés sous contrainte concernant l'audience par le JLD (9) ; ou une autre étude menée sur 12 patients au Centre Henri Laborit de Poitiers portant sur l'évolution de la perception de l'audition du JLD chez les patients hospitalisés sans consentement (10). Une étude plus puissante a été menée en 2012 par Rossini au sein du pôle universitaire de psychiatrie adulte du Centre Hospitalier Charles Perrens en Gironde. Elle consistait en l'évaluation de 50 patients au cours d'entretiens en face à face à l'aide d'un

questionnaire semi-structuré réalisé dans un délai maximal d'un mois après l'audience par le JLD. Dans ce questionnaire, la qualité de l'information était évaluée au travers de deux des questions portant sur la clarté de l'information et sur la suffisance de cette information. Ainsi, dans leurs résultats, ils ont pu démontrer que dans 63 % des cas, les patients trouvaient que l'information était claire. Mais dans 54 % des cas, ils l'ont jugé insuffisante (11,12).

L'étude que nous proposons est la première étude à être menée dans la région des Hauts-de-France. L'intérêt de notre étude monocentrique est d'obtenir un nouvel échantillon de patients avec une méthodologie différente, reposant sur un questionnaire proposé avant l'audience, ce qui permettra d'évaluer la compréhension du patient après information et sans être biaisée par le déroulement de l'audience. Nous allons ainsi tenter de répondre à la question suivante :

**Quel est le niveau de compréhension, évalué de façon objective, de l'intérêt de l'audience avec le JLD, par les patients hospitalisés sous contrainte ?**

**L'enjeu est de repérer les leviers d'amélioration de nos pratiques et d'améliorer la compréhension du vécu des patients hospitalisés sous contrainte avant l'audience avec le JLD.**

## B. Cas clinique

Madame X, âgée de 43 ans, est hospitalisée en soins psychiatriques en péril imminent (SPPI) pour prise en charge d'un épisode maniaque avec caractéristiques psychotiques.

Elle est suivie par la psychiatrie de secteur depuis 5 ans pour un trouble de l'humeur de type bipolaire. Elle est en rupture de suivi ambulatoire depuis plusieurs mois. On lui retrouve plusieurs antécédents d'hospitalisations en psychiatrie, principalement sur un mode de soins sous contrainte, pour des décompensations maniaques et 2 tentatives de suicide par phlébotomie et ingestion médicamenteuse volontaire.

On note également plusieurs épisodes dépressifs chez des apparentés du premier degré (mère et frère) et un trouble bipolaire diagnostiqué chez son grand-père maternel.

Ses antécédents médico-chirurgicaux sont sans particularité. Il n'y a pas d'allergie connue.

Sur le plan personnel, la patiente vit seule avec sa fille âgée de 4 mois. Elle est séparée du père de sa fille depuis l'année dernière. Elle exerce une activité professionnelle d'agent immobilier, métier dans lequel elle s'épanouit.

Sur le plan addictologique, la patiente souffre d'un trouble d'usage d'alcool et de cannabis d'intensité modérée ; nous précisons que ses consommations quotidiennes sont évaluées à 7 US/jour pour l'alcool et 4 à 5 joints/jour pour le cannabis. Elle n'a pas souhaité bénéficier d'un suivi addictologique ambulatoire jusqu'à présent.

Son traitement actuel retrouve :

LORAZEPAM 2.5 mg 1.0.1.0

ARIPRAZOLE 15 mg 0.0.1.0

ZOPICLONE 7.5 mg 0.0.0.1

Sur l'histoire de la maladie, on sait que la patiente s'est présentée aux urgences pédiatriques après la chute de la chaise haute de sa fille de 4 mois. Une évaluation psychiatrique est rapidement demandée par l'équipe médicale en pédiatrie devant le comportement inadapté de la patiente à type d'instabilité psychomotrice et devant un discours peu compréhensible. L'évaluation psychiatrique retrouve donc une méfiance pathologique avec une désorganisation psychique (rires immotivés, bizarrerie de contact, barrages), un raisonnement paralogique, un discours diffluent avec des coqs à l'âne, une hypersyntonie et un rationalisme morbide s'associant à des propos délirants mégalomaniacs de mécanisme interprétatif et intuitif. Les soins sous contrainte sont

indiqués devant cette symptomatologie clinique et le refus de la patiente de consentir à une prise en charge spécialisée en psychiatrie.

Au cours de son hospitalisation, la patiente a une présentation clinique similaire, avec amendement progressif des symptômes dissociatifs. Elle rationalise son hospitalisation par des idées délirantes de persécution avec un persécuteur désigné qui est son ex-compagnon et père de sa petite fille. La patiente n'a alors aucune adhésion aux soins et reconnaît avoir arrêté son traitement de fond sans avis médical depuis plusieurs semaines. Elle se montre très revendicatrice envers cet ex-compagnon et les différents médecins rencontrés pour les certificats de maintien en soins sans consentement. L'annonce du passage devant le JLD est d'abord à l'origine d'une anxiété majeure, car la patiente associe cette audience aux 24 heures de garde à vue qu'elle a effectuées plusieurs mois avant son admission. L'enjeu de l'audience auprès du JLD est mal compris par la patiente qui est alors persuadée d'être victime d'une machination.

Ce cas clinique illustre une symptomatologie clinique que l'on retrouve classiquement chez les patients en soins sans consentement ; nous retrouvons, en effet, la présence d'éléments de décompensation thymique et psychotique. Dans cette vignette clinique, les symptômes délirants de persécution apparaissent comme un frein supplémentaire à la bonne compréhension de l'impact de l'audience avec le JLD pour la patiente ; cette dernière présente ainsi une méfiance pathologique et se montre incapable de s'investir positivement dans les soins proposés.

Les cas de Madame X et de nombreux autres patients rencontrés au cours de mes années d'internat, m'ont amenée à m'interroger sur le vécu de l'intérêt de l'audience par le JLD par les patients et la nécessité d'une évaluation objective de cette question. Le but étant d'améliorer les pratiques cliniques en psychiatrie, ceci sera possible en faisant progresser la prise en charge et l'accompagnement des personnes hospitalisées sans leur consentement en raison de troubles psychiques. L'idée est de pouvoir mieux les informer en leur évitant une situation de stress supplémentaire.

Nous avons donc choisi d'aller à la rencontre de ceux qui pouvaient décrire le mieux cette situation de privation de liberté pour raison médicale, les patients.

## C. L'historique de la législation des soins sous contrainte en France

La loi du 30 juin 1838, ou loi Esquirol a défini les dispositifs de soins sous contrainte en France pendant 150 ans. Il s'agit de la première loi à évoquer le soin des personnes atteintes de troubles mentaux, qualifiées d' « aliénés », où la prise en charge s'effectue dans des établissements spécialement créés à cet effet : les asiles (2,13,14). Un asile est donc créé dans chaque département pour recevoir les patients. Ce lieu de soin est le modèle initial de l'intervention psychiatrique où l'hospitalisation consiste à l'éloignement du malade de la société (1,2,13).

Cette loi de 1838 organise la protection des biens et l'hospitalisation sous contrainte : d'un côté, il existe le placement volontaire opéré par la famille ou par un tiers ; et de l'autre côté le placement d'office ordonné par l'autorité publique. Elle donne donc un premier fondement juridique aux pratiques d'enfermement (2). Ici, l'hospitalisation volontaire est demandée par un tiers au vu d'un certificat médical unique (13).

Les progrès de la psychiatrie, que ce soit sur le plan de la thérapeutique médicamenteuse ou de la diversification des prises en charge avec le développement des secteurs, ont permis de diviser par deux le nombre d'hospitalisations en psychiatrie entre les années 70 et 90 : avec des placements volontaires et d'offices réduits de 90 %, tout en laissant apparaître une forte progression des hospitalisations libres (1,8).

C'est dans ce contexte qu'apparaît la loi du 27 juin 1990, dite Loi Evin, *relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de leurs troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*. Elle actualise la pratique en établissant le principe de l'hospitalisation libre et en garantissant à ces personnes les mêmes droits que ceux reconnus à toute personne hospitalisée pour une autre cause. Cependant, les deux modes d'hospitalisations antérieurs restent maintenus : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) remplace l'ancien placement volontaire et un second certificat médical apparaît nécessaire ; le placement d'office est remplacé par l'hospitalisation d'office (HO) où le préfet est tenu de motiver son arrêté sur la base d'un certificat médical. La création d'une commission départementale des hospitalisations psychiatriques représenta la véritable innovation de la loi de 1990. Elle exerce un rôle de contrôle de la situation des personnes hospitalisées sous contrainte, au regard du respect des libertés individuelles et de la dignité des personnes (1,2,8).

## 1. La loi du 5 juillet 2011

### a) Contexte

Un nouveau cadre légal est défini avec 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*.

Cette nouvelle loi fait suite à la condamnation de la France par la Cour Européenne des Droits de l'Homme (CEDH) qui lui a demandé de se mettre en conformité avec les autres pays de l'Union européenne. Pour cela, la France doit prévoir l'intervention de l'autorité judiciaire dans un délai raisonnable afin de limiter les risques d'arbitraire de l'autorité administrative et les risques d'abus médical.

De plus, le Conseil constitutionnel, saisi à l'initiative des associations d'usagers, s'est prononcé sur deux questions prioritaires de constitutionnalité relatives aux hospitalisations sous contrainte en novembre 2010 et en juin 2011. Ce dernier a considéré que toute hospitalisation complète à la demande d'un tiers était inconstitutionnelle, et ce, à compter du 1er août 2011, si elle n'était pas validée par un juge au-delà d'un délai de 15 jours. Une autre inconstitutionnalité a été mise en évidence dans la loi de 1990 puisque rien n'était prévu en cas de désaccord entre le psychiatre référent, demandant la levée d'une hospitalisation sous contrainte qu'il n'estime plus justifiée pour un patient en hospitalisation d'office, et l'autorité administrative (le préfet), s'opposant à cette levée (15,16).

### b) Réformes de la loi du 5 juillet 2011

Le législateur a dû construire un dispositif tenant compte des exigences de constitutionnalité (égalité dans le service public, droit à la santé, droit au juge...) et de celles de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme (respect des droits fondamentaux de l'individu, garantie contre l'internement arbitraire...) (8).

La judiciarisation des hospitalisations sous contrainte par le contrôle systématique de la procédure par le JLD avant le quinzième jour d'hospitalisation constitue l'une des innovations majeures de la loi du 5 juillet 2011 (17).

D'un point de vue sémantique, le terme d'« *hospitalisation sous contrainte* » disparaît au profit des « *soins sans consentement* », autorisant même la poursuite de prise en charge en dehors de l'hôpital sous la forme de « *programme de soins* » en précisant les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité (16).

A partir de la loi du 5 juillet 2011, les soins sous contrainte en hospitalisation complète se déclinent de la façon suivante (16) :

- **Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT)**, selon une procédure de droit commun ou selon une procédure d'urgence, (articles L.3212-1, II, 1° et L. 3212-3 du Code de la santé publique ),
- **Soins Psychiatriques en Péril Imminent (SPPI)** (article L.3212-1, II, 2° du CSP),
- **Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (SDRE)** selon une procédure de droit commun ou d'urgence (articles L.3213-1 et 2 du CSP).

Les principales modifications apportées par la loi du 5 juillet 2011 se retrouvent ci-dessous (1,2,7,16) :

- Le psychiatre donne un avis médical et assure la légitimité de la mesure de soins. Il existe une période initiale très contrôlée d'observation et de soins d'une durée de 72 h.
- Intervention du juge des libertés et de la détention dans un contrôle systématique limité à J15 et M6.
- Obligation d'assistance par un avocat au cours de l'audience du JLD.
- Rappel de la prévalence des directeurs dans les soins sous contrainte, ils assurent la légalité de la mesure de soins : par exemple en cas d'admission sur demande d'un tiers ou en cas de péril imminent (sans tiers), le directeur peut s'opposer à la levée de soins demandée par un tiers si l'arrêt des soins entraîne alors un péril imminent pour le malade.
- Persistance des préfets nommés représentants de l'Etat dans le cadre des SDRE.
- Création des soins sans consentement en ambulatoire sous la forme d'un programme de soins précisant les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité.
- Demande d'un second avis d'un psychiatre en cas de désaccord entre le psychiatre et le représentant de l'Etat par rapport à la modification d'une hospitalisation complète en programme de soins voire en une fin d'hospitalisation.
- Mise en place de dispositions spécifiques pour certains SDRE, qui ne concernent que les patients déclarés pénalement irresponsables à la suite d'actes d'une particulière gravité (définis comme justifiant de peines d'emprisonnement d'au moins 5 ans en cas d'atteinte aux personnes ou d'au moins 10 ans en cas d'atteinte aux biens).

c) Vers un renforcement des droits du patient

On observe donc une augmentation du nombre des certificats médicaux qui va dans le sens d'une protection accrue des personnes hospitalisées sans consentement.

D'autres nouvelles dispositions reflètent cette volonté de garantir l'intérêt des patients, comme la création des soins ambulatoires sans consentement comme alternative à l'hospitalisation complète. L'article L.3211-3 du Code de santé publique définit très largement les droits et libertés des patients soignés sans leur consentement. Ainsi, la dignité de la personne doit être respectée et l'obligation d'information est très clairement explicitée. Cette dernière doit porter sur les décisions d'admission, mais aussi sur la situation juridique de la personne et sur les voies de recours et les garanties qui lui sont offertes dont notamment la possibilité de saisir le Juge des libertés et de la détention (1,2).

On peut citer aussi les rôles des collèges de soignants ou de la commission départementale des soins psychiatriques qui sont des instances qui veillent au respect des droits des patients. Mais c'est sans doute la systématisation de l'intervention du JLD qui constitue l'innovation la plus marquante (7).

d) La loi du 27 septembre 2013

La loi du 27 septembre 2013 va modifier certaines dispositions de la loi du 5 juillet 2011 pour renforcer les garanties quant au respect des droits des patients. Elle va notamment modifier le délai d'intervention du JLD ramené de 15 à 12 jours et réintroduire la possibilité de sorties de courte durée non accompagnées supprimées par la loi de 2011 (8,15,17,18).

## 2. Les soins sans consentement

Dans la procédure classique, en application des articles L. 3212-1 et suivants du Code de la Santé Publique (CSP), une prise en charge en soins sans consentement est nécessaire lorsque les troubles mentaux de la personne rendent son consentement impossible et lorsque son état mental impose des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante et régulière (5).

Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SPDT) et les soins à la demande d'un représentant de l'Etat (SDRE) viennent donc remplacer respectivement les HDT et HO, tandis qu'émergent les soins psychiatriques en péril imminent (SPPI). Par la suite, intervient une période initiale d'observation et de soins durant laquelle un examen somatique doit être réalisé dans les 24 h après l'admission et deux certificats médicaux de 24 h et de 72 h doivent être établis. Ces derniers décrivent les troubles présents et concluent à la nécessité de poursuivre les soins en hospitalisation complète. Les certificats médicaux sont ensuite établis tous les mois (5,7).

L'admission en SPDT et celle en SPPI sont deux modes d'admission prononcés par le directeur de l'établissement de santé. L'admission peut aussi se faire sur décision du représentant de l'Etat dans le cas de la SDRE (8).

Nous n'évoquerons pas les cas particuliers suivants : celui des soins psychiatriques à destination des personnes détenues (D398), ni celui des ordonnances de placement provisoire dans le cas des sujets mineurs, ni celui des soins psychiatriques à destination des personnes jugées pénalement irresponsables.

### a) Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers

L'admission dite classique (article L. 3212-1 du CSP) se fait sur la base de 2 certificats médicaux initiaux et sur la demande d'un tiers. Les certificats médicaux doivent être concordants et circonstanciés de moins de 15 jours. Le premier certificat ne peut pas être réalisé par un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil, contrairement au second certificat.

Le tiers est un membre de la famille du malade, le tuteur ou le curateur d'un majeur protégé ou une personne justifiant de l'existence de relations antérieures à la demande de soins avec le malade, à l'exception des personnels soignants qui exercent dans l'établissement d'accueil.

b) Les soins psychiatriques en péril imminent

L'admission en péril imminent (article L. 3212-1 du CSP) repose sur un seul certificat médical initial et l'absence de tiers.

Elle est réalisée devant « *l'immédiateté du danger pour la santé ou la vie du patient* » puisqu'il est fait état de « *péril imminent* ». Le certificat médical ne peut pas émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil (8).

c) Les soins psychiatriques en procédure d'urgence

L'admission en urgence (article L. 3212-3 du CSP) est une mesure exceptionnelle où le directeur de l'établissement peut prononcer l'admission sur la base d'un seul certificat médical initial et sur la demande d'un tiers.

Elle correspond aux situations d'urgence lorsqu'il existe « *un risque grave d'atteinte à l'intégrité de la personne* ». Ce certificat médical unique peut émaner d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil (8).

d) Les soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat

L'admission en soins à la demande d'un représentant de l'Etat (l'article L. 3213-1 et 2 du CSP) concerne 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'admission se fait sur la base d'un certificat médical pouvant émaner d'un psychiatre de l'établissement d'accueil. Le placement est décidé par arrêté préfectoral ou municipal. A noter que pour la personne détenue, l'admission se fait sur la base d'un certificat médical d'un médecin non psychiatre de l'établissement (8).

### 3. Le Juge des libertés et de la détention

Le JLD a une légitimité que lui confère l'article 66 de la Constitution de 1958, il intervient pour vérifier la légalité des procédures d'admission en psychiatrie puisque « *l'autorité judiciaire est gardienne de la liberté individuelle* » (2,19).

#### a) Le rôle du JLD

Le juge doit prendre une décision qui maintient l'équilibre entre les principes de liberté individuelle et la protection de la santé du patient. Il se base pour cela sur les certificats médicaux qui doivent lui permettre de comprendre le bien-fondé de la mesure (8).

Le juge doit statuer sur la forme, ce qui correspond à la régularité de la mesure, en vérifiant notamment le respect des délais, la conformité des documents, la présence du tiers ou la réalisation de l'information du patient (20). Il doit également se prononcer sur le fond, en s'appuyant sur les certificats médicaux, dans le but de vérifier qu' « *au jour du contrôle, l'hospitalisation complète demeure nécessaire, adaptée et proportionnée aux objectifs poursuivis* » (20,21). Son expertise peut conduire à 3 types de décisions : il ordonne un maintien des soins sous la forme d'une hospitalisation complète, une mainlevée immédiate de l'hospitalisation complète ; ou une mainlevée différée de 24 heures afin de s'orienter vers une prise en charge ambulatoire en programme de soins (5,21).

Au total, la levée des soins sous contrainte peut être faite sur décision du JLD, sur avis médical, à la demande du Comité Départemental des Soins en Psychiatrie (CDSF), à la demande du préfet ou d'un tiers ; mais le directeur peut s'y opposer si la levée entraînerait une transformation de la mesure de soins en soins en péril imminent pour le patient (8).

#### b) Le lieu et le délai d'intervention du JLD

Le JLD intervient de façon systématique avant l'expiration du délai de 12 jours à compter de l'admission du patient ou de la décision modifiant la forme de prise en charge du patient et procédant à son hospitalisation complète ; ou encore après 6 mois d'hospitalisation continue (21). Il est important de respecter ces délais, car la mesure d'hospitalisation complète peut être levée en cas de défaut de décision du JLD dans les délais impartis. La saisine est effectuée par le directeur de l'établissement dans les huit jours suivant l'admission et motivée d'un nouveau certificat médical (8).

Le lieu de cette audition a été une source de débat. Avant 2014, selon la loi, les audiences pouvaient se tenir soit au Tribunal de Grande Instance, soit dans une salle d'audience spécialement aménagée et dépendant de l'établissement d'accueil (20). Pour certains acteurs comme la magistrate Isabelle Rome, il semble qu'une salle d'audience dans l'enceinte de la structure de soins soit plus adaptée dans un souci « *de clarté, sécurité et sincérité des débats* » tenus publiquement (20).

A partir du 1<sup>er</sup> septembre 2014, et d'après l'article 6 de la loi du 27 septembre 2013, la salle d'audience spécialement aménagée devient donc le lieu d'audience à privilégier (22). La localisation au sein de la structure d'accueil concerne, effectivement, la grande majorité des audiences devant le JLD (70 % des cas en 2015) (23).

## D. Objectifs de l'étude

### 1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude consiste à évaluer le degré de compréhension (dite objective) des patients hospitalisés sous contrainte, de l'intérêt de l'audience avec le JLD (dans le cadre de la saisine obligatoire prévue avant le 12ème jour d'hospitalisation complète).

### 2. Objectifs secondaires

Nous avons également défini les objectifs secondaires ci-dessous :

- 1) Vérifier la délivrance d'une information concernant le déroulement de l'audience et les attributions du JLD.
- 2) Identifier s'il existe un problème de vocabulaire utilisé lors de la délivrance de l'information pouvant interférer dans l'évaluation de la compréhension de cette information.
- 3) Décrire le degré de compréhension subjective qu'ont les patients hospitalisés sous contrainte selon la loi du 05 juillet 2011, du rôle du JLD, après avoir reçu les explications concernant cette audience et avant de s'y rendre.
- 4) Décrire le degré de compréhension subjective, qu'ont les patients hospitalisés sous contrainte selon la loi du 05 juillet 2011, de l'intérêt de l'audience avec le JLD (dans le cadre de la saisine obligatoire prévue avant le 12ème jour d'hospitalisation complète).
- 5) Décrire le degré de compréhension objective, qu'ont les patients hospitalisés sous contrainte selon la loi du 05 juillet 2011, du rôle du JLD, après avoir reçu les explications concernant cette audience et avant de s'y rendre.
- 6) Analyser la concordance entre les réponses aux questions évaluant la compréhension subjective de l'intérêt de l'audience, et les questions évaluant la compréhension objective.
- 7) Analyser la concordance entre les réponses aux questions évaluant la compréhension subjective du rôle du JLD et de ses attributions, et les questions évaluant la compréhension objective.

- 8) Décrire le ressenti des patients vis à vis de cette audience.
- 9) Identifier les facteurs de risque d'une mauvaise compréhension d'après les caractéristiques sociologiques, le mode d'admission, la présentation clinique et le diagnostic.
- 10) Etudier la corrélation entre le niveau d'anxiété et le niveau de compréhension des patients à partir du score de l'échelle d'anxiété de Spielberger et le score aux réponses 13 à 16 (compréhension dite objective) du rôle du JLD.

## II. Matériel et méthode

L'étude COMPAJULI est une étude pilote, observationnelle, prospective, transversale et monocentrique réalisée sur les 9 secteurs de psychiatrie adulte de l'EPSM Lille-Métropole (Lille, Armentières, Tourcoing, Seclin), ce qui représente une file active de 23 034 personnes en 2020 (24).

L'acronyme de l'étude COMPAJULI décrit l'objectif principal et correspond donc à l'évaluation de la **COM**préhension qu'ont les **PA**tients de l'intérêt de l'audience avec le **JU**ge des **LI**bertés et de la détention.

### A. Population concernée

#### 1. Critères d'inclusion

Ont été inclus les patients répondant aux critères suivants :

- Hommes et femmes, âgés de plus de 18 ans
- En soins sous contrainte, c'est-à-dire en soins psychiatriques à la demande d'un tiers avec ou sans urgence (SPDT(U)), soins psychiatriques en péril imminent (SPPI), soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat (SPDRE)
- Comprenant le français
- Acceptant de participer à l'étude

#### 2. Critères de non inclusion

Tous les patients :

- En soins libres
- Entendus par le JLD dans un délai de 6 mois entre la dernière audition et la nouvelle saisine obligatoire
- Auditionnés dans le cadre d'une saisine facultative
- Sous tutelle
- Ne pouvant bénéficier d'une information libre et éclairée
- Femmes enceintes et allaitantes

- S'opposant à la réalisation de l'étude

La période d'inclusion a duré 12 mois. Les inclusions se sont faites entre le 2 juillet 2019 et le 2 juillet 2020. Il y a eu, au total, 944 hospitalisations en soins sous contrainte à l'EPSM Lille-Métropole sur cette période d'inclusion.

En cas de non inclusion, nous avons recueilli les données administratives et la raison de la non inclusion du patient (par exemple, refus du patient).

### **3. Calcul de l'échantillon**

Le nombre de patients à inclure, après information libre et éclairée du patient, se situait entre 50 et 100. En effet, comme nous l'avons souligné en introduction, les précédentes études sur le sujet ont inclus entre 12 et 50 patients. De plus, le nombre d'hospitalisations sous contrainte sur le site de l'EPSM Lille-Métropole est de 30 par mois en moyenne. Leur sélection se fait directement auprès de la cellule des soins sous contrainte de l'EPSM Lille-Métropole, dépendant de la direction hospitalière.

Nous estimions initialement la durée des inclusions dans l'étude à 8 mois, en raison des refus de participation possibles et des non inclusions de patients. La période d'inclusion a finalement été fixée à 12 mois.

## **B. Modalités d'organisation de la recherche**

La méthode d'observation a consisté dans un premier temps à recueillir les renseignements cliniques à partir des dossiers médicaux et des certificats médicaux psychiatriques, puis dans un second temps à réaliser une passation d'un hétéro-questionnaire au patient entre le 8ème et le 10ème jour, plus ou moins un jour après le début de l'hospitalisation (avant l'audience qui a lieu au 12ème jour).

### **1. Déroulement de l'étude**

Le responsable du projet passe un appel téléphonique chaque semaine à la cellule des soins sous contrainte de l'EPSM Lille-Métropole afin de prendre connaissance des patients à inclure. Puis, le responsable appelle le service pour rencontrer le patient concerné, après accord médical et accord du patient. L'entretien est effectué dans l'unité d'hospitalisation. Les patients sont interrogés au cours d'un entretien unique, après avoir donné de nouveau leur accord.

On recueille les renseignements cliniques à partir du dossier médical, toujours avec l'autorisation du patient, et on réalise donc un hétéro-questionnaire d'une vingtaine de minutes.

L'information concernant le consentement du patient pour participer à l'étude COMPAJULI et l'autorisation d'accès à son dossier médical est alors écrite dans ce même dossier par le responsable de projet.

Une notice d'information écrite mentionnant les personnes responsables du projet, les modalités de l'étude et la préservation de l'anonymat est donnée au patient.

## 2. Questionnaire et Outils

### a) Les renseignements cliniques

Les renseignements concernent en premier lieu : le mode d'admission et les données personnelles telles que l'âge, le sexe, la situation familiale, la situation professionnelle, le niveau d'étude, les antécédents psychiatriques dont les antécédents d'hospitalisations (modes, années) et les antécédents judiciaires.

Ces renseignements ont été recueillis à partir des dossiers médicaux des patients et consignés dans le cahier d'observation lors de la passation du questionnaire. Ils sont également anonymisés.

On s'intéresse ensuite à la présentation clinique du patient au moment de son admission, puis à son évolution. Ces informations sont récupérées à partir des certificats médicaux des 24 heures et du certificat d'avis motivé. Nous terminons par le recueil du diagnostic principal de chaque patient.

### b) L'hétéro-questionnaire

Le questionnaire comprendra 22 questions à réponse fermée (**annexe 11**), avec la possibilité d'apporter un commentaire libre en fin de questionnaire. Un questionnaire d'évaluation de l'anxiété avant l'audience avec le JLD est également réalisé.

Les questions portent sur la vérification de la délivrance d'une information et d'une explication concernant l'audience, sur le niveau de compréhension subjective et objective de cette audience et son niveau de ressenti vis-à-vis de l'audience.

Les sujets sont libres de mettre fin à l'entrevue à tout moment de celle-ci, sans avoir à motiver leur décision ni à subir de préjudice de quelque nature que ce soit.

Si le patient le souhaite, il est informé de la possibilité de prendre connaissance des résultats obtenus de l'étude, auprès de l'investigateur principal.

(1) CRITERES D'EVALUATION

(A) CRITERE DE JUGEMENT PRINCIPAL

Le critère de jugement principal consiste à interroger le patient sur sa compréhension de l'intérêt de l'audience avec le JLD, par une question avec une réponse binaire (oui/non).

Les questions 5 à 10 portent sur l'évaluation du degré de compréhension, dite **objective**, de l'intérêt de l'audience par les patients sous contrainte.

Nous considérons le niveau de compréhension en fonction du nombre de bonnes réponses :

0 à 4 = mauvaise compréhension,

5 à 6 = bonne compréhension.

(B) CRITERES DE JUGEMENT SECONDAIRES

La question 1 vérifie la délivrance d'une information concernant le déroulement de l'audience et les attributions du Juge de la détention et des libertés.

La question 3 porte sur l'évaluation du degré de compréhension dite **subjective** du patient, de l'intérêt de l'audience.

Les questions 4 et 12 évaluent la compréhension du vocabulaire utilisé dans le cadre de la délivrance de l'information par le patient concernant l'audience et le rôle du JLD.

La question 11 interroge le niveau de compréhension subjective du patient, concernant le rôle du JLD.

Les questions 13 à 16 évaluent le niveau de compréhension objective du rôle du JLD. Nous considérons le niveau de compréhension en fonction du nombre de bonnes réponses :

0 à 2 = mauvaise compréhension

3 à 4 = bonne compréhension.

Enfin, les questions 17 à 23 s'intéressent au ressenti des patients.

Nous avons ensuite réalisé une analyse comparative des réponses aux questions 5 à 10, portant sur la compréhension dite objective de l'intérêt de l'audience avec le résultat à la question 3, portant sur la compréhension subjective.

De la même façon, nous avons effectué une analyse comparative des réponses aux questions 13 à 16, mesurant la compréhension objective du rôle du JLD avec le résultat à la question 11, qui porte sur la compréhension subjective.

Nous avons également souhaité analyser les facteurs de risque d'une mauvaise compréhension en étudiant les caractéristiques sociologiques, le niveau d'étude, le mode d'admission, les antécédents psychiatriques d'hospitalisation et les antécédents judiciaires, le niveau d'anxiété avant l'audience et la présence d'explications sur l'audience ; et en effectuant la comparaison des réponses au questionnaire selon les différents facteurs.

## (2) ECHELLE D'ANXIETE

L'échelle d'évaluation du niveau d'anxiété que nous avons choisi correspond à l'inventaire anxiété état-trait de Spielberger (pour *State Trate Anxiety Invotory*, forme Y-A). Il s'agit d'un des outils les plus utilisés d'auto-évaluation du niveau anxiété (25,26).

Il se compose de deux parties de 20 items chacune, gradués de 1 à 4. Nous nous concentrons uniquement sur la partie évaluant l'anxiété-état c'est-à-dire l'état émotionnel actuel du sujet en lien avec une situation considérée comme stressante (ici avant l'audience avec le JLD). Cependant, il existe une autre partie dite échelle anxiété-trait (STAI forme Y-B) consacrée à l'analyse de l'état émotionnel habituel du sujet (26).

Il a été mis en évidence que cette échelle d'anxiété-état avait des scores plus élevés en situation de stress et montrait une grande sensibilité au changement et c'est que nous allons chercher à évaluer dans notre étude (25,26).

### **3. Procédure d'éthique**

L'étude COMPAJULI est une étude non interventionnelle, qui ne modifie pas la pratique courante ni la prise en charge des participants, elle ne comporte pas de procédure invasive supplémentaire ou inhabituelle de diagnostic ou de surveillance.

Dans cette étude, il n'y a pas de bénéfice pour les participants. Il n'y a pas non plus de risque, au vu du caractère non interventionnel de la recherche.

Conformément au Code de la Santé Publique, le promoteur a soumis une demande d'avis auprès du Comité de Protection des Personnes (CPP) avant le début de la recherche. Il s'agit d'un organisme chargé d'émettre un avis préalable sur les conditions de validité d'une recherche impliquant la personne humaine, au regard de l'article L. 1123-7 du Code de la Santé Publique.

Le promoteur a adressé une copie et un résumé de la recherche à l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM), une fois l'avis favorable du CPP obtenu.

Les sujets ont reçu une information complète orale et écrite précisant le déroulement de l'étude. Le consentement libre et éclairé du patient a été recherché à chaque fois. Une note d'information leur a été remise avant l'inclusion dans l'étude. Les patients ont reçu des explications sur cette lettre d'information et le professionnel s'est montré disponible pour répondre à toutes leurs questions.

Par ailleurs, les données recueillies étant totalement anonymes, il n'y a pas de déclaration nécessaire à la Commission Nationale Informatique et Liberté (CNIL). Le traitement des données a été réalisé dans les conditions de confidentialité définies par la délibération n° 2016- 262 du 21 juillet 2016 portant modification de la méthodologie de référence pour les traitements de données personnelles opérés dans le cadre des recherches impliquant la personne humaine (MR-003).

## C. Méthode statistique

### 1. Logiciel

L'analyse des données a été réalisée par le statisticien de la F2RSM Psy des Hauts-de-France sous Excel (Microsoft, Redmond, WA) et R et R studio version 4.1.2.

### 2. Analyses statistiques

Une analyse descriptive a été effectuée sur la population étudiée. Dans un premier temps, il y a eu réalisation d'analyses univariées afin de décrire l'ensemble des variables quantitatives par l'intermédiaire des moyennes et écart-types, et l'ensemble des variables qualitatives au moyen d'effectifs et de pourcentages.

Dans un second temps, des analyses bivariées ont été réalisées afin de comparer les patients selon certains critères. Les moyennes sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Student (lorsque les groupes sont supérieurs ou égaux à 30 individus par groupe, que leur distribution suit une loi Normale et que les variances sont égales), ou à l'aide d'un test non paramétrique de Wilcoxon (lorsque les groupes sont inférieurs à 30 individus par groupe, ou lorsque les échantillons ne suivent pas les caractéristiques nécessaires). Les proportions sont comparées à l'aide d'un test paramétrique de Chi 2, ou l'aide d'un test non paramétrique de Fischer (lorsque les effets théoriques sont inférieurs à 5). Les résultats sont significatifs lorsque « p » est inférieur à 0,05.

## III. Résultats

### A. Description de l'échantillon

#### 1. Nombre de patients recrutés

Au total, sur 12 mois d'inclusion, 54 patients répondaient aux critères d'inclusion de notre étude. Cependant, 8 patients n'ont donc pas été inclus du fait d'une impossibilité de réaliser le questionnaire devant des propos délirants ou un refus du patient de finalement participer à l'étude. Il y a donc eu au total, 46 patients inclus à l'étude COMPAJULI.

#### 2. Caractéristiques socio-démographiques

On retrouve une proportion plus importante d'hommes dans notre échantillon (63 % d'hommes contre 37 % de femmes). Les patients inclus sont âgés en moyenne de 43,7 ans (écart-type 14,4). La majorité d'entre eux est célibataire (56,5 %) et ils vivent en logement individuel dans les trois-quarts des cas. Sur le plan professionnel, seul un tiers des patients est actif, ils exercent dans ce cas essentiellement un emploi en milieu ordinaire.

L'ensemble des données socio-démographiques est représenté dans l'**annexe 1**.

#### 3. Antécédents

L'hospitalisation en SPDT en urgence constitue le mode d'hospitalisation le plus répandu avec 45,7 % des cas d'hospitalisation sous contrainte dans notre échantillon. De plus, presque les deux tiers des patients présentent des antécédents psychiatriques ambulatoires ou d'hospitalisation. Par contre, ils sont 54,3 % à déclarer n'avoir aucun antécédent judiciaire. Ces données sont illustrées dans l'**annexe 2**.

#### 4. Préparation à l'audience et délivrance de l'information

Depuis la réforme de la loi en 2013, la présence d'un avocat est obligatoire. Nous retrouvons cette information dans notre échantillon dans 93,5 % des cas, il s'agit alors de la

représentation par un avocat commis d'office. Pour 3 patients, soit l'information n'était pas renseignée soit l'avocat était un avocat privé.

Le médecin et/ou l'infirmier sont les principaux interlocuteurs des patients de notre échantillon pour la délivrance de l'information sur l'audience avec le JLD (respectivement 39,1 % et 32,6 % des cas dans l'**annexe 3**). Cette information est délivrée, dans deux tiers des cas, entre 1 ou 2 fois au patient (au moins 1 fois dans 56,5 % des cas). Les patients concernés sont surtout des patients présentant un diagnostic codé F20 dans la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), correspondant à la schizophrénie, aux troubles schizotypiques et aux troubles délirants.

L'ensemble des données sur les critères de préparation à l'audience, la délivrance de l'information et les diagnostics mis en évidence à partir de la CIM-10 figurent dans l'**annexe 3**.

## **5. Evolution de la symptomatologie clinique**

Dans l'**annexe 5**, on retrouve les différents symptômes présentés par les patients à l'admission (d'après les informations figurant sur le certificat des 24 h) et ceux présents sur le certificat d'avis motivé rédigé dans les huit jours suivants l'admission.

La catégorie des « *autres troubles du comportement* » est la plus représentée à l'admission, ces troubles regroupent l'impulsivité, la prise de toxiques, la dégradation de la voie publique par exemple. Puis viennent, les symptômes délirants, ce qui concorde avec le diagnostic de troubles psychotiques mis en évidence dans l'**annexe 3**. Nous notons que 2 symptômes semblent légèrement plus présents à l'issue de l'hospitalisation, il s'agit du fléchissement de l'humeur et du syndrome dissociatif.

## B. Principaux résultats

Pour rappel, l'objectif principal est d'évaluer la compréhension objective d'un patient de l'intérêt de l'audience par le JLD. Les personnes qui ont bien compris l'intérêt de cette audience, ont également bien répondu au questionnaire.

En s'intéressant aux réponses détaillées des questions 5 à 10 du questionnaire présentes dans l'**annexe 4**, nous constatons que 63 % des participants ne se trompent pas en estimant que le but de l'audience est de vérifier le respect de la loi. Par contre, ils sont 78,3 % à faire erreur en pensant être jugés pour une faute qu'ils ont commise. Seul un tiers des participants sait que l'audience se déroulera à l'hôpital et que la convocation se fera via le juge (respectivement 32,6 % et 30,4 %). Une majorité de participants estiment que le secret médical sera respecté au cours de l'audience, soit 60,9 % d'entre eux. De la même façon, ils sont 80,4 % à avoir connaissance de la possibilité de s'adresser directement au JLD.

## C. Résultats secondaires

### 1. Délivrance de l'information

Dans l'**annexe 4**, une part importante des participants (97,8 %) révèle avoir reçu une information concernant l'audience avec le JLD, elle retombe à 58,7 % des patients dans le cas de la délivrance d'une information concernant le rôle du JLD. Ils sont ensuite environ deux tiers à déclarer avoir bénéficié d'une explication complémentaire sur le déroulement de l'audience et les attributions du JLD.

### 2. Compréhension subjective de l'intérêt de l'audience et du rôle du JLD et identification d'un problème de vocabulaire

Dans l'**annexe 4**, un peu plus de la moitié des participants (respectivement 54,3 % pour l'intérêt de l'audience et 58,7 % pour le rôle du JLD) semble comprendre l'enjeu de cette audience devant le JLD et le rôle du juge, et le vocabulaire utilisé que ce soit pour fournir l'information sur l'intérêt de l'audience ou le rôle spécifique du JLD ne pose pas réellement problème (respectivement 67,4 % et 71,7 % déclarent que le vocabulaire utilisé est facile).

### **3. Compréhension objective du rôle du JLD**

Une minorité des participants (26,1 %) estime, à juste titre, que le juge n'a pas d'influence sur les conditions d'hospitalisation. La plupart des patients a admis que le juge puisse mettre fin à l'hospitalisation si elle ne respecte pas le cadre légal imposé, ou le fait qu'il puisse avoir un avis divergent de celui du médecin. Le score moyen obtenu dans notre échantillon est cependant faible (1,7/3), cela témoigne d'un mauvais niveau de compréhension (objective) du rôle du JLD.

L'influence du passé judiciaire dans la prise de décision du juge est difficile à évaluer dans 39,1 % des cas, car les participants considèrent qu'ils n'ont pas de passé judiciaire. Nous avons donc choisi d'exclure la question 15 de l'analyse, car elle ne concerne pas l'ensemble des patients.

Au total, ils sont au nombre de 41 patients à avoir une mauvaise compréhension du rôle du JLD en obtenant un score compris entre 0 et 2. L'ensemble de ces résultats est reproduit dans l'annexe 4.

### **4. Concordance entre compréhension objective et subjective de l'intérêt de l'audience**

Si on se réfère à l'annexe 6, ils sont plus nombreux (36 %) à avoir une bonne compréhension objective dans le groupe des patients déclarants avoir compris l'intérêt de l'audience (« bonne compréhension subjective ») ; versus 27,8 % des patients dans le groupe des patients déclarant ne pas avoir compris l'intérêt de l'audience (« mauvaise compréhension subjective »). Cela signifie également que plus de la moitié des participants (64 %) qui déclarent avoir compris l'intérêt de l'audience n'ont pas répondu correctement aux questions 5 à 10 du questionnaire et ont donc une mauvaise compréhension objective de l'intérêt de l'audience.

## **5. Concordance entre compréhension objective et subjective de l'intérêt du rôle du JLD**

Dans l'**annexe 7** qui illustre la compréhension du rôle du JLD, ils sont légèrement plus nombreux (11,8 % contre 11,1 %) à avoir une meilleure compréhension objective du rôle du juge dans le groupe de patients se déclarant ne pas avoir compris le rôle du JLD (soit le groupe « mauvaise compréhension subjective ») par rapport au groupe « bonne compréhension subjective ». Cela signifie également qu'environ 90 % des patients se déclarant avoir compris le rôle du JLD (soit le groupe « bonne compréhension subjective ») ont en réalité une mauvaise compréhension objective qui s'illustre par une mauvaise réponse aux questions 13 à 16.

## **6. Evaluation du ressenti des patients**

Comme l'illustre l'**annexe 8**, les patients de notre étude sont essentiellement dans une phase d'espoir avant l'audience avec le JLD (69,5 % des patients dans l'**annexe 4**). Cette donnée est à rapprocher du fait que 41,3 % des participants pensent que le juge va mettre fin à leur hospitalisation (**annexe 4**). Il est intéressant de noter qu'également 41,3 % des patients de l'échantillon n'exprime aucune inquiétude avant l'audience avec le JLD (**annexe 4**). Ainsi, le déroulement de l'audience à l'hôpital représente plutôt une source de soulagement (23,9 % des cas) que d'inquiétude (6,5 % des cas). A ce titre, le score d'anxiété moyen a été calculé à 32,7, ce qui traduit un niveau très faible d'anxiété avant l'audience avec le JLD.

D'autres émotions positives sont associées à l'échéance de cette audience : 56,5 % des participants expriment une confiance en cette audience avec le JLD, et même du soulagement dans 45,7 % des cas à l'**annexe 4**. Nous pouvons noter que la honte ou la colère ne sont pas des émotions éprouvées par la majorité des participants de notre étude, ceci est illustré dans l'**annexe 4** et à l'**annexe 8**.

Ainsi, dans l'**annexe 4**, 60,9 % des patients sont satisfaits de cette possibilité de rencontrer le JLD et cette audience n'impactera pas pour 76,1 % d'entre eux la relation de confiance avec leur médecin. Le délai dans lequel il rencontre le JLD n'a pas d'importance pour plus des deux tiers des participants de l'échantillon.

## **7. Corrélation entre le niveau d'anxiété et le niveau de compréhension des patients**

Il n'y a aucune association statistiquement significative entre le niveau d'anxiété des patients et leur niveau de compréhension objective du rôle du JLD. En effet, le calcul du coefficient de corrélation de Pearson entre ces 2 scores est évalué à  $r = 0,092$ .

## **8. Facteurs de risque d'une mauvaise compréhension**

Des facteurs pouvant expliquer une mauvaise compréhension de l'intérêt de cette audience ont été recherchés, à savoir : l'âge, le sexe, le mode d'hospitalisation, les antécédents d'hospitalisations en psychiatrie, les antécédents judiciaires, le score d'anxiété avant l'audience par le JLD, le niveau d'étude du patient, la personne qui délivre l'information et les explications reçues ou non concernant l'audience avec le JLD.

Les résultats obtenus par l'analyse bivariée (**annexe 9**) nous démontrent que les personnes ayant reçu des explications concernant l'audience avec le JLD ont significativement une meilleure compréhension objective de l'intérêt de l'audience ( $p < 0,05$ ). Il s'agit de la seule variable discriminante entre le groupe des personnes ayant une bonne compréhension objective de l'intérêt de l'audience et celles ayant une mauvaise compréhension objective.

## IV. Discussion

### A. L'interprétation des résultats

#### **1. Interprétation des données socio-démographiques et analyse de la mesure de soins sans consentement**

On fait le constat d'une hausse marquée du recours aux soins sans consentement entre les années 2012 et 2021 ; malgré une atténuation de cette tendance à partir de 2015, et une légère baisse des hospitalisations en 2020, année fortement marquée par la pandémie de Covid-19 (27). Deux ans avant le début de l'inclusion des participants à notre étude, en 2017, 24 % des patients hospitalisés en temps complet en psychiatrie le sont sans leur consentement (28). Ils représentent 26 % des hospitalisations à temps plein en 2021 (27). De plus, en 2017, on constate que les SPDT représentaient la principale modalité d'entrée dans les soins sans consentement dans la région des Hauts-de-France (61,4 % des soins) (29). Les SPDT sont également le principal mode légal d'admission en soins sans consentement au niveau national depuis 2012 (4,27). Ce chiffre est concordant avec nos résultats, puisque l'hospitalisation en SPDT constitue le mode d'hospitalisation le plus fréquemment mis en évidence dans notre échantillon (58,7 % des cas en **annexe 2**).

Les troubles les plus représentés dans notre échantillon sont les troubles schizophréniques ou psychotiques et les troubles de l'humeur (respectivement diagnostics F2 et F3 dans l'**annexe 3**). Cette vulnérabilité se retrouve dans la littérature, où il est mis en évidence que les patients qui présentent ces deux diagnostics sont aussi les plus fréquemment pris en charge en soins sans consentement (4,28,30,31).

Enfin, nous avons mis en évidence dans ce travail que les caractéristiques socio-démographiques de notre échantillon sont conformes à celles de la littérature scientifique relative aux patients hospitalisés en soins sans consentement. Elles mettent en évidence une majorité d'hommes célibataires, âgés d'une quarantaine d'années, vivant seul, inactifs ou touchant les aides sociales (4,10,27,30).

Nous avons émis différentes hypothèses à partir de l'analyse des données socio-démographiques de notre échantillon. Premièrement, les données en lien avec le sexe masculin et le célibat, constatées dans plusieurs études (4,10,11,27), nous laisse supposer que ces deux facteurs représenteraient un facteur de risque d'hospitalisations sans consentement. De la même façon, le fait d'être dans la tranche d'âge débutante des 40 ans pourrait constituer un autre facteur de risque

(10). En effet, l'âge moyen des individus de notre population se situe autour de 43 ans ; or, cet âge moyen est inférieur à celui mis en évidence en psychiatrie dite générale, qui se situe plutôt autour de 47 ans (4,27). Il apparaît néanmoins nécessaire de réaliser des études avec un échantillon plus important, donc de plus grande puissance statistique pour confirmer ces hypothèses.

La majorité des patients de notre échantillon a obtenu au moins un diplôme, et même 45,7 % de notre échantillon a un niveau d'éducation supérieur ou égal au baccalauréat (**annexe 1**). Cette proportion est proche de celle retrouvée dans l'étude de Valmy (6). Pour autant, ce niveau scolaire n'apparaît pas comme un facteur favorisant une bonne compréhension de l'intérêt de l'audience avec le JLD dans notre étude ( $p = 1$  dans l'**annexe 9**).

## 2. Analyse des antécédents et du niveau d'anxiété

Dans notre étude, plus de la moitié des participants a un antécédent psychiatrique de prise en charge ; et l'hospitalisation en SDRE est le mode d'hospitalisation le plus retrouvé dans les antécédents en **annexe 2**. D'autres études sur les patients hospitalisés sans consentement ont fait ce constat (10,12).

Par ailleurs, 45,7 % des sujets de notre échantillon déclaraient avoir des antécédents judiciaires, les données de la littérature sont variables entre 8,33 % pour l'étude de Valmy (10) et 65,6 % dans l'étude de Rossini (12). La présence d'antécédents judiciaires ne favorise pas une meilleure compréhension de l'intérêt de l'audience devant le JLD ( $p = 0,371$  dans l'**annexe 9**). Il est possible que les patients confondent l'audience devant le JLD avec une audience judiciaire. Par ailleurs, nos résultats précisent que les patients comprennent mal le rôle du JLD (score moyen de 1,7 en **annexe 4**), quels que soient leurs antécédents judiciaires.

A l'issue de la présentation de cinq cas cliniques, Valmy a conclu dans un article de 2012 que « *S'il s'avère que cette audience devant le JLD n'entraîne pas de décompensation nette des pathologies, elle reste un facteur de stress supplémentaire et avéré dans l'amélioration clinique* » (6). Nous souhaitons nuancer prudemment ce propos, en rappelant que la passation du questionnaire de Spielberger a permis de mettre en avant un très faible niveau d'anxiété réactionnel à l'audience.

Notre étude ne s'est intéressée qu'à l'échelle d'anxiété-état, mais l'évaluation de l'anxiété chez les patients qui présentent déjà un trouble anxieux sous-jacent (anxiété-trait) semble également pertinente. En effet, même s'il est probable que l'audience devant le JLD n'augmente pas significativement le niveau d'anxiété, chez des personnes souffrant de troubles anxieux. Les patients anxieux chroniques peuvent présenter des troubles cognitifs à type de déficit attentionnel par exemple, susceptibles d'impacter leur compréhension de l'audience (32).

Nous émettons donc l'hypothèse que le fait d'avoir déjà été confronté à une mesure d'hospitalisation sans consentement dans le passé, et donc à une audience avec le juge, peut atténuer le niveau d'anxiété avant la nouvelle échéance. Malheureusement, nous faisons le constat que le fait d'avoir déjà vécu cette audience ne semble pas améliorer sa compréhension à la veille d'une nouvelle audience avec le juge ( $p = 0,607$  dans l'**annexe 9**). Il semble d'autant plus pertinent d'évaluer la nature de l'information transmise sur l'audience devant le JLD, notamment auprès des professionnels délivrant l'information.

### 3. Analyse de la compréhension de l'intérêt de l'audience

Au total, sur les 46 patients inclus dans notre étude, seuls 14 d'entre eux obtiennent un score supérieur ou égale à 5/6. Ce score traduit une bonne compréhension objective de l'intérêt de l'audience dans ce groupe. Le score moyen obtenu dans notre échantillon est de 3,5/6.

Le niveau de compréhension des patients de l'intérêt de l'audience (**annexe 6**) est donc **mauvais** dans notre étude. A titre d'exemple, 64 % estiment avoir compris l'intérêt de cette audience avec le JLD (bonne compréhension subjective). En réalité, ces patients ont une mauvaise compréhension objective de l'intérêt de l'audience. De plus, il ne faut pas oublier que 45,7 % des personnes de notre échantillon sont atteintes de troubles psychotiques. Un trouble qui se définit par une rupture de contact avec la réalité, visible notamment dans le syndrome dissociatif (33,34). L'évaluation par ces patients, des informations contextuelles les concernant, ainsi que l'interprétation de leurs enjeux, semble autant altérées que leur adhésion aux soins. L'impact de cette symptomatologie dans le niveau de compréhension de l'intérêt de l'audience mériterait d'être exploré dans d'autres études à l'avenir.

Dans deux tiers des cas, les patients de notre étude ignorent initialement qui les convoque et où ils seront jugés. En dépit de ce manque de connaissances, les participants sont essentiellement dans une phase d'espoir avant l'audience avec le JLD et sont globalement satisfaits de pouvoir le rencontrer. Ils ne ressentent donc pas d'inquiétude ou d'anxiété (score faible à très faible sur l'échelle de Spielberger). Une explication possible à l'origine de cet optimisme serait qu'ils espèrent que le juge mettra fin à leur hospitalisation (dans 41,3 % des cas en **annexe 4**). Cela apparaît comme un autre marqueur de leur mauvaise compréhension de l'intérêt de l'audience avec le JLD.

Les variables pouvant influencer la compréhension de l'intérêt de l'audience avec le JLD et donc expliquer les différences entre les deux groupes, sont retrouvées dans l'**annexe 9**.

Le constat est clair, une simple explication sur l'intérêt de l'audience éclaire le patient et améliore significativement ( $p = 0,007$  dans l'**annexe 9**) sa compréhension de l'intérêt de l'audience

avec le JLD. Cela ne dépendra donc pas des caractéristiques sociologiques du patient (âge, sexe), ni de son niveau d'étude ou de ses antécédents, ni même de facteurs extérieurs comme la personne qui délivre l'information. Nous précisons qu'il n'existe aucune corrélation entre le niveau de compréhension des patients et le niveau d'anxiété dans notre étude ( $r = 0,092$ ). Le patient qui a reçu une information claire et appropriée, avec les explications nécessaires, comprend donc parfaitement l'enjeu de l'audience devant le JLD ; d'où l'intérêt de savoir quel type d'information est le plus adapté.

## B. Les forces et les limites de l'étude

L'étude COMPAJULI est une étude innovante qui est la première à se pencher sur cette question relative aux soins sans consentement dans les Hauts-de-France.

La taille de notre échantillon représente la principale limite méthodologique de notre travail. En effet, dans cette étude, nous avons inclus un nombre de patients légèrement inférieur à nos prévisions de départ (46 patients au total, pour une estimation entre 50 et 100 patients). Cette limitation s'explique par la crise sanitaire exceptionnelle liée au covid. En effet, il y a eu environ 3 mois sans aucune inclusion de patients à l'étude en 2020. Les services hospitaliers n'ayant pas accepté de recevoir un intervenant extérieur non soignant pendant cette période. Ce faible nombre de patients a pour principale conséquence d'avoir une étude de faible puissance, ce qui limite la fiabilité statistique de nos résultats permettant de les généraliser.

Cette étude reste une étude monocentrique menée sur l'EPSM Lille-Métropole. Notre échantillon n'est donc pas représentatif de l'ensemble de la population étudiée. Il existe ainsi un biais de sélection. Ce biais de sélection limite l'extrapolation des résultats à une plus grande échelle. Le biais de sélection est également induit par le recrutement lui-même puisqu'il ne s'agit pas d'une étude randomisée, mais d'une étude réalisée sur la base du volontariat des patients. De plus, le recrutement est influencé par les critères d'inclusion précédemment définis. Ainsi, des personnes que l'on considère dans l'incapacité de donner un consentement libre et éclairé, comme les personnes maîtrisant mal le français ou celle mise sous tutelle, ont été exclues d'office.

Il existe, par ailleurs, un biais d'information et de mémorisation en raison de la présentation clinique des patients, en particulier celle des sujets atteints de psychose, susceptible de limiter la bonne compréhension des questions de l'évaluateur sur le processus de contrôle des soins sans consentement.

Une autre limite majeure de notre étude est le manque de données validées par la littérature, ce qui nous a conduits à définir par nous-mêmes, les critères et les scores déterminant la bonne

compréhension de l'intérêt de l'audience et du rôle du JLD. Ces scores ne sont pas des références issues de la littérature scientifique. Ils restent subjectifs et donc tout à fait critiquables. En effet, les scores étaient constitués d'un faible nombre d'items, parfois peu discriminants. Cela a rendu certaines analyses statistiques, comme le calcul du coefficient de concordance entre scores de compréhension objective et subjective, peu pertinentes et difficilement interprétables. Il serait probablement intéressant et nécessaire d'augmenter le nombre d'items dans les scores, en plus du nombre de patients à analyser, pour espérer mettre en évidence une concordance.

Enfin, nous faisons la remarque que le seul résultat significatif mis en évidence, à savoir l'existence d'une explication complémentaire de l'information sur la mesure de soins sous contrainte, porte sur un critère de jugement secondaire. On ne peut donc tirer aucune conclusion, mais simplement émettre des hypothèses à partir de l'étude COMPAJULI, qui devront être corroborées par de futures études.

## C. Perspectives

L'étude COMPAJULI est la première étude de cette envergure à avoir été menée dans les Hauts-de-France. Cependant, il faut aller plus loin que cette étude pilote. Il y a un intérêt à réaliser des études multicentriques dont les résultats pourraient être extrapolés à un niveau national. D'autres travaux complémentaires semblent intéressants en questionnant :

- plus spécifiquement la compréhension de l'audience avec le JLD chez des patients présentant un trouble psychotique, trouble le plus fréquent chez les patients pris en charge sans leur consentement,
- plus précisément la nature des explications à délivrer aux patients,
- l'impact des perturbations cognitives chez les patients présentant un trouble anxieux chronique, sur la compréhension de l'audience,
- la différence de compréhension de l'audience avec le JLD entre 2 groupes de patients ayant déjà rencontré ou non le JLD dans le cadre de mesures de soins psychiatriques sans consentement, afin d'évaluer l'efficacité de l'information transmise.

En ce qui concerne l'audience, il serait intéressant que de futures études puissent être menées dans le but d'évaluer, sur la base d'échelles cliniques validées par la littérature, les informations les plus pertinentes à délivrer au patient. Une de nos hypothèses serait, premièrement, de centrer les explications sur la définition des soins sans consentement, de ce qu'est un JLD et de son rôle pendant l'audience. En effet, nous rappelons que le score moyen de compréhension du rôle du JLD dans notre étude est de 1,7/3, traduisant une mauvaise compréhension. Les autres pistes d'amélioration de l'information et du consentement des patients hospitalisés concernent, la

définition du lieu de l'audience au sein d'un établissement de santé (et non d'un tribunal) ou le fait de « *mieux expliquer le passage de la mise sous contrainte aux soins libres* » comme le souligne en commentaire un des participants de l'étude.

Il semble donc pertinent de créer des documents qui délivreraient une information de façon standard au patient, en plus de l'information et des explications transmises oralement. Il existe même des protocoles avec brochures type en Irlande qui pourraient servir de base de travail (36). D'autres études sont nécessaires pour vérifier ces hypothèses et leur application à grande échelle.

Les explications en complément de l'information initiale sur l'audience paraissent donc indispensables. Nous n'avons pas pu émettre d'autres hypothèses en faveur d'une meilleure compréhension de l'intérêt de l'audience dans notre étude, sans doute, en raison de son manque de puissance statistique.

## V. Conclusion

Au cours de son histoire, la psychiatrie n'a pas été présentée comme une discipline centrée sur le soin, mais plutôt sur l'enfermement et la sécurisation (2). Il faut attendre le XX<sup>ème</sup> siècle pour commencer à voir apparaître une approche plus thérapeutique. D'une part, grâce à l'apparition des premiers neuroleptiques dans les années cinquante, et d'autre part, par la diversification des modes de prise en charge comme la sectorisation dans les années soixante (1).

Grâce à la loi du 4 mars 2002, le droit à l'information et le consentement du malade deviennent des droits du patient et non plus simplement des devoirs professionnels. On s'éloigne progressivement de la vision paternaliste qui a longtemps dirigé la pratique du soin en France. Cet ancien modèle était problématique, car il créait ainsi un déséquilibre dans la relation thérapeutique ; puisque selon le principe de bienfaisance, le soignant choisi de réaliser certains actes pour le bien du malade sans que cet acte ne puisse être réellement contesté (2).

De nouvelles approches émergent progressivement, comme celle de l'*empowerment*, notion apparue au XIX<sup>ème</sup> siècle. Il s'agit d'un mouvement d'émancipation dans lequel le sujet cherche à reprendre du pouvoir sur sa propre vie et qui repose sur les trois piliers suivants : choisir, participer, comprendre (35).

Cependant, comme le souligne notre étude, il existe bel et bien un problème de délivrance d'information aux patients et surtout d'explications de cette information sur l'audience avec le JLD dans les soins sans consentement. Cela impacte directement le patient en limitant un de ses droits essentiels, le droit à l'information, sans lequel il ne peut y avoir aucun consentement libre et éclairé aux soins. En 2017, le film documentaire *Douze jours* de Raymond Depardon qui met en scène différentes audiences avec le JLD, illustre parfaitement le désarroi et parfois l'incompréhension des patients face à cette machine juridictionnelle.

Ainsi, par la prise en compte des facteurs socio-démographiques et de la présentation clinique des participants, notre étude COMPAJULI a souhaité porter la lumière sur la nécessité de définir de manière plus approfondie, voire de façon standardisée, les modalités de transmission de l'information médicale aux patients. Les pistes d'amélioration de l'information et du consentement des patients hospitalisés sous contrainte sont liées au contenu des explications à leur délivrer. Dans un objectif, de remise en question fréquente de notre pratique du soin en tant que psychiatre, pour le bien-être du patient et le respect de ses droits fondamentaux.

## VI. Bibliographie

- [8] Aide à la rédaction des certificats et avis médicaux dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement d'une personne majeure à l'issue de la période d'observation de 72 heures [Internet]. Haute Autorité de Santé. 2018 [cité 13 mars 2022]. Disponible sur : [https://www.has-sante.fr/jcms/c\\_2837675/fr/aide-a-la-redaction-des-certificats-et-avis-medicaux-dans-le-cadre-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-d-une-personne-majeure-a-l-issue-de-la-periode-d-observation-de-72-heures](https://www.has-sante.fr/jcms/c_2837675/fr/aide-a-la-redaction-des-certificats-et-avis-medicaux-dans-le-cadre-des-soins-psychiatriques-sans-consentement-d-une-personne-majeure-a-l-issue-de-la-periode-d-observation-de-72-heures)
- [33] Association AP. DSM-5 - Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. Elsevier Masson ; 2015. 1275 p.
- [14] Bernardet P, Douraki T, Vaillant C. Psychiatrie, Droits de l'Homme et défense des usages en Europe. Eres. 2002. (Etudes, Recherches, Actions en Santé Mentale en Europe).
- [9] Bouniard J, Petit MN. Le vécu subjectif des patients hospitalisés sous contrainte [Internet]. studylibfr.com. [cité 14 mars 2022]. Disponible sur : <https://studylibfr.com/doc/4613160/le-vécu-subjectif-des-patients-hospitalisés-sous-contrainte>
- [28] Chiffres clés de l'hospitalisation | Publication ATIH [Internet]. [cité 27 avril 2022]. Disponible sur : <https://www.atih.sante.fr/chiffres-cles-de-l-hospitalisation>
- [17] Circulaire du 18 août 2014 de présentation des dispositions de la loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 et du décret n°2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement - Légifrance [Internet]. [cité 16 mars 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/circulaire/id/38680>.
- [13] Coelho J. Hospitalisations psychiatriques sous contrainte. Les Etudes Hospitalières ; 2006.
- [4] Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. Questions d'économie de la santé. février 2017 ;8.
- [27] Coldefy M. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. Questions d'économie de la santé. juin 2022 ;8.
- [18] Décret n° 2014-897 du 15 août 2014 modifiant la procédure judiciaire de mainlevée et de contrôle des mesures de soins psychiatriques sans consentement. 2014-897 août 15, 2014.
- [35] Deutsch C. L'empowerment en santé mentale. Sciences Actions Sociales. 2015 ;1(1):15-30.
- [3] Devers G. Guide pratique du contrôle des hospitalisations psychiatriques sans consentement par le juge des libertés et de la détention, M. Angelloz-Nicoud, Les Éditions hospitalières, Coll. Pratiques professionnelles (2019), 176 p. - Science Direct.

- [24] EPSM Lille-Métropole (Armentières) en chiffres [Internet]. Etablissements Public de Santé Mentale - Agglomération Lilloise. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.epsm-al.fr/article/lepsm-lille-metropole-armentieres-en-chiffres>.
- [1] Gautier JL. Hospitalisation psychiatrique sous contrainte et droits fondamentaux : La réforme des soins psychiatriques, une menace pour la liberté individuelle ? Les Editions du Menhir; 2012.
- [21] Horn M, Frasca J, Amad A, Vaiva G, Thomas P, Fovet T. Soins psychiatriques sans consentement : une enquête auprès des juges des libertés et de la détention. *L'Encéphale*. 1 déc 2019 ;45(6):522-4.
- [7] Laguerre A, Schürhoff F. Réforme des soins psychiatriques : loi du 5 juillet 2011. Outils pratiques. *L'Encéphale*. 1 avr 2012;38(2):179-84.
- [22] Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge - Légifrance [Internet]. [cité 4 sept 2022]. Disponible sur : <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027996629>.
- [31] Mesu RC, Sauzeau D, Mugnier G, Fournis G, Garré JB, Gohier B. Le devenir des soins psychiatriques sans consentement : suivi à deux mois de 510 cas. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 mars 2018 ;176(3):249-55.
- [36] O'Donoghue B, Lyne J, Hill M, Larkin C, Feeney L, O'Callaghan E. Involuntary admission from the patients' perspective. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. juin 2010;45(6):631-8.
- [23] Panfili JM. Effectivité de l'audition du patient en soins psychiatriques sans consentement par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) : des interrogations persistantes (Cass, civ 1e, 12 octobre 2017, n° 17-18040, Publié au bulletin). *Droit, Déontologie & Soin*. 1 déc 2018;18(4):485-7.
- [2] Pascal JC, Hanon C. Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie. *John Libbey Eurtotext*. (Polémiques).
- [32] Peretti CS. Anxiété et troubles cognitifs - Anxiety and cognitive deficit. *Mise au point*. 2006;9.
- [33] Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. *Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations*. *La Presse Médicale*. 1 nov 2014;43(11):1195-205.
- [25] Poirot I. Méthodes d'évaluation des troubles anxieux (2e partie). *Médecine du Sommeil*. 1 déc 2005;2(6):37-40.
- [20] Rome I. Liberté individuelle et soins sans consentement. Le contrôle systématique du juge instauré par la loi du 5 juillet 2011. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2012;170(10):703-5.

- [15] Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon JL. Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 nov 2014;172(9):766-71.
- [11] Rossini K, Verdoux H. Étude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention. *L'Encéphale*. 1 sept 2015;41(4):332-8.
- [12] Rossini K. Hospitalisation sans consentement selon la loi du 5 juillet 2011: étude du vécu et de la compréhension par les patients de l'audience avec le juge des libertés et de la détention [Thèse d'exercice]. [1971-2013, France]: Université Bordeaux-II; 2013.
- [29] Santé Mentale. 20 ans d'évolution de la psychiatrie dans les Hauts-de-France [Internet]. *Santé Mentale*. 2019 [cité 11 août 2022]. Disponible sur : <https://www.santementale.fr/medias/userfiles/files/psy-hauts-de-france.pdf>.
- [16] Senon JL, Jonas C, Voyer M. Les soins sous contrainte des malades mentaux depuis la loi du 5 juillet 2011 « relative au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ». *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 avr 2012;170(3):211-5.
- [26] Spielberger CD, Bruchon-Schweitzer M, Paulhan I. STAI-Y: Inventaire d'anxiété état-trait forme Y. Paris, France: Éditions du centre de psychologie appliquée, DL 1993; 1993. 68 p.
- [5] Vacheron MN, Laqueille X. L'admission en soins psychiatriques sous contrainte : apports et limites de la loi du 5 juillet 2011. *Laennec*. 1 févr 2012;60(1):10-23.
- [6] Valmy G, Levy C, Barucq E, Riffaud S, Davignon G, Senon JL. Impact psychologique de l'audition devant le Juge des Libertés et de la Détention (JLD) chez des patients hospitalisés suivant les conditions définies par la loi du 5 juillet 2011. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*. 1 déc 2012;170(10):731-7.
- [10] Valmy G. Evolution 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 [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Poitiers; 2013.
- [19] Velpry L, Vidal-Naquet PA, Eyraud B. Contrainte et consentement en santé mentale : Forcer, influencer, coopérer. Presses Universitaires de Rennes; (Le sens social).
- [30] Vidon G, Hardy-Baylé MC, Younès N. Quelle place pour les soins sans consentement en ambulatoire ? À propos de l'enquête IDF sur les programmes de soins. *L'information psychiatrique*. 2015;91(7):602-7.

## VII. Annexes

### 1. Annexe 1 : Données socio-démographiques

	N	46
<b>Données socio-démographiques</b>		
<b>Sexe, n (%)</b>		
	Homme	29 (63.0)
	Femme	17 (37.0)
<b>Age, m (sd)</b>		
		43.7 (14.4)
<b>Activité, n (%)</b>		
	En activité professionnelle	15 (32.6)
	AAH	10 (21.7)
	Etudiant	2 (4.3)
	Homme/Femme au foyer	2 (4.3)
	Licenciement récent	1 (2.2)
	Pension d'invalidité	3 (6.5)
	Recherche d'emploi	7 (15.2)
	Retraité	5 (10.9)
	SDF	1 (2.2)
<b>Milieu d'activité, n (%)</b>		
<i>Chez les 15 individus ayant une activité professionnelle</i>		
	Ordinaire	13 (86.7)
	Protégé	1 (6.7)
	Non renseigné	1 (6.7)
<b>Situation maritale, n (%)</b>		
	Célibataire	26 (56.5)
	En couple	5 (10.9)
	Séparé(e)/Divorcé(e)	14 (30.4)
	Veuf(ve)	1 (2.2)
<b>Lieu de vie, n (%)</b>		
	Logement individuel	35 (76.1)
	Hébergé par la famille ou des amis	8 (17.4)
	Autre : résidence universitaire	1 (2.2)
	SDF	2 (4.3)
<b>Niveau d'étude, n (%)</b>		
	Brevet	4 ( 8.7)
	CAP/BEP	16 (34.8)
	Bac	4 ( 8.7)
	Bac+	17 (37.0)
	Sans diplôme	5 (10.9)

## 2. Annexe 2 : Antécédents psychiatriques et judiciaires

<b>Hospitalisation et antécédents psychiatriques</b>		
<b>Mode légal d'hospitalisation, n (%)</b>		
	SDRE	8 (17.4)
	SPDT classique	6 (13.0)
	SPDT en urgence	21 (45.7)
	SPPI	11 (23.9)
<b>ATCD psychiatriques en ambulatoire, n (%)</b>		
	Oui	28 (60.9)
	Non	18 (39.1)
<b>ATCD d'hospitalisations en psychiatrie, n (%)</b>		
	Oui	32 (69.6)
	Non	14 (30.4)
<b>Nombre d'hospitalisations en SL, n (%)</b>		
<i>Chez les 32 individus ayant un ATCD d'hospitalisation en psychiatrie</i>		
	0	7 (15.2)
	1	5 (10.9)
	2	4 (8.7)
	3	4 (8.7)
	4	4 (8.7)
	5	3 (6.5)
	8	1 (2.2)
	15	1 (2.2)
	23	1 (2.2)
	Non renseigné	2 (4.3)
<b>Nombre d'hospitalisations en SPDT, n (%)</b>		
<i>Chez les 32 individus ayant un ATCD d'hospitalisation en psychiatrie</i>		
	0	15 (32.6)
	1	7 (15.2)
	2	1 (2.2)
	3	3 (6.5)
	5	1 (2.2)
	6	1 (2.2)
	10	2 (4.3)
	Non renseigné	2 (4.3)
<b>Nombre d'hospitalisations en SDRE, n (%)</b>		
<i>Chez les 32 individus ayant un ATCD d'hospitalisation en psychiatrie</i>		
	0	24 (52.2)
	1	3 (6.5)
	2	2 (4.3)
	3	1 (2.2)
	Non renseigné	2 (4.3)

Antécédents judiciaires, n (%)		
	Oui	21 (45.7)
	Non	25 (54.3)

### **3. Annexe 3 : Diagnostic du trouble psychiatrique et critères de préparation à l'audience**

Préparation audience		
<b>Représentation prévue par un avocat commis d'office, n (%)</b>		
	Oui	43 (93.5)
	Non	2 (4.3)
	Non renseigné	1 (2.2)
<b>Personne ayant délivrée l'information concernant le juge, n (%)</b>		
	Avocat	1 (2.2)
	Infirmier	18 (39.1)
	Infirmier + médecin	2 (4.3)
	Interne	1 (2.2)
	Médecin	15 (32.6)
	Soignant	2 (4.3)
	Non renseigné	7 (15.2)
<b>Nombre d'information délivrée, n (%)</b>		
	1	26 (56.5)
	2	7 (15.2)
	3	3 (6.5)
	> 3	5 (10.9)
	Non renseigné	5 (10.9)
<b>DP, n (%)</b>		
	F1	2 (4.3)
	F2	21 (45.7)
	F3	11 (23.9)
	F4	2 (4.3)
	F6	6 (13.0)
	Non renseigné	4 (8.7)

#### 4. Annexe 4 : Questionnaire de connaissances du patient de l'intérêt de l'audience avec le JLD

Questionnaire connaissances patient - l'audience avec le JLD		
<b>Q1) Information sur l'audience avec le JLD, n (%)</b>		
	Oui	45 (97.8)
	Non	1 (2.2)
<b>Q2) Explications reçues sur la rencontre avec le JLD, n (%)</b>		
	Oui	29 (63.0)
	Non	17 (37.0)
<b>Q3) Explications reçues concernant l'intérêt de l'audience, n (%)</b>		
	Compris	25 (54.3)
	Pas compris	18 (39.1)
	Non renseigné	3 ( 6.5)
<b>Q4) Compréhension des mots utilisés pour fournir les explications concernant l'intérêt de l'audience, n (%)</b>		
	Difficiles à comprendre	7 (15.2)
	Faciles à comprendre	31 (67.4)
	Non renseigné	8 (17.4)
<b>Q5) Le but de l'audience est de vérifier le respect de la loi, n (%)</b>		
	<b>Oui</b>	<b>29 (63.0)</b>
	Non	9 (19.6)
	Je ne sais pas	8 (17.4)
<b>Q6) Le but de l'audience est de juger une faute commise, n (%)</b>		
	Oui	8 (17.4)
	<b>Non</b>	<b>36 (78.3)</b>
	Je ne sais pas	2 ( 4.3)
<b>Q7) Qui décide de la convocation au tribunal, n (%)</b>		
	<b>Juge</b>	<b>14 (30.4)</b>
	Médecin	7 (15.2)
	Autre*	9 (19.6)
	Je ne sais pas	16 (34.8)
<b>Q8) Lieu de l'audience, n (%)</b>		
	<b>Hôpital</b>	<b>15 (32.6)</b>
	Tribunal de grande instance	19 (41.3)
	Chez ma psychiatre	1 ( 2.2)
	Je ne sais pas	11 (23.9)
<b>Q9) Respect du secret médical pendant l'audience, n (%)</b>		
	<b>Oui</b>	<b>28 (60.9)</b>
	Non	12 (26.1)
	Je ne sais pas	6 (13.0)
<b>Q10) Possibilité de parler au JLD pendant l'audience, n (%)</b>		
	<b>Oui</b>	<b>37 (80.4)</b>

	Non	6 (13.0)
	Je ne sais pas	3 ( 6.5)
<b>Q11) Compréhension du rôle du JLD, n (%)</b>		
	Compris	27 (58.7)
	Pas compris	17 (37.0)
	Non renseigné	2 (4.3)
<b>Q12) Compréhension des mots utilisés pour fournir les explications concernant le rôle du JLD, n (%)</b>		
	Difficiles à comprendre	3 (6.5)
	Faciles à comprendre	33 (71.7)
	Non renseigné	10 (21.7)
<b>Q13) Fin d'hospitalisation si non respect de la loi, n (%)</b>		
	<b>Oui</b>	<b>36 (78.3)</b>
	Non	3 ( 6.5)
	je n'ai pas d'avis	7 (15.2)
<b>Q14) JLD constamment en accord avec les décisions du médecin, n (%)</b>		
	Oui	12 (26.1)
	<b>Non</b>	<b>28 (60.9)</b>
	je n'ai pas d'avis	6 (13.0)
<b>Q15) La décision du JLD est influencée par les ATCD judiciaires, n (%)</b>		
	je n'ai de passé judiciaire	18 (39.1)
	<b>Non</b>	<b>12 (26.1)</b>
	Oui	16 (34.8)
<b>Q16) Le JLD peut changer les conditions d'hospitalisation, n (%)</b>		
	Oui	27 (58.7)
	<b>Non</b>	<b>12 (26.1)</b>
	je n'ai pas d'avis	7 (15.2)
<b>Niveau de compréhension objective concernant l'intérêt de l'audience, n (%)</b>		
	0	1 (2.2)
	1	6 (13.0)
	2	5 (10.9)
	3	8 (17.4)
	4	12 (26.1)
	5	13 (28.3)
	6	1 (2.2)
<i>Score moyen (sd) = 3.5 (1.5)</i>		
<b>Niveau de compréhension objective concernant le rôle du juge, n (%)</b>		
	0	4 ( 8.7)
	1	13 (28.3)
	2	24 (52.2)
	3	5 (10.9)
<i>Score moyen (sd) = 1.7 (0.8)</i>		
<b>Total score connaissances, n (%)</b>		
	0	0 (0.0)

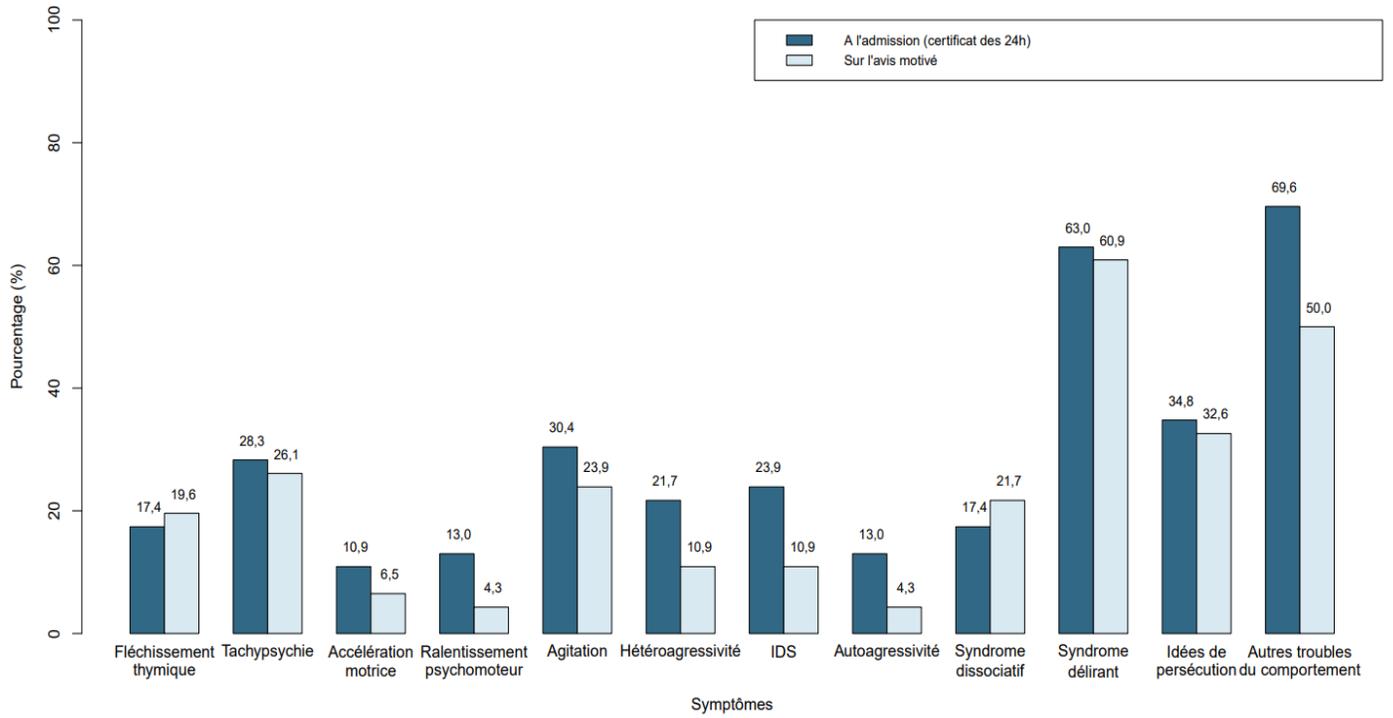
	1	1 (2.2)
	2	5 (10.9)
	3	2 (4.3)
	4	8 (17.4)
	5	6 (13.0)
	6	15 (32.6)
	7	7 (15.2)
	8	1 (2.2)
	9	1 (2.2)
<i>Score moyen (sd) = 5,1 (1,8)</i>		
<b>Q17) Opinion sur les conclusions du JLD, n (%)</b>		
	Maintenir l'hospitalisation	11 (23.9)
	Mettre fin à l'hospitalisation	19 (41.3)
	Ne sait pas	16 (34.8)
<b>Q18) Inquiétude concernant l'audience, n (%)</b>		
	Beaucoup	9 (19.6)
	Moyennement	9 (19.6)
	Pas du tout	19 (41.3)
	Je ne pense pas à l'audience	9 (19.6)
<b>Q18) Soulagement concernant l'audience, n (%)</b>		
	Beaucoup	9 (19.6)
	Moyennement	12 (26.1)
	Pas du tout	16 (34.8)
	Je ne pense pas à l'audience	9 (19.6)
<b>Q18) Culpabilité concernant l'audience, n (%)</b>		
	Beaucoup	3 ( 6.5)
	Moyennement	10 (21.7)
	Pas du tout	24 (52.2)
	Je ne pense pas à l'audience	9 (19.6)
<b>Q18) Confiance concernant l'audience, n (%)</b>		
	Beaucoup	11 (23.9)
	Moyennement	15 (32.6)
	Pas du tout	11 (23.9)
	Je ne pense pas à l'audience	9 (19.6)
<b>Q18) Honte concernant l'audience, n (%)</b>		
	Beaucoup	5 (10.9)
	Moyennement	4 ( 8.7)
	Pas du tout	28 (60.9)
	Je ne pense pas à l'audience	9 (19.6)
<b>Q18) Espoir concernant l'audience, n (%)</b>		
	Beaucoup	18 (39.1)
	Moyennement	14 (30.4)
	Pas du tout	5 (10.9)
	Je ne pense pas à l'audience	9 (19.6)

<b>Q18) Colère concernant l'audience, n (%)</b>		
	Beaucoup	3 ( 6.5)
	Moyennement	1 ( 2.2)
	Pas du tout	33 (71.7)
	Je ne pense pas à l'audience	9 (19.6)
<b>Q19) Satisfaction à l'idée de rencontrer le JLD, n (%)</b>		
	Oui	28 (60.9)
	Non	12 (26.1)
	Je n'ai pas d'avis	6 (13.0)
<b>Q20) Etre entendu par le JLD, n (%)</b>		
	Augmente votre confiance en votre médecin	5 (10.9)
	Diminue votre confiance en votre médecin	5 (10.9)
	Ne change rien	35 (76.1)
	Non renseigné	1 ( 2.2)
<b>Q21) Le moment de la rencontre avec le JLD a lieu, n (%)*</b>		
	Trop tard	10 (21.7)
	Trop tôt	2 ( 4.3)
	Je n'ai pas d'avis	33 (71.7)
	Non renseigné	1 ( 2.2)
<b>Q22) L'audience à l'hôpital est, n (%)</b>		
	Source d'inquiétudes	3 ( 6.5)
	Source de soulagement	11 (23.9)
<b>Score anxiété, m (sd)</b>		32.7 (12.4)
<b>Niveau d'anxiété, n (%)</b>		
	Très élevée (> 65)	2 ( 4.3)
	Elevé (Entre 56 et 65 inclus)	1 ( 2.2)
	Moyen (Entre 46 et 55 inclus)	1 ( 2.2)
	Faible (Entre 36 et 45 inclus)	9 (19.6)
	Très faible (≤ 35)	33 (71.7)

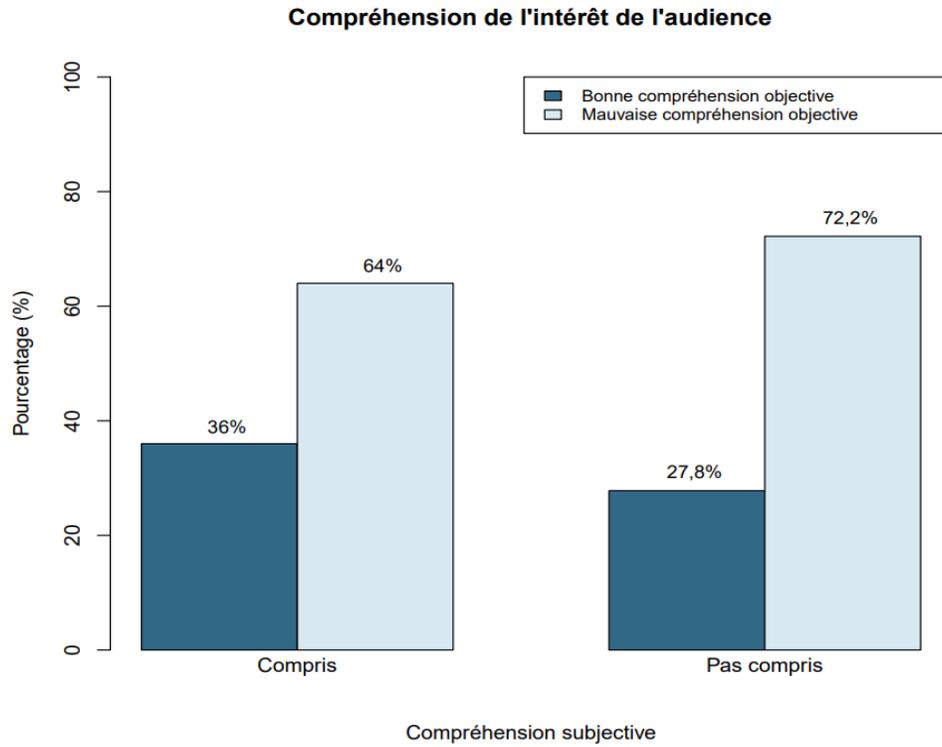
Remarque les bonnes réponses au questionnaire sont en gras et en rouge

## 5. Annexe 5 : Les symptômes cliniques retrouvés sur les certificats médicaux

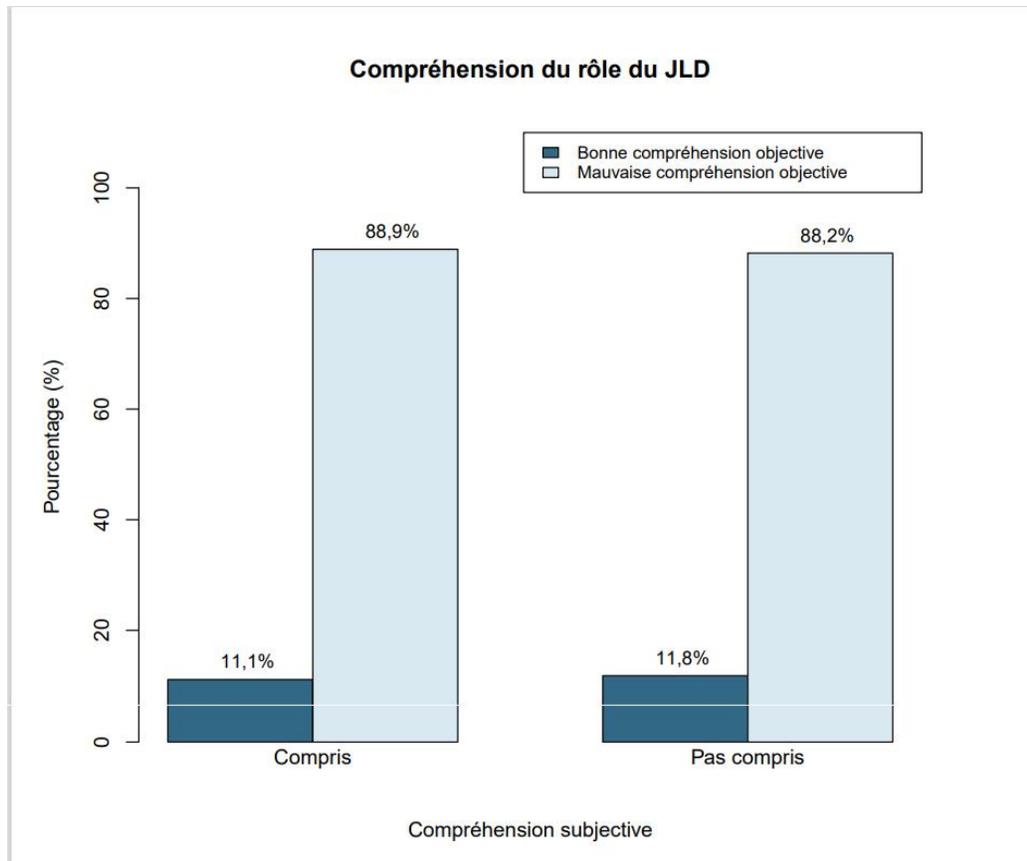
Types de symptômes psychiatriques retrouvés chez les patients interrogés



## 6. Annexe 6 : Compréhension interindividuelle de l'intérêt de l'audience

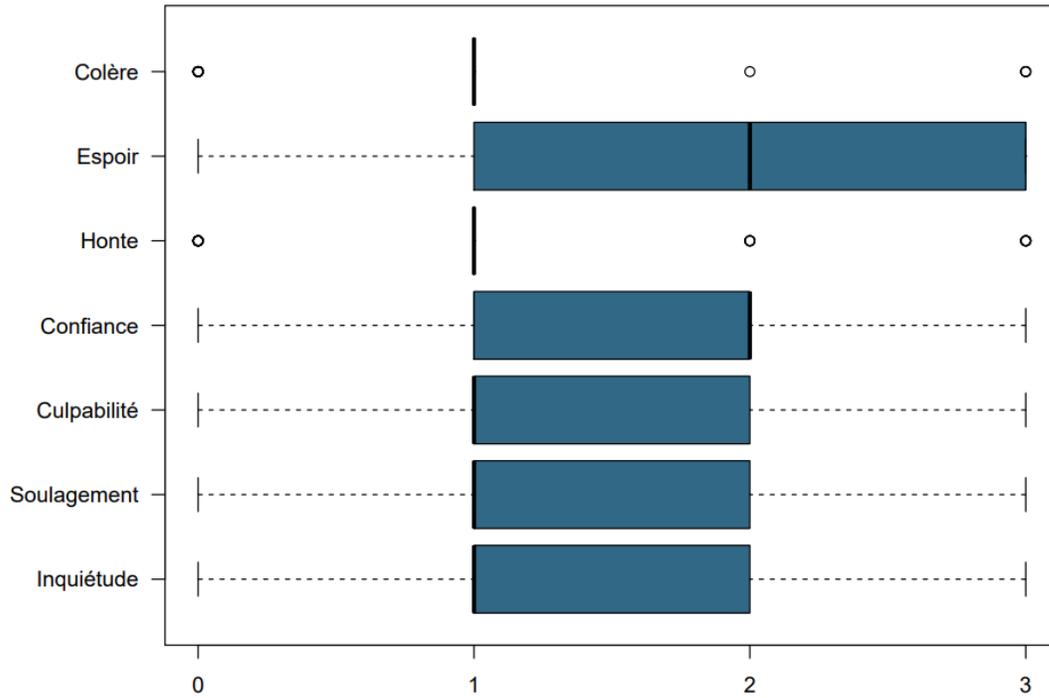


## 7. Annexe 7 : Compréhension interindividuelle du rôle du JLD



### 8. Annexe 8 : Les émotions ressenties par le patient avant l'audience avec le JLD

Emotions ressenties par le patient en prévision de l'audience avec le JLD



## 9. Annexe 9 : Les facteurs de risque d'une mauvaise compréhension

	Bonne compréhension objective de l'intérêt de l'audience (N =14)	Mauvaise compréhension objective de l'intérêt de l'audience (N = 32)	<i>p</i>
Compréhension subjective de l'intérêt de l'audience, n (%)	9 (64.3)	16 (55.2)	0.570
Age, m (sd)	44.4 (13.4)	43.3 (15.1)	0.685
Sexe, n (%)			0.908
Homme	9 (64.3)	20 (62.5)	
Femme	5 (35.7)	12 (37.5)	
Mode légal d'hospitalisation, n (%)			0.539
SDRE	1 (7.1)	7 (21.9)	
SPDT classique	1 (7.1)	5 (15.6)	
SPDT en urgence	8 (57.1)	13 (40.6)	
SPPI	4 (28.6)	7 (21.9)	
Antécédents d'hospitalisation en psychiatrie, n (%)	9 (64.3)	23 (71.9)	0.607
Antécédents judiciaires, n (%)	5 (35.7)	16 (50.0)	0.371
Score anxiété, m (sd)	34.4 (14.5)	32 (11.6)	0.711
Niveau d'étude, n (%)			1
Bac et Bac+	7 (50.0)	14 (43.8)	
Brevet / CAP / BEP	6 (42.9)	14 (43.8)	
Sans diplôme	1 (7.1)	4 (12.5)	
Personne qui délivre l'information, n (%)			0.281
Infirmier	4 (36.4)	15 (60.0)	
Médecin	7 (63.6)	10 (40.0)	
Explications reçues concernant l'audience avec le JLD, n (%)			0.007*
Oui	13 (92.9)	16 (50.0)	
Non	1 (7.1)	16 (50.0)	

\*Résultats significatifs

## 10. Annexe 10 : Cahier d'observation et questionnaires

### I - Première partie : RENSEIGNEMENTS sur dossier d'après les données des certificats

#### 1) Mode d'hospitalisation :

- SDT classique
- SDT Urgence
- SPPI
- SDRE

#### 2) Age :

#### 3) Sexe :

- F
- M

#### 4) Activité professionnelle :

- Oui
- Non

**Si oui :**       Milieu Ordinaire       Milieu Protégé

**Si non :**    Recherche d'emploi    Étudiant    Homme / Femme au foyer    Retraité(e)    AAH

#### 5) Situation maritale :

- Célibataire
- En couple

- Séparé, divorcé
- Veuf/Veuve

**6) Lieu de vie :**

- Logement individuel
- Hébergé(e) par de la famille ou des amis
- Sans domicile Fixe
- Vit en foyer/institution/famille d'accueil
- Autre

**7) Niveau d'étude :**

- Sans diplôme
- Brevet des collèges
- CAP/BEP (autres diplômes techniques)
- Bac (général, pro et technologique)
- Bac+
- Autre

**8) Antécédents de suivi psychiatrique ambulatoire :**

- Oui
- Non

**9) Antécédents d'hospitalisations (après septembre 2011):**

- Oui
- Non

**Si oui** (préciser le nombre d'hospitalisations, dans la case correspondante et l'année) :

- ....SL
- ....SDT
- ....SDRE

**10) Antécédents judiciaires :**

- Oui
- Non (si possible préciser) :

**11) Représentation prévue par un avocat commis d'office :**

- Oui
- Non

**12) Qui a délivré l'information concernant le juge : .....****13) Nombre de fois où l'information a dû être expliquée au patient : .....****Tableau clinique à l'admission et évolution :**

Types de Symptôme	Présents à l'admission (d'après le certificat de 24h)	Présents d'après le certificat d'avis motivé
Fléchissement thymique	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Tachypsychie, exaltation, logorrhée, discours précipité, coq à l'âne, diffluence verbale	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Accélération motrice	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Ralentissement psychomoteur	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Agitation, tension interne,	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Hétéroagressivité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Idées suicidaires	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autoagressivité	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Syndrome dissociatif	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Syndrome délirant <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Idées de persécution	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
Autres troubles du comportement	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non

**Diagnostic psychiatrique principal :**

<b>Diagnostic psychiatrique principal</b>	<b>Diagnostic 1 (précision sur le diagnostic le cas échéant)</b>	<b>Diagnostic 2 (précision sur le diagnostic le cas échéant)</b>	<b>Diagnostic 3 (précision sur le diagnostic le cas échéant)</b>
<input type="checkbox"/> F1 : Troubles mentaux et du comportement liés à l'utilisation de substances psycho-actives			
<input type="checkbox"/> F2 : Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants			
<input type="checkbox"/> F3 : Troubles de l'humeur (affectifs)			
<input type="checkbox"/> F4 : Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes			
<input type="checkbox"/> F5 : Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques			
<input type="checkbox"/> F6 : Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte			
<input type="checkbox"/> F7 : Retard mental			

**Inclusion :**

oui  non

**Si non inclusion, motif :**

refus  impossibilité à consentir  réalisation du questionnaire impossible

**II- Deuxième partie : QUESTIONNAIRE au patient****Partie 1 : vérification de la délivrance d'une information concernant l'audience et d'une explication**

**1) Avez-vous été informé de votre rencontre avec le juge des libertés et de la détention ?**

oui

non

**2) Avez-vous reçu des explications concernant cette rencontre avec le juge ?**

oui

non

**Partie 2 : concernant l'audience**

**3) Concernant les explications sur l'intérêt de l'audience données vous avez :**

1-  pas compris

2-  compris

**4) les mots utilisés pour vous donner ces explications (concernant l'intérêt de l'audience), étaient :**

1-  difficiles à comprendre.

2-  faciles à comprendre

**5) Pensez-vous que l'audience avec le juge servira à vérifier le respect de la loi ?**

oui

non

je ne sais pas

réponse correcte : oui (1point)

**6) Pensez-vous que vous allez être jugé pour une faute que vous avez commise ?**

- oui
- non
- je ne sais pas

réponse correcte : non (1 point)

**7) D'après vous qui a décidé de vous convoquer au tribunal ?**

- le juge
- Le médecin
- autre : .....
- Je ne sais pas

réponse correcte : le juge (1 point)

**8) D'après vous, où se déroulera l'audience ?**

- Tribunal de grande Instance
- A l'hôpital
- Par l'intermédiaire d'une visio-conférence
- je ne sais pas

réponse correcte : à l'hôpital (1 point)

**9) Pensez-vous que le secret médical va être respecté ?**

- oui
- non
- je ne sais pas

réponse correcte : oui (1 point)

**10) Pensez-vous que si vous le souhaitez vous pourrez parler avec le juge lors de l'audience ?**

- oui
- non
- je ne sais pas

réponse correcte : oui (1 point)

### **Partie 3 : Concernant le rôle du Juge et ses attributions :**

**11) Concernant les explications sur le rôle du Juge des libertés et de la détention données vous avez :**

- 1- pas compris
- 2- compris

**12) les mots utilisés pour vous donner ces explications(concernant le rôle du juge), étaient :**

- 1- difficiles à comprendre.
- 2- faciles à comprendre

**13) Pensez-vous que si votre hospitalisation ne respecte pas la loi le juge pourra y mettre fin ?**

- oui
- non
- je n'ai pas d'avis

réponse correcte : oui (1 point)

**14) Pensez-vous que le juge est toujours d'accord avec les décisions des médecins ?**

- oui
- non
- je n'ai pas d'avis

réponse correcte : non (1 point)

**15) Pensez-vous que la décision du juge sera influencée par votre passé judiciaire :**

- oui
- non
- je n'ai pas de passé judiciaire

réponse correcte : non (1 point)

**16) Pensez-vous que le juge puisse faire changer les conditions actuelles de votre hospitalisation ? (par exemple : droit aux visites, permission de sortie, contentions, prise du traitement, horaires d'accès au téléphone etc)**

- oui
- non
- je n'ai pas d'avis

réponse correcte : non (1 point)

**Partie 4 : ressenti du patient et avis****17) Pensez-vous que le juge :**

- va mettre fin à votre hospitalisation si oui pourquoi ?
- va maintenir votre hospitalisation si oui pourquoi ?
- vous ne savez pas**

**18) Lorsque vous imaginez l'audience ressentez-vous :**

	Pas du tout	Moyennement	Beaucoup	Je ne pense pas à l'audience
de l' <b>inquiétude</b> du <b>soulagement</b>				
de la <b>culpabilité</b> (ou le sentiment d'avoir commis une faute)				
de la <b>confiance</b> de la <b>honte</b>				

de l'espoir				
de la colère				

**19) Êtes-vous satisfait de cette possibilité de rencontrer le juge ?**

- oui
- non
- je n'ai pas d'avis

**20) Vous allez être entendu par le juge. Cela :**

- augmente votre confiance en votre médecin
- diminue votre confiance en votre médecin
- ne change rien concernant la confiance que vous avez en votre médecin

**21) Vous allez rencontrer le juge entre le 8ème et le 12ème jour de votre hospitalisation. Cela vous semble-t-il :**

- trop tôt
- trop tard
- je n'ai pas d'avis

L'audience se déroulera dans une salle d'audience à l'hôpital.

**22) Pour vous, Est-ce source :**

- D'inquiétude	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non
- De soulagement	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> non

**23) évaluation de l'état anxieux actuel (cf échelle anxiété ci joint) :**

**QUESTIONNAIRE D'AUTO-EVALUATION de C. D. SPIELBERGER et AL.**  
**Inventaire d'Anxiété Etat-Trait / Forme Y-A**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Age : \_\_\_\_\_ Sexe : \_\_\_\_\_

Date de passation : \_\_\_\_\_

E	T

Consignes : Un certain nombre de phrases que l'on utilise pour se décrire sont données ci-dessous. Lisez chaque phrase, puis entourez, parmi les 4 points à droite, celui qui correspond le mieux à ce que vous ressentez A L'INSTANT, JUSTE EN CE MOMENT. Il n'y a pas de bonnes ni de mauvaises réponses. Ne passez pas trop de temps sur l'une ou l'autre de ces propositions et indiquez la réponse qui décrit le mieux vos sentiments ACTUELS.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1. Je me sens calme .....	•	•	•	•
2. Je me sens en sécurité, sans inquiétude, en sûreté .....	•	•	•	•
3. Je suis tendu(e), crispé(e) .....	•	•	•	•
4. Je me sens surmené(e) .....	•	•	•	•
5. Je me sens tranquille, bien dans ma peau .....	•	•	•	•
6. Je me sens ému(e), bouleversé(e), contrarié(e) .....	•	•	•	•
7. L'idée de malheurs éventuels me tracasse en ce moment .....	•	•	•	•
8. Je me sens content(e) .....	•	•	•	•
9. Je me sens effrayé(e) .....	•	•	•	•
10. Je me sens à mon aise (je me sens bien) .....	•	•	•	•
11. Je sens que j'ai confiance en moi .....	•	•	•	•
12. Je me sens nerveux (nerveuse), irritable .....	•	•	•	•
13. J'ai la frousse, la trouille (j'ai peur) .....	•	•	•	•
14. Je me sens indécis(e) .....	•	•	•	•
15. Je suis décontracté(e), détendu(e) .....	•	•	•	•
16. Je suis satisfait(e) .....	•	•	•	•
17. Je suis inquiet, soucieux (inquiète, soucieuse) .....	•	•	•	•
18. Je ne sais plus où j'en suis, je me sens déconcerté(e), dérouteré(e) .....	•	•	•	•
19. Je me sens solide, posé(e), pondéré(e), réfléchi(e) .....	•	•	•	•
20. Je me sens de bonne humeur, aimable .....	•	•	•	•

## CORRIGE

Inventaire d'Anxiété Etat-Trait  
Forme Y-A

Assurez-vous d'être bien sur la page correspondant à ce corrigé. Ensuite, comptez simplement les points correspondant au cercle fait par le sujet sur la Feuille de réponses. Reportez le total dans les cases appropriées sur la Feuille de réponses. Référez-vous au manuel pour les données normatives.

	Non	Plutôt non	Plutôt oui	Oui
1.....	4	3	2	1
2.....	4	3	2	1
3.....	1	2	3	4
4.....	1	2	3	4
5.....	4	3	2	1
6.....	1	2	3	4
7.....	1	2	3	4
8.....	4	3	2	1
9.....	1	2	3	4
10.....	4	3	2	1
11.....	4	3	2	1
12.....	1	2	3	4
13.....	1	2	3	4
14.....	1	2	3	4
15.....	4	3	2	1
16.....	4	3	2	1
17.....	1	2	3	4
18.....	1	2	3	4
19.....	4	3	2	1
20.....	4	3	2	1



## **11. Annexe 11 : lettre d'information**

Vous êtes invité(e) à participer à un projet de recherche. Le présent document vous renseigne sur les modalités de ce projet de recherche. S'il y a des mots ou des paragraphes que vous ne comprenez pas, n'hésitez pas à poser des questions. Pour participer à ce projet de recherche, vous devrez signer le consentement à la fin de ce document et nous vous en remettrons une copie signée et datée.

**Il s'agit d'évaluer votre compréhension de l'intérêt de l'audience par le juge des libertés et de la détention (JLD) qui va avoir lieu dans le cadre de votre hospitalisation sous contrainte.**

### **Personnes responsables du projet**

MARTINAGE Tiphaine, interne en psychiatrie, dans le cadre d'un travail de mémoire pour l'obtention du DES de psychiatrie.

Le projet est dirigé par le Docteur Claire-Lise CHARREL, Praticien Hospitalier à l'EPSM d'Armentières et le Docteur Emilie DUMEIGE, Praticien Hospitalier au CH de Saint Amand les Eaux.

Votre participation sera requise pour une rencontre d'environ 20 minutes. Cette rencontre aura lieu dans le service où vous êtes actuellement hospitalisé.

Durant l'entrevue vous aurez à répondre à un questionnaire se rapportant à vos impressions et votre compréhension de l'audience avec le juge.

Les renseignements sont anonymes, c'est-à-dire que votre nom n'est pas inscrit sur les feuilles, et les renseignements obtenus grâce aux certificats médicaux ne pourront pas être reliés à vous.

Vos réponses restent confidentielles, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas transmises à d'autres personnes.

Il est entendu que votre participation à ce projet de recherche est tout à fait volontaire et que vous restez libre, à tout moment, de mettre fin à l'entrevue sans avoir à motiver votre décision.

Nous vous remercions par avance du temps que vous voudrez bien consacrer à cette étude et de l'aide que vous nous apportez en répondant.

Merci de nous préciser si vous acceptez de participer à cette étude.

### **Résultats de la recherche et publication :**

Si vous le souhaitez vous serez informé des résultats de la recherche et des publications qui en découleront.

### **Surveillance des aspects éthiques**

Le Comité de Protection des Personnes a approuvé ce projet de recherche. De plus, il approuvera au préalable toute révision et toute modification apportée au formulaire d'information et de consentement, ainsi qu'au protocole de recherche.

Si vous avez des questions concernant ce projet, vous pouvez recontacter le Dr Charrel, Dr Dumeige ou Mme Martinage au 03 20 44 10 34