



UNIVERSITÉ DE LILLE
FACULTÉ DE MÉDECINE HENRI WAREMBOURG
2023

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE

Vécu du psychiatre pendant un soin sans consentement : une étude qualitative auprès de professionnels exerçant en métropole lilloise

Présentée et soutenue publiquement le 7 avril 2023 à 17h
au Pôle Formation
par **Pauline LOUSTEAU**

JURY

Président :

Monsieur le Professeur *Guillaume VAIVA*

Assesseurs :

Monsieur le Professeur *Olivier COTTENCIN*

Monsieur le Professeur *Ali AMAD*

Directeur de thèse :

Madame le Docteur *Marion HENDRICKX*

Avec la collaboration de la F2RSM

Avertissement

La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses :

celles-ci sont propres à leurs auteurs

Liste des abréviations

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

CGLPL : Contrôleur général des lieux de privation de liberté

CHU : Centre hospitalier universitaire

CMP : Centre médico-psychologique

CSP : Code de la santé publique

CTO : Community treatment order

DES : Diplôme d'études spécialisées

DSM : Diagnostic statistical manual

EPSM : Etablissement public de santé mentale

ESPIC : Etablissement de santé privé d'intérêt collectif

HAS : Haute autorité de santé

HO : Hospitalisation d'office

IDE : Infirmier.e diplômé.e d'Etat

JLD : Juge des libertés et de la détention

QPC : Question prioritaire de constitutionnalité

PDS : Programme de soin

SDRE : Soins à la demande d'un représentant de l'Etat

SPDT : Soins psychiatriques à la demande d'un tiers

SPI : Soins en cas de péril imminent

SPIP: Service pénitentiaire d'insertion et de probation

SSC : Soins sans consentement

Table des matières

1	Resumé.....	10
2	Introduction.....	11
2.1	Soins sans consentement.....	11
2.1.1	Législation.....	11
2.1.1.1	Loi du 30 juin 1838	11
2.1.1.2	Loi du 27 juin 1990.....	12
2.1.1.3	Loi du 5 juillet 2011.....	13
2.1.1.4	Loi du 26 janvier 2016.....	13
2.1.1.5	Loi du 22 janvier 2022.....	14
2.1.2	Epidémiologie.....	15
2.1.3	Utilité thérapeutique.....	16
2.1.4	Recommandations de bonnes pratiques et perspectives.....	17
2.2	Du côté des soignants.....	19
3	Matériel et méthodes.....	21
3.1	Objectif.....	21
3.2	Type d'étude	21
3.3	Population, recrutement.....	21
3.4	Entretiens : guide, recueil de données.....	22
3.5	Analyse des données.....	23
3.6	Cadre légal et éthique.....	23
4	Résultats.....	23
4.1	Description de l'échantillon.....	23
4.2	Cinq mots.....	24
4.3	Emotions.....	26
4.3.1	Vécu :	26
4.3.1.1	Impasse.....	26
4.3.1.2	Pensée opératoire, stress & manifestations somatiques.....	27
4.3.2	Pesanteur.....	29
4.3.3	Tempête.....	31
4.3.3.1	Violence de l'acte.....	31
4.3.3.2	Peur d'être blessé.....	33
4.3.3.3	Posture du soignant.....	34
4.3.4	Atmosphère.....	36
4.3.4.1	Empathie.....	36
4.3.4.2	L'alliance en jeu.....	37
4.3.4.3	Des émotions à soi	39
4.4	Complexité	41
4.4.1	La décision.....	41
4.4.1.1	Processus.....	41
4.4.1.2	Contraintes externes.....	46
4.4.2	Complexité.....	46
4.5	Relation médecin-patient.....	51
4.5.1	Alliance & soin.....	51
4.5.2	Alliance & profil de patients.....	53
4.6	Coordonnées	57
4.6.1	Temporalité.....	57
4.6.1.1	Histoire naturelle	57
4.6.1.2	Evolution des pratiques.....	59

4.6.2 Espace.....	61
4.7 Loi et soin sans consentement.....	65
4.7.1 Responsabilité.....	65
4.7.2 Législation.....	66
4.7.3 Soins sans consentement	68
4.8 Exercice de la psychiatrie	70
4.8.1 Equipe, institution	70
4.8.2 Public / Privé.....	72
4.9 Ouverture.....	74
4.9.1 Formation	74
4.9.2 Société.....	76
5 Discussion.....	77
5.1 Limites et forces de l'étude.....	77
5.2 Discussion.....	78
5.2.1 A la demande de qui ?.....	78
5.2.2 Dilemme.....	79
5.2.3 Permanence de l'incertitude.....	83
5.2.4 Positionnement du médecin au sein de l'équipe.....	84
5.2.5 Quel rôle pour le psychiatre ?	85
6 Conclusion.....	88
7 Bibliographie.....	89
8 Annexes.....	94

1 Résumé

Introduction : Les mesures de soins sans consentement ont accompagné la psychiatrie tout au long de son développement. Alors que les recommandations internationales incitent à leur moindre utilisation, voir à leur suppression, elles semblent difficiles à extraire complètement de l'exercice. Elles viennent interroger le professionnel qui y a recours sur sa vision du soin, la place qu'il s'octroie et à laquelle la société le met. Pour mieux comprendre, nous avons interrogé dix psychiatres de la métropole lilloise, notre objectif étant d'explorer leur vécu pendant un soin sans consentement.

Méthodes : Une étude qualitative a été réalisée entre avril 2022 et janvier 2023, les participants ont été recrutés par échantillonnage raisonné et le recueil des données a eu lieu lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Les résultats ont été obtenus par analyse thématique inductive.

Résultats : Les praticiens décrivent pendant la mesure un sentiment d'impasse, un état d'hypervigilance avec une pensée opératoire, une sensation de charge psychique et des émotions principalement à valence négative (frustration, tristesse, culpabilité, peur). Ils décrivent une violence inhérente à la pratique qui se situe à trois endroits : celle qui vient du patient, celle qui est infligée par le soignant et la nécessité de contenir cette violence et de la transformer. Le processus de décision fait intervenir une vision conséquentialiste du choix ainsi que l'intuition du praticien qui s'appuie sur l'alliance avec le patient entre confiance et inquiétude, ses expériences, son savoir et les normes dans lesquelles il évolue. Il y a le sentiment d'être au coeur d'un dilemme moral du fait de la complexité de l'évaluation et de la présence d'injonctions paradoxales. Le travail d'équipe permet de soulager en partie ce malaise mais le psychiatre reste seul décisionnaire, la responsabilité engagée étant la sienne.

Conclusion : Il nous paraît intéressant d'adresser plus frontalement les questions éthiques qui surviennent au cours de la pratique, de maintenir et favoriser les espaces institutionnels de discussion et de développer une culture de la prévention de la violence. L'amélioration des conditions de travail et la diversification des alternatives permettent aux soignants de trouver plus de sens à leur exercice.

2 Introduction

Des lettres de cachet aux certificats de Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT), des chaînes en fer aux liens de cuir, les soins sans consentement (SSC) – ou plus familièrement *sous contrainte* - précèdent et accompagnent le développement de la psychiatrie. Ils occupent une place centrale dans l'imaginaire collectif lié à la folie, qu'en est-il de celui du soignant ? A l'international, il y a une volonté de restreindre ces pratiques et une mise en avant des droits des patients hospitalisés. En pratique, ils restent encore largement utilisés. L'expérience des patients et des infirmiers apparaît principalement dans la littérature scientifique, nous allons nous intéresser ici au vécu du médecin décisionnaire de la mesure.

Par soins sans consentement, nous entendons ici privation de liberté : hospitalisation en services fermés, programme de soin, isolement, contention et traitement médicamenteux pris sous contrainte.

2.1 Soins sans consentement

2.1.1 Législation

2.1.1.1 Loi du 30 juin 1838

Pendant et suite à la Révolution(1), l'idée que le *fou* puisse être considéré comme *malade* prend de l'ampleur, en particulier sous l'influence des soignants Philippe Pinel (1745-1826) et Jean Etienne Esquirol (1772-1840). La loi sur l'internement des aliénés est adoptée en 1838 : des établissements sont créés dans chaque département pour accueillir et soigner les malades mentaux. Elle a été pensée dans un souci de préservation de l'ordre social

mais également de protection de la liberté individuelle des malades. La folie a désormais un cadre légal qui lui est propre, sous l'autorité des pouvoirs administratifs et médicaux.

Les hospitalisations sans consentement ont alors lieu(2) :

- En **placement volontaire**, demandé par un tiers qui doit comporter : une demande d'admission, une pièce d'identité de la personne malade, un certificat médical daté de moins de 15 jours établi par un médecin ne travaillant pas dans l'établissement et étranger à la famille.

Le médecin de l'établissement rédige dans les 24h suivant le placement un certificat attestant des troubles mentaux qu'il adresse au préfet. Ce dernier notifie le placement au procureur du Roi de l'arrondissement du domicile de la personne placée et au procureur du Roi de l'arrondissement de l'établissement.

- En **placement provisoire** : sur demande du préfet s'il y a une atteinte de l'ordre public ou de la sécurité des personnes

Les établissements étaient visités régulièrement par les autorités afin d'y contrôler l'application de la loi.

2.1.1.2 Loi du 27 juin 1990

En 1990, suite à la promulgation de la *Loi n° 90-527 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation*(3) apparaît l'**hospitalisation libre** en psychiatrie. Deux mesures administratives viennent remplacer les placements :

- **L'hospitalisation à la demande d'un tiers** qui concerne les personnes "*atteintes de troubles mentaux, si ces troubles rendent impossible son consentement, et son état impose des soins immédiats assortis d'une*

surveillance constante en milieu hospitalier" nécessite une demande formelle du tiers et deux certificats médicaux aboutissant à une période d'observation de 15 jours. Pendant l'hospitalisation sont également rédigés les certificats suivants : dans les vingt-quatre heures après admission par un troisième médecin, dans les trois jours "*précédant l'expiration des quinze premiers jours de l'hospitalisation*", mensuellement si la prolongation est nécessaire.

- **L'hospitalisation d'office** prononcée par le préfet suite à un certificat médical circonstancié par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.
- Par ailleurs, la **sortie d'essai** est une poursuite de la mesure de contrainte en ambulatoire. Le directeur de l'établissement informe le préfet et le tiers à l'origine de la demande.

2.1.1.3 Loi du 5 juillet 2011

Cette loi fait suite à la saisie du Conseil Constitutionnel par une Question Prioritaire de Constitutionnalité (QPC). Elle impose un contrôle systématique des hospitalisations sans consentement par le juge des libertés et de la détention (JLD) dans les quinze jours suivant l'admission (révisée à douze jours en 2013). Elle introduit la possibilité de recourir à une hospitalisation sans consentement en l'absence de tiers : les soins en péril imminent (SPI) et d'un suivi ambulatoire obligatoire, le programme de soins (PDS). La durée d'observation est réduite à 72 heures.

2.1.1.4 Loi du 26 janvier 2016

Jusqu'à 2016 les mesures d'isolement et de contention faisaient l'objet de mentions

vagues et peu spécifiques dans le Code de la santé publique (CSP)(4) et les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES)(5) :

CSP, Droits des personnes hospitalisées, **Article L3211-3** : *"Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement (...) les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement."*

Un cadre légal est donc défini par cette loi(6) :

Art. L. 3222-5-1 : *"L'isolement et la contention sont des pratiques de dernier recours. Il ne peut y être procédé que pour prévenir un dommage immédiat ou imminent pour le patient ou autrui, sur décision d'un psychiatre, prise pour une durée limitée. Leur mise en oeuvre doit faire l'objet d'une surveillance stricte confiée par l'établissement à des professionnels de santé désignés à cette fin."*

Elle impose que les mesures de soins sans consentement soient tracées dans un registre.

2.1.1.5 Loi du 22 janvier 2022

Suite à une nouvelle QPC, le Conseil Constitutionnel a appelé le législateur à renforcer la judiciarisation des mesures de SSC par un contrôle systématique de ces mesures par le juge des libertés et de la détention et une obligation de surveillance renforcée par les professionnels de santé.

2.1.2 Epidémiologie

En 2021(7), environ **5 % des patients suivis en psychiatrie** en France ont fait l'objet d'une mesure de soin sans consentement, soit 95 500 personnes. Ce sont plus souvent des hommes (60%), l'âge moyen est relativement jeune dans cette population (43 ans) et les pathologies les plus rencontrées sont les troubles psychotiques et bipolaires (71 %). Depuis 2012(8), on observe une tendance à l'augmentation du recours aux mesures de soins sans consentement, avec une hausse importante jusqu'en 2015 (taux de croissance entre 1,3 et 4,3% par an) puis une stabilisation voir une légère tendance à la diminution ces deux dernières années (-1% par an).

Le recours à l'isolement tend fortement à augmenter : +19% entre 2012 et 2021 avec de grandes disparités entre établissements. Codelfy précise dans un rapport de 2022 qu'une partie de l'augmentation constatée pourrait être liée à une meilleure déclaration des données. On constate également un fort recours à l'isolement en 2020, pendant la pandémie du Covid-19 :

"Plusieurs hypothèses peuvent être avancées : un manque de personnel pour arrêt maladie ou garde d'enfants lié à la pandémie de Covid-19 pourrait avoir conduit à des difficultés de prises en charge de situations cliniques complexes tout comme une plus forte occurrence de situations de crise conduisant à ce type de prise en charge suite à l'effet combiné des ruptures dans les parcours de soins (notamment ambulatoires), aux limitations d'accès aux services de santé, et à l'impact psychologique de la pandémie et du confinement sur les personnes souffrant de troubles psychiques sévères" M. Codelfy

2.1.3 *Utilité thérapeutique*

Les soins sans consentement sont utilisés pour assurer la sécurité du patient et/ou des personnes devant un risque auto ou hétéro-agressif. Leur **utilité thérapeutique** n'a pas réellement été démontrée, les résultats dans la littérature scientifique étant peu concluants. L'isolement et la contention ne seraient efficaces que pour la prévention des blessures (*du* ou *par* le patient) et la réduction de l'agitation(9). Dans l'étude de Huber(10), il n'a pas été mis en évidence de différence du risque de suicide et de fuite entre une unité ouverte et une unité fermée.

Les méthodes de contraintes (médicamenteuse, isolement, contention) seraient associées à un temps de séjour plus long(11). Dans le cas de l'isolement, les séjours sont plus longs, indépendamment de la gravité des symptômes à l'admission.

Dans une étude de 2012(12) concernant 125 patients ayant été pris en charge en SSC, la contrainte à un traitement médicamenteux causerait moins d'affliction (*subjective distress*), moins d'effets secondaires physiques, serait ressentie comme moins humiliante et le patient se sentirait moins laissé-pour-compte (*isolation*) par rapport à l'isolement et la contention mécanique. Des essais randomisés comparant l'efficacité de l'isolement et de la contention ont été réalisés dans les services d'urgences et ne montrent pas de différences significatives entre les deux. (13,14)

De même concernant les programmes de soins : au Royaume-Uni, il n'a pas été montré de réduction des réadmissions sur 36 mois chez les patients psychotiques admis en *Community Treatment Order* -un équivalent du programme de soin chez nous- par rapport aux patients non admis en CTO(15). Il n'y a pas non plus de preuve d'une réduction des coûts liés aux soins.

En psychanalyse, le concept de *contenance psychique* est développé à partir de la notion de *pare-excitation*(16) de Freud puis étoffé par M. Klein(17) (*identification projective*), W. Bion (*fonction alpha*)(18), Winnicott(19) (*holding*), Anzieu(20) (*moi-peau*) pour ne citer qu'eux. Il trouve son interprétation dans la bonne intégration des figures parentales pendant le développement du nourrisson, lui permettant de réguler ses émotions et sa capacité d'action. Lorsqu'un patient n'est plus en capacité de le faire ou n'a pas pu développer des figures suffisamment solides pendant l'enfance, un *autre* peut l'aider à borner ses débordements par l'attention, la parole et, en cas d'échec, par les murs ainsi que la contention physique, à l'image du *packing*(21). Le *tiers séparateur* renvoie à la fonction du père chargé d'assouplir la fusion mère-enfant en introduisant l'enfant au monde extérieur et ses lois. On y trouve une forme de justification théorique de ces mesures.

Par ailleurs, si d'autres études pointent qu'un certain nombre de patients peuvent décrire un sentiment de sécurité(22,23), d'aide ou admettre rétrospectivement que la mesure était nécessaire(24), le vécu du patient est majoritairement négatif avec un risque de psycho-traumatisme(25) qui varie entre 25% et 47% selon les études, de thrombose(26) et de blessure. Ils ont le sentiment(27,28) d'être abandonnés, humiliés, d'une atteinte à leur dignité.

2.1.4 Recommandations de bonnes pratiques et perspectives

Les recommandations de bonnes pratiques en santé sont rédigées et publiées par la Haute Autorité de Santé (HAS), elles concernent entre autres l'isolement et la contention en psychiatrie(9), les programmes de soins(30). On y trouve les indications et contre-indications des dispositifs, leurs modalités de mise en oeuvre, de surveillance, suivi et sécurité, les informations à transmettre aux patients, une description des espaces et

dispositifs, les moyens de levées, l'intérêt d'un débriefing avec le patient et d'un temps de reprise en équipe. Ces mêmes éléments sont évalués par le Contrôleur Général des Lieux de Privations de Liberté (CGLPL) lors de ses passages en établissements fermés.

Le programme QualityRights développé par l'OMS permet d'informer usagers et professionnels sur les droits des patients en psychiatrie. Il peut également accompagner les établissements en santé mentale dans l'évaluation de leurs pratiques et dispositifs.

Par ailleurs, la Chaire de Philosophie à l'Hôpital du GHU Paris a lancé en 2021 un projet dirigé par la philosophe et psychanalyste Cynthia Fleury « De la contention involontaire au sujet se contenant »(23) dans le cadre d'une réforme de la législation sur la contention. S'y associent des concepts théoriques issus de la psychanalyse (*la contenance*), des neurosciences (*intégration sensorielle*) et du mouvement du rétablissement en santé, l'idée étant de :

- « - Proposer une "contention volontaire" qui transforme le rapport à la contention et permet d'abaisser la contention non volontaire ;
- impliquer patients (*pair-aidance*) et soignants dans la définition de ce nouveau protocole de contention ;
- Faire de la contention un outil de soin capacitaire, sur lequel le patient ait prise (*anticiper les crises, poser un diagnostic sur soi-même, ...*). »

Il y a une volonté internationale de réduire, voir abolir les soins sous contrainte en atteste la Convention des Nations Unies relative aux droits des personnes handicapées(31). Différents guides et protocoles de prévention de la violence ont été pensés (Six Core

Strategies(32), Safewards(33) mais ils sont peu communiqués au niveau local.

2.2 Du côté des soignants

Les SSC posent un **problème éthique** du fait d'une atteinte à la liberté de circulation des personnes et, dans le cadre de la contention, à leur intégrité physique.

Appliquer un SSC met le soignant dans une position paradoxale, à la croisée de plusieurs principes : légaux, déontologiques, éthiques et de ses valeurs personnelles. Une étude (3) note quatre dimensions du vécu des professionnels de santé au regard des SSC :

- Une pression interne liée à ces conflits éthiques
- L'impact émotionnel de l'expérience
- Une pression externe liée aux contraintes extérieures : comportement du patient, organisation du service, poids administratif, peur des conséquences légales, tiers (famille du patient, collègues, police, services sociaux, tutelle)
- L'investissement relationnel : empathie/sympathie pour le patient, débriefing, prendre le temps d'expliquer la mesure, tenir compte des préférences du patient

Beauchamp et Childress(21) qui constituent une référence en éthique biomédicale définissent quatre principes fondamentaux : le principe de *bienfaisance*, le principe de *non-malfaisance*, le principe d'*autonomie*, le principe de *justice*. Les autres cadres de références normatives sont la *déontologie*(36) (*respect de la dignité, assistance à personne en danger, information du patient...*), les *connaissances* scientifiques, les règles *administratives* régissant le traitement de la maladie(37).

La recherche et l'élaboration d'articles décrivant le **vécu des soignants** pendant un soin

sans consentement sont plus fréquemment réalisés par les infirmiers diplômés d'état (IDE), en particulier l'expérience de l'isolement et de la contention.

Il en ressort que les mesures d'isolement/contention sont utilisées en dernier recours(38) après avoir essayé de faire retomber la crise en communiquant avec le patient, en créant un environnement plus calme et avoir essayé une approche médicamenteuse volontaire. Les femmes ont plus tendance à y avoir recours que les hommes(39).

Il y a un sentiment de détresse émotionnelle à l'idée d'utiliser la contrainte : un malaise, de la peur, de l'anxiété, de la culpabilité, un sentiment d'incompétence et une préoccupation pour l'alliance thérapeutique. La peur d'être agressé est très fréquente, à raison, ce sont les infirmiers qui sont les plus exposés, dans les services d'urgences et de psychiatrie(40). Ils constatent également un retrait émotionnel. Morse(41) décrit que la souffrance face à un évènement difficile prend deux formes qui alternent régulièrement : un état de souffrance émotionnelle et un état dans lequel la souffrance est "endurée".

« Enduring occurs as a response to a threat to integrity of self. It results in a shutting down of emotional responses while the person "comes to grips" with a situation. Enduring is the blocking of the emotional response; emotions are suppressed, squelched, sealed off. Enduring is a strategy that enables the person to "go through the motions," doing what must be done. »

Il peut y avoir une peur de perdre le contrôle et de transgresser un interdit, de sortir du cadre professionnel(42). Un sentiment de dissonance cognitive(26) est également décrit ainsi que la valeur du soutien des membres de leur équipe et de l'institution. A ce propos, la décision de mettre en oeuvre un SSC est dépendante de la culture de l'unité. Vatne & Fagermoen(43,44) observent que les IDE en psychiatrie qu'ils ont interrogés se scindent en deux groupes : ceux qui adhèrent à une culture de type correctionnaire, ils recherchent le contrôle des comportements par la menace de la punition. Et ceux qui adhèrent à une

culture de la reconnaissance de l'autre (*acknowledgement*) qui vont chercher un partenariat avec le patient en utilisant la parole, la négociation ou la collaboration.

3 Matériel et méthodes

3.1 Objectif

L'objectif principal de cette étude est d'explorer le vécu des psychiatres de la métropole lilloise vis à vis des soins sans consentement.

Les objectifs secondaires sont :

- D'identifier les facteurs intervenants dans le processus de décision
- D'identifier les facteurs permettant d'améliorer les conditions de travail des soignants et la prise en charge des patients

3.2 Type d'étude

Le choix de la méthode qualitative s'est imposée en vue d'une exploration fine de phénomènes subjectifs tels que le ressenti et les émotions. Cette approche permet également d'identifier les éléments de langage utilisés par les participants. Pour en garantir la méthodologie et la rigueur, nous avons requis l'aide de la Fédération Régionale de Recherche en Psychiatrie et Santé Mentale (F2RSM), nous nous sommes appuyés sur la grille COREQ (**Annexe 2**) et les critères de Mays et Pope (45). L'autrice en étant l'investigatrice principale.

3.3 Population, recrutement

La population cible correspond aux psychiatres exerçant en métropole lilloise, en secteur public ou privé. Les professionnels ont été recrutés par échantillonnage raisonné. Pour ceux exerçant au sein d'une structure de soin, un courrier électronique a été envoyé aux secrétariats des établissements de santé et centre médico-psychologiques (CMP) de la métropole lilloise. Les professionnels exerçant en libéral ont été contactés par courrier après recherche simple sur internet de leur lieu d'exercice. Chaque participant était invité à contacter par mail ou par téléphone l'investigatrice principale s'il souhaitait participer.

Les critères d'inclusion étaient :

- Etre médecin thésé avec DES de psychiatrie
- Avoir été confronté à une situation de soin sans consentement

Les caractéristiques des participants sont: le sexe, l'âge et la catégorie d'établissement du lieu d'exercice (**Tableau 1**) (Etablissements Publics de Santé Mentale EPSM, Centre Hospitalier Universitaire CHU, Etablissements de Santé Privés D'intérêt Collectif ESPIC et cabinet libéral).

3.4 Entretiens : guide, recueil de données

Le recueil des données a eu lieu entre avril 2022 et janvier 2023 par entretiens individuels semi-structurés, enregistrés avec un microphone (Olympus®) par l'investigatrice principale. Le guide d'entretien (**Annexe 1**) a été réalisé après deux essais avec des internes de psychiatrie. Les enregistrements ont ensuite été retranscrits mot-à-mot avec

l'aide du logiciel de reconnaissance vocale Dragon®. Les verbatims anonymisés ont été envoyés aux praticiens qui souhaitaient les relire ou corriger. Cinq personnes ont demandé à le relire dont trois à modifier ou supprimer certains passages. Deux n'ont pas répondu. Un journal de bord a été tenu le long de la recherche dans lequel était inscrit les particularités des entretiens, les réflexions et notes évolutives ainsi que certains concepts théoriques.

3.5 Analyse des données

L'analyse des données a été réalisée à la main et sur OpenOffice® par l'investigatrice. C'est une analyse de type thématique inductive : un codage systématique des verbatims a permis de mettre en évidence les thèmes principaux abordés pendant l'entretien.

3.6 Cadre légal et éthique

Le consentement oral des participants a été recherché concernant les enregistrements audios et les retranscriptions. Ils étaient libres de mettre fin à l'entretien à tout moment pendant la rencontre. S'agissant d'une méthodologie de référence **MR-004** concernant des professionnels de santé en exercice, nous n'avons pas eu besoin de faire une déclaration auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (CNIL), ni de l'accord du Comité de Protection des Personnes (CPP).

4 Résultats

4.1 Description de l'échantillon

Tableau 1 : Caractéristiques des participants

	Sexe	Classes d'âge (années)	Date	Durée entretien	Type d'exercice	Durée d'exercice depuis DES	Lieu
S1	M	[50-59]	21/04/22	31mn27s	ESPIC	29	LE
S2	F	[50-59]	02/06/22	36mn44s	CHU	22	LE
S3	F	[30-39]	09/06/22	21mn35	CHU	3	LE
S4	M	[30-39]	20/06/22	54mn22s	EPSM	11	LE
S5	M	[30-39]	15/06/22	20mn56s	CHU	3	LE
S6	F	[50-59]	20/06/22	44mn15s	EPSM	26	LE
S7	F	[30-39]	28/07/22	31mn00s	EPSM	10	LE
S8	M	[40-49]	25/08/22	01h04mn56s	EPSM	12	LE
S9	M	[30-39]	16/12/22	21mn44s	Libéral	10	LE
S10	F	[40-49]	06/01/23	33mn44s	Libéral	11	Domicile

*LE pour lieu d'exercice

Dix participants ont été recrutés entre avril 2022 et janvier 2023. Il y a autant de femmes que d'hommes, ce qui correspond aux données épidémiologiques sur l'effectif des psychiatres dans les Hauts-De-France en 2019(46), l'âge moyen retrouvé dans l'échantillon est par contre plus bas : 43 ans contre 49,9 ans(46).

La durée moyenne des entretiens est de 35mn8s, la quasi-totalité a été réalisée sur le lieu de travail des praticiens excepté un entretien à domicile.

Sept psychiatres travaillent dans le secteur public dont trois au CHU et trois dans le secteur privé : deux sont en cabinet libéral et un travaille en Etablissement de Santé Privé d'Intérêt Collectif (ESPIC). Leur répartition Libéral/Mixte/Salarié à raison de 20%/10%/60% est à peu près superposable aux chiffres nationaux en 2021(47) : 24,7% / 11% / 64%

4.2 Cinq mots

Tableau 2 : Réponses à la question "Quels sont les cinq premiers mots qui vous viennent à l'esprit lorsqu'on évoque les soins sans consentement en psychiatrie ?"

S1	Imposer	Privation de liberté	Urgence psychiatrique	Lourdeur administrative	Paperasserie	Stress
S2	Accès aux soins	Liberticide	Violent	Colère	Peur	
S3	Hospitalisation	Contrainte	Soin	Nécessité	Tiers	
S4	Contrainte	Violence	Echec	Justice	Droits des patients	
S5	Danger	Jugement	Balance B/R	Questionnement	Ambivalence	
S6	Nécessité de soins	Urgence	Danger	Alliance	Responsabilité	Information
S7	Contrainte	Pathologie aiguë	Tiers	Soin	Obligation	
S8	Contrainte	Adhésion	Difficile (à prendre en charge)	Enjeu	Hôpital (PDS)	Stigmatisant
S9	Nécessité	Violence	Doute	Urgence	Paperasse	
S10	Contrainte	Urgence	Violence	Déni	Hospitalisation	

On notera la recurence des mots :

- "Contrainte" qui apparaît cinq fois
- "Violence" et "Urgence" quatre fois
- "Liberté" et "Droit" trois fois
- Et trois personnes ont évoqué des mots en lien avec la complexité de l'exercice : "Questionnement" et "Ambivalence", "Doute", "Difficile"

4.3 Emotions

4.3.1 Vécu :

4.3.1.1 Impasse

Plus de la moitié des psychiatres interrogés évoquent dans un premier temps un sentiment d'**impasse** lorsqu'ils sont face à un patient pour lequel ils envisagent de recourir à un soin sans consentement (SSC). Si le patient est connu et suivi, s'y associe un sentiment d'**échec** concernant les modalités de prise en charge essayées jusqu'à présent qui n'auraient pas suffi à l'étayer...

« Je ressens un sentiment d'échec de l'ambulatoire mais parce qu'à un moment, l'ambulatoire a ses limites. » S2

« Quand on doit faire un soin sans consentement, pour moi j'ai l'impression que voilà, on est arrivés au bout du bout de ce qui pouvait être fait et j'ai plutôt, à chaque fois, l'impression d'être au pied du mur. » S7

...Ou d'échec personnel : deux d'entre eux iront jusqu'à remettre en question le travail d'alliance réalisé avec le patient.

« On peut penser que quand on en arrive là, c'est qu'on a loupé quelque chose finalement. Si on arrive à devoir sortir l'argument de contrainte, c'est qu'on a pas su créer l'alliance thérapeutique nécessaire. Quelque part, c'est toujours... Il y a toujours dans le soin sans consentement un échec dans la mesure... Où c'est qu'on a pas su créer une alliance suffisante. » S8

Impasse, parce que la mesure de SSC semble être la seule réponse adaptée : du fait de l'état clinique du patient ou de l'absence de dispositifs alternatifs disponibles mais avec une réticence à sa mise en oeuvre :

« Peut-être dans un monde meilleur, il y aurait d'autres alternatives mais malheureusement... C'est ce que j'ai de mieux à leur proposer à l'heure actuelle. »

S5

4.3.1.2 Pensée opératoire, stress & manifestations somatiques

Deux attitudes prédominantes sont évoquées, survenant indépendamment ou conjointement selon les discours. La première correspond à un état d'esprit analytique qui va réaliser une synthèse de la situation et guider le praticien vers la résolution la plus adaptée selon ses référentiels. Les soignants décrivent une **pensée opératoire** qui s'appuie sur des critères objectifs :

« Du coup, moi, dans ma tête, c'est très... C'est un algorithme, donc : est-ce que je le vois sortir ou pas ? Et si je le vois sortir, est-ce que... S'il sort quelqu'un est présent ? Et donc si je le vois pas sortir, je le vois hospitalisé, je suis plutôt calme en fait. Quand je mets la contrainte c'est qu'il n'y a pas d'autre possibilité de... Enfin d'autres prises en charge possibles. Et du coup, je suis jamais embêtée de poser une contrainte. Parce que dans ma tête, c'est clair. » S3

« Pour moi ça... Ça reste très technique on va dire le soin sous contrainte, il y a plein de choses à organiser. » S7

Dans ce cas, les affects sont décrits par trois soignants comme mis de côté. L'un d'eux le vit comme une façon de **rester dans l'action** pour ne pas se laisser perturber par ses émotions :

«C'est le côté professionnel qui prend le dessus et donc je réagis avec une émotion presque... Je me mets en pilotage automatique. C'est à dire : qu'est-ce qu'il faut faire ? Quels papiers, ? Quel certificat ? Qui est le tiers ? Appeler l'hôpital qui va le recevoir, faire le courrier... Vraiment, je pense que c'est aussi pour... Gérer le stress.» S1

La seconde est un état **anxieux** :

«Il y a une certaine anxiété.» S6

«Une anxiété qui peut se traduire sous forme d'angoisse.» S1

Au niveau corporel, c'est plus souvent un état d'**hypervigilance** et de **tension interne** qui est décrit, suivi d'un relâchement, d'un soulagement.

«Le cœur qui bat vite... » S1

« Il y a d'abord une espèce de tension au moment où on le fait. Presqu'une excitation parce que, par exemple, si on fait des gardes aussi, si on est en garde, on a une espèce de tension parce qu'on est en hyper vigilance et on essaye de convaincre le patient. » S2

« On débriefe en général tout de suite après [avec l'équipe de soin]. Y'a ce "pfiou", on souffle et du coup après, on discute. » S7

Pendant les entretiens de cette étude, la question des ressentis corporels a souvent été éludée par les praticiens. Même s'il est absent explicitement, le corps peut être convoqué par son vocabulaire, en particulier lors d'une confrontation physique comme la contention :

« Si tu veux une chose qui m'a particulièrement marquée, c'était un patient par exemple, complètement délirant mais pas complètement... Enfin il était touchant concrètement... Il était vraiment très touchant, très humain, très heu... Il avait un contact relationnel ouais effectivement très... Très intense et c'était d'autant plus difficile de mettre en place à la fois les soins sans consentement et surtout les contentions... Quand on... Quand on se liait très facilement avec lui. Vraiment dans son discours c'était quelqu'un de, ouais comme je dis vraiment touchant, donc ça, ça a été... Assez douloureux. » S5

4.3.2 Pesanteur

Le nombre de tâches à réaliser lors de la mise en œuvre d'un soin sans consentement est considérable durant un temps limité. Huit des médecins interrogés font référence à une impression de **poids**, de **charge psychique** :

« J'essaie de sauver le patient mais en même temps... Intérieurement je me dis que ça va plomber ma journée par la lourdeur de... Ce qu'il y a faire. » S1

« (...) et en même temps c'est d'une lourdeur folle qui est quand même compliquée à... A assumer pour tous les services de soins sans consentement. [en référence à la loi du 22 janvier 2022] » S5

Différents facteurs y sont à l'origine : la notion d'urgence (clinique ou liée à la pression du flux de patients), une activité intense d'accompagnement du patient et de sa famille, de coordination des équipes soignantes, des contraintes administratives avec la rédaction des certificats qui doivent obéir à des règles de plus en plus pointilleuses... La situation du SSC est de nature imprévisible, elle se rajoute à la journée de travail des psychiatres, en en faisant une activité chronophage et disruptive.

« [Au sujet des certificats médicaux] (...) quelqu'un les lit et donc... Les lit dans l'idée de trouver la faille. Donc, il faut être plus descriptif... » S6

On notera également la charge mentale que représente la responsabilité médicale mise en jeu et la crainte de conséquences juridiques :

« C'est ma responsabilité en tant que senior donc c'est à moi de... De porter cette décision. » S5

« Avec la société qui évolue, on devient de plus en plus... Un peu américains donc... Les gens se renseignent... » S7

Ainsi que le retentissement de l'ambiance au sein d'un service ou d'une structure institutionnelle :

« C'est une institution l'hôpital, voilà, on est une équipe, on a des gens... C'est cinquante pour cent d'énergie qui... Qui peut être bouffée si ça se passe pas bien, ça peut être quand même très lourd. » S6

4.3.3 Tempête

Quatre médecins interrogés ont employé les mots "violence" ou "violent" pour caractériser leur expérience des soins sans consentement, communément appelés *soins sous contrainte* ou *coercion* en anglais. Contrainte et violence sont d'ailleurs liées par leurs définitions :

Contrainte : Action de contraindre, de forcer quelqu'un à agir contre sa volonté ; pression morale ou physique, violence exercée sur lui : Céder sous la contrainte. (1ère définition Larousse)

Violence : Contrainte, physique ou morale, exercée sur une personne en vue de l'inciter à réaliser un acte déterminé. (7ème définition Larousse)

La violence s'exprime des deux côtés dans une situation de soin sans consentement, du côté soignant et du côté patient. Les protagonistes en sont à la fois **acteurs et réceptables**.

4.3.3.1 Violence de l'acte

Les SSC sont évoqués par certains médecins de la même façon qu'une agression physique :

« Là où ça devient compliqué, c'est effectivement les patients qui heu... Qui sont très... Comment dire ? Très marqués, voire meurtris par cette décision, il y a cette notion de privation de liberté qui... Qui est quand même très violente. » S5

« Je trouve que parfois, à mon avis, pour le patient, le bénéfice est supérieur quand même à prendre un peu de temps pour essayer de travailler des choses et pas leur sauter dessus. » S4

La violence est liée à la nécessité de défaire le sujet de ses droits constitutionnels par la privation de liberté et d'imposer les soins par la force, notamment lors de contentions physiques. Le Dr S9 emprunte le terme de "violence légitime" utilisé habituellement par les forces de l'ordre :

« Dans le sens de la violence qu'on inflige. Tu sais c'est un peu comme... Les forces de police, c'est la violence légitime. Heu bah voilà. Je les considère un peu comme de la violence légitime. Une restriction de liberté, c'est une forme de violence mais légitimée par une convention, une convention qui dit que... Puisqu'il y a des troubles, une abolition du jugement ben... Qu'il y a une dangerosité pour la personne et pour les autres... Hop » S9

Ils appréhendent les conséquences liées à ce mode de prise en charge, notamment traumatiques.

« Parce que le risque, c'est que la SDT crée un traumatisme, un vrai psycho-traumatisme et que ces psycho-traumatismes, après, on ait du mal à les soigner, en plus de la pathologie mentale. » S2

Citons ce passage du livre *La souffrance des soignants* de R. Holcman qui peut éclairer la situation de violence légitime :

" En fait, si la plupart des violences répondent à une volonté d'agression, il existe des comportements qui font violence sans être agressifs (cas de la contention imposée par une équipe soignante à un malade agité) ; et des agressions qui ne sont pas perçues comme violentes (cas des insultes proférées par un malade manifestement délirant et qu'on peut entendre avec placidité)". Prévenir la violence dans les établissements de santé – La souffrance des soignants - Holcman (2018)

4.3.3.2 Peur d'être blessé

La confrontation à un patient qui acte son désaccord par son comportement physique ou des menaces verbales est à l'origine, à des degrés différents, d'un sentiment d'insécurité, de peur d'une atteinte de son intégrité. Parmi les participants interrogés, l'un d'entre eux a évoqué s'être fait agresser physiquement par un patient.

« De la peur bien sûr. De la peur... D'abord la peur de la situation, ça je trouve qu'on est... On est exposés à cette souffrance aiguë et ça suscite... Enfin, on se le prend dans la tronche. Je trouve que ça peut faire peur. » S9

« C'est plus la situation avec le patient...(…) Les cris, les hurlements... » S10

« Un petit peu d'appréhension, si on peut dire... Alors c'est pas forcément qu'on va travailler la peur au ventre... Bon il y a des situations où j'ai eu peur. Je travaille depuis 2010, je compte sur les doigts d'une main les situations où j'ai eu peur. Des fois ça s'est terminé avec la police. C'est rare, ça peut arriver. C'est une appréhension je dirais prudente. » S8

4.3.3.3 Posture du soignant

Une hostilité et des comportements d'opposition de la part des patients sont en général reconnus comme normaux et légitimes face à une mesure de privation de liberté.

« A un moment donné qu'est ce qui fait que les gens, ils sont isolés ? Qu'est-ce qui fait que les gens ils s'agitent ? Bah ils s'agitent parce qu'ils ne sont pas d'accord avec ce qu'on leur propose. Ils sont pas contents et forcément, à un moment donné... S'agiter parce qu'on a été hospitalisé sous contrainte, je trouve que c'est plutôt sain... C'est plutôt adapté quoi. » S4

Les praticiens décrivent une posture professionnelle dans laquelle il s'agit de recevoir et supporter la violence de l'autre en maintenant une attitude ferme mais bienveillante. Attitude qui peut faire écho à l'expérience de la parentalité, associée à un paradigme paternaliste du soin : protéger un sujet jugé vulnérable au risque d'utiliser la force, l'imposition d'un cadre malgré son opposition.

« Accueillir leur retour qui peut être agressif. » S5

« On est au-delà de l'empathie quand on... Quand c'est... Quand ça arrive en fait. On essaie vraiment de faire bien donc c'est plus de... De... C'est pas de l'affection non plus... Un peu un entre-deux. Ouais, de vouloir le bien du patient et ça passe sur quelque chose qui est assez violent donc c'est très spécial de... Parce que la personne elle est quand même... Elle sait qu'elle n'a plus de droit du coup... C'est... On essaie en même temps de la rassurer et du coup moi ça me fait passer par certaines émotions... Peut-être quelque chose de ... Ouais un peu maternel je

pense... » S7

La difficulté à personnellement exercer la contrainte du fait d'une sensibilité particulière ou de ses propres valeurs morales peut-être un motif à exercer dans une structure qui y est moins confronté.

« Et de fait, travailler dans un établissement où on ne fait que... On ne soigne que des personnes en soin libre, ça m'a fait aussi jeter un regard distancié sur le soin sans consentement, les services fermés etc... Et déjà je m'étais dit que c'est quelque chose que je voudrais plus faire. Parce que c'est trop... Pénible en fait. Humainement. Je trouve ça trop pénible humainement de... D'ergoter sur le cadre... Et de... D'exercer cette violence légitime. Voilà. Je la reconnais tout à fait légitime mais je veux juste pas être un agent de cette violence. » S9

Cela questionne l'image que les praticiens ont d'eux-même et que va refléter le patient : il peut y avoir des sentiments **d'injustice et de culpabilité** à être vus comme des persécuteurs alors qu'ils ont l'intérêt du patient en tête.

D'autre part, le Dr S4 vient ici rappeler que la violence s'exerce aussi au niveau symbolique lorsqu'il fait référence à la loi sur l'isolement/contention de 2021 : son application pratique étant actuellement impossible dans certains établissements du fait du manque de personnel.

« Enfin moi j'en veux quand même à cette loi d'avoir gravement nui à l'attractivité de l'hôpital public en psychiatrie hein, alors je vais pas dire que c'est que ça mais je

pense que les vagues de départs qu'on a connues depuis... Depuis un an, deux ans là, je pense qu'elles sont quand même en partie liées à ça. L'idée, une fois de plus, de se retrouver dans une double contrainte où on nous dit : "Ah, vous êtes des tortionnaires à... Enfermer et contenir des gens n'importe comment..." mais en même temps, on vous donne pas les moyens de le faire. » S4

4.3.4 Atmosphère

4.3.4.1 Empathie

L'empathie dans la relation de soin est évoquée explicitement ou indirectement. Certains praticiens s'identifient aux patients. Ils se mettent à leur place, ce qui les aide à réguler leurs propres émotions et éviter à leur tour d'être dans le passage à l'acte :

« Personne n'a envie d'être hospitalisé... Encore moins en psychiatrie. » S4

« Donc je ressens que le patient peut avoir peur mais ce n'est pas.... Je vais avoir de l'empathie pour le patient mais je sais que c'est son émotion, pas la mienne. » S2

Un patient non connu suscite moins de réactions émotionnelles :

« C'est d'autant plus compliqué si on a déjà une alliance avec le patient. C'est plus compliqué que si on est avec un patient qu'on ne connaît pas. Aux urgences par exemple. C'est plus simple parce qu'on n'a pas d'alliance à préserver ou pas. » S6

En particulier dans les décompensations psychotiques et maniaques lorsqu'il y a une perte de contact avec la réalité, il y a un risque de déshumaniser le patient, voilé derrière la

pathologie et auquel on s'identifie moins :

« Mais, autre chose, le plus important dans le soin, c'est aussi le soin... C'est, je dirais, alors c'est une phrase que je répète souvent : les patients ne sont pas des objets de soin mais ce sont des sujets en soins. Ça veut dire quoi, ça veut dire que le patient, derrière la notion de soin il y a : la notion de respect, respect de la dignité du patient, il y a une notion d'écoute... » S1

L'impact émotionnel est d'ailleurs décrit comme plus fort(20) chez les personnes qui ont parmi leurs proches, une personne avec des antécédents psychiatriques, qui auraient tendance à faciliter l'identification. Dans l'étude quatre praticiens ont partagé avoir été personnellement en contact avec la psychiatrie, pour eux ou pour leurs proches.

4.3.4.2 L'alliance en jeu

Chez le praticien, il peut y avoir un sentiment de **trahison** ou de **culpabilité** à faire subir un SSC :

« Y'a un peu l'émotion de... De trahir un peu le patient qui... Avec lequel on a fait un bout de chemin ensemble. » S6

« Là où c'est compliqué, c'est quand effectivement ça va à l'encontre du souhait du patient qui se montre véhément... A ce sujet où là... On se sent un peu, un peu coupable à l'idée de... D'imposer quelque chose. On sait que c'est pour le soin d'autrui mais... Qui va clairement à l'encontre de sa volonté sur l'instant même si c'est encore une fois teinté par... La pathologie qu'on essaye de traiter. » S5

Une culpabilité qui peut être liée à une décision prise par manque de temps, d'énergie :

« C'est une certaine paresse de mettre quelqu'un en SDT parce que finalement, peut-être deux heures de plus à discuter avec lui... Peut-être on arrive à le convaincre. (...) J'appelle ça du remords parce que j'ai des remords d'avoir fait quelque chose que je n'aurais pas dû faire. Et pas forcément parce que la SDT s'est mal passée mais parce que j'ai estimé avoir été un peu paresseuse, un peu fainéante et un peu... J'ai pas été au bout du bout de... Par exemple, typiquement : on est en garde, on en a encore 4 derrières... Ouais, ouais, peut-être qu'on aurait pu aller dire aux somaticiens "Tu me le gardes" "Oui mais je veux pas le garder" "Si, tu me le gardes quand même parce que je reviens à 4 heures le voir" mais 4 heures c'est en plein milieu de la nuit, c'est peut être le seul moment où je vais pouvoir dormir de la garde... "Bon ben envoie le et de toutes façons au pire ils lèveront la SDT demain." Oui, bien sûr, ça m'est déjà arrivé. » S2

Voir le patient se mettre en danger, se faire ré-hospitaliser régulièrement suite à des arrêts de traitement peut entraîner un sentiment de **frustration** :

« La frustration je pense parfois parce qu'on se donne beaucoup de mal pour... Pour essayer de créer un lien avec un patient et puis... De le convaincre du bien fondé de la prise en charge qu'on propose. Et quand le patient n'est pas en capacité d'entendre ou d'adhérer à ça, c'est un peu frustrant, forcément. » S4

« On est peut-être condamné à ce que l'affaire recommence. » S6

4.3.4.3 Des émotions à soi

Deux psychiatres évoquent ressentir de la **tristesse** :

« Un peu de tristesse quand même (...) On se dit qu'on aide le patient parce que voilà, il est pas... Conscient de ses troubles donc il faut absolument qu'il soit hospitalisé mais bon. C'est une situation... Enfin moi, émotionnellement, c'était assez compliqué quand même. » S10

« C'est une énorme tristesse, vraiment un sentiment qu'on... On sait que c'est le bon accès aux soins. On sait que c'est la bonne chose à faire mais c'est triste de voir que quelqu'un est malade. Mais je ressens cette tristesse en dehors des SDT/SDRE... Quand on a quelqu'un qui... Qui est porteur d'une maladie psychiatrique parfois chronique, qui va avoir désorganisé toute sa vie, voir même pas lui permettre d'avoir une vie dont il rêve. Oui, c'est super triste. » S2

L'ambivalence et le déni de patients présentant un trouble psychotique peut provoquer un **étonnement** :

« Je me souviens d'un monsieur qui était... Qui avait un ECG calamiteux et en train de faire un problème cardio grave et avec le généraliste qui travaillait là... Le tuteur a donné son accord et il a été soigné... Il allait mourir hein. Clairement, il allait mourir. Après, il n'a pas du tout capté que (rires) ça lui avait sauvé la vie. Puis... Il n'est pas mort, il est toujours là. Des fois ils sont incroyables mais bon. » S6

Trois praticiens font part d'un sentiment de **regret** :

- Après avoir fait une mesure de SSC : du fait de conditions d'accueil dégradées par rapport aux besoins du patient, d'un manque de temps
- Ou d'avoir trop attendu avant de faire une hospitalisation sans consentement

La question de savoir si la possibilité de priver de liberté provoque un sentiment positif associé à la domination de l'autre est peu abordée. Deux psychiatres vont évoquer ces situations en se gardant d'en tirer personnellement un plaisir ou un bénéfice : dans la première, le risque pour le patient d'interpréter ce moment comme un **rapport de force** et dans la deuxième, le praticien évoque avoir été témoin de dynamiques perverses chez certains soignants :

« Certes, on contraint et ce sur quoi il faut être aussi extrêmement prudent... La contrainte, ça reste un moyen thérapeutique. Ça peut nous donner un pouvoir incroyable mais il faut surtout pas que ce soit vécu par le patient comme une prise de pouvoir du médecin. » S8

« Investigatrice : Dans de meilleures conditions, ça ne se serait pas forcément passé comme ça...

S9 : C'est ça, c'est ça. Et ça, c'est les situations les plus entendables, après il y a les moins entendables de... Et ce patient dont la gueule revient pas aux équipes... Enfin il y a des trucs plus... Tu vois... Plus crachou dont il est plus difficile de parler je trouve mais qui existent quoi. De problèmes relationnels, de dysfonctionnements... Voir de perversion. Tu vois, des trucs un peu comme ça. » S9

Par ailleurs, quatre psychiatres déclarent être ou avoir été en psychothérapie et font de

cette expérience une ressource pour leur pratique.

4.4 Complexité

4.4.1 La décision

4.4.1.1 Processus

Tous les médecins s'accordent à dire que la décision d'une mise en œuvre de SSC est une **décision médicale**. L'environnement peut influencer mais c'est l'autorité médicale qui détient la responsabilité. Le Dr S6 précise la nécessité d'effectuer une synthèse rapide :

« En tout cas, il faut faire vite. Je pense qu'on est un peu proche de l'opération chirurgicale. » S6

Le **raisonnement** est décrit par le Dr S5 comme un processus répondant à des critères cliniques avec une certaine objectivité. Il apparaît dissocié des émotions que peut ressentir le praticien et correspond à l'attitude "opératoire" décrite plus haut :

« Pour moi le... Raisonement médical, à ce niveau là, il est assez heu... Enfin tu pars de critères relativement objectifs sur ta clinique qui doivent aboutir à tel type de prise en charge. C'est ça qui doit être désaffectivé. Après ton abord du patient effectivement, tu peux pas le déshumaniser sinon tu fais plus ton travail correctement. Mais pour ce qui est de la... Comment dire, la réflexion qui va aboutir à la décision de mettre en place des soins sans consentement, ça, j'essaie de la garder le plus neutre possible. » S5

Le Dr S2 évoque établir une **hiérarchie** dans le raisonnement en se référant en premier à la loi, puis aux recommandations officielles, à l'éthique et enfin à ses principes moraux :

« Vous savez, quand on prend une... Quand on prend une décision, on voit si on est dans les clous : la règle, la loi. Ensuite, on voit si c'est une bonne pratique et là, déjà, on commence à se poser des questions éthiques et ensuite on a nos propres valeurs morales. Et tout ça se fait en un dixième de seconde pour prendre la décision. » S2

Le Dr S1 va parfois privilégier sa **fonction** à ses idéaux ou sa sensibilité personnelle :

« Je rentre pleinement dans mon rôle de psychiatre... Je dois tout faire pour le protéger. » S1

Certains médecins vont mettre en avant la **sécurité** du patient :

« J'y vais au plus sécurisant en fait. » S3

La qualité de l'alliance est aussi un élément qui va guider la décision. Avant une mesure radicale comme un SSC, une **négociation** est entamée avec le patient. Certains praticiens, qui ont tendance à trouver plus problématiques les mesures de privation de liberté vont privilégier un arrangement avec le patient, au risque de mettre en jeu leur responsabilité professionnelle alors que d'autres iraient plus facilement à la contrainte :

« Je pense que j'ai proposé à peu près tout ce que j'avais sous la main, parce qu'on a un hôpital de jour qui pouvait aussi faire l'affaire, en tout cas moi je pense que

j'étais prêt à accepter heu... N'importe quel autre projet de soins qu'une hospitalisation, même si je... Je pensais quand même qu'une hospitalisation... Ne serait-ce là qu'une hospit' de crise de 2 ou 3 jours était nécessaire mais elle refuse... Voilà moi je suis prêt à... A envisager autre chose mais elle a refusé toute proposition de soins que je lui faisais. » S4

On observe deux tendances opposées chez les soignants : ceux pour lesquels **la crise justifie les moyens**, qui vont essayer de sécuriser le patient le plus rapidement possible pour le stabiliser et d'autres qui vont privilégier une **alliance** en faisant le pari que la prise en charge sur le long terme sera mieux acceptée en évitant au maximum les SSC.

« Souvent, il faut quand même passer par un moment où l'hospitalisation permet de remettre un minimum de stabilité, par exemple par la prescription de traitements, pour pouvoir ensuite aller plus loin. » S6

« Et donc des fois, si on contraint trop au début, finalement, on gère l'immédiateté donc peut-être, ça peut sauver des gens, on évite le passage à l'acte suicidaire... Peut-être mais peut-être qu'on perd aussi en alliance thérapeutique et que la fois d'après quand le gars va pas bien, il dira "Il est pas question que j'aille consulter au CMP ou aux urgences parce qu'ils m'ont gardé de force en hospitalisation et moi je l'ai mal vécu etc...". Alors que des fois, si on essaie de trouver un compromis où il n'y a pas de contrainte mais un suivi rapproché, des fois ça marche, dire aux gens "Venez me voir demain", les gens sont là hein. Et finalement, peut-être que les gens sont perdus de vue un moment, le jour où ça va vraiment moins bien, ils se disent : "bon, finalement, la dernière fois, j'y étais allé, je sais pas si ça a servi à grand chose

mais... Ils m'ont quand même écoutés, ils m'ont laissés repartir... Peut-être qu'ils pourront m'aider" et qu'il va revenir. Et que peut-être que c'est un meilleur investissement sur le long terme. » S8

Finalement, **l'inquiétude** semble guider la décision des médecins ainsi que leur propre capacité à gérer la-dite inquiétude.

La plupart des médecins précisent travailler en étroite collaboration avec leur **équipe** (infirmiers, psychologues, aides soignants...) et prennent en compte leurs avis sur la situation. Ainsi, certains pointent que les infirmiers connaissent parfois mieux les patients pour les voir plus souvent en visites à domicile ou en consultation. Ils font confiance à leur jugement mais restent seuls décisionnaires.

« Ça peut être les infirmiers qui nous soufflent un peu parce que des fois, comme ils vont en visite à domicile où ils ont vu le patient en entretien, ils peuvent dire on peut y arriver facilement mais sinon, c'est principalement une décision médicale. Mais c'est vrai que c'est l'avantage du travail d'équipe en CMP. C'est que, en particulier, s'il y a certains patients que les infirmiers connaissent parce qu'ils les voient justement plus dans leur quotidien que nous. » S6

La **famille** est également entendue, elle peut être à l'origine de la démarche. Les praticiens prennent en compte les conflits de loyautés risquant d'émerger pour les proches se portant tiers :

« On y réfléchit... On va pas mettre quelqu'un sous contrainte comme ça... En 2 mn

hein, y'avait le désarroi des familles "Mince, si je signe, les conséquences...", par rapport à la relation avec le patient enfin c'était toujours... Très intense en tout cas comme situation. » S10

« Pour ma part, il est toujours nécessaire de reprendre après coup à froid le... Les modalités de l'hospitalisation [avec le patient] (...) Y compris vis-à-vis du tiers, parce que souvent, les familles sont très culpabilisées de cette... D'avoir signé et donc c'est quand même important de reverbaler le pourquoi, le bénéfice, éventuellement les choses difficiles ressenties par le patient aussi, qui a été dépossédé de ses droits à ce moment-là. » S6

La médecine étant très largement un apprentissage par les pairs, les habitudes se créent par mimétisme. L'exercice d'un praticien est un patchwork de gestes et de paroles en partie trouvés ailleurs, transmis par d'anciens professeurs ou hérités d'une culture de service particulière. Le sens clinique se façonnent avec l'**expérience**, sa propre sensibilité et une forme d'intuition :

« D'ailleurs ça fait partie de mes éléments de langage moi, quand ça... Pour une décision de SPDT, de dire que c'est quelque chose qui s'imposait. Un peu comme si c'était pas vraiment moi qui décidait mais la situation quoi. Y'a un truc un peu comme ça. » S9

« J'ai une sorte de scénario qui suit, que j'ai... Que j'ai toujours suivi dans l'équipe où j'étais et c'est vrai que voilà, après oui... Sur le moment... On re-réfléchis après mais sur le moment non. » S7

4.4.1.2 Contraintes externes

Les contraintes environnementales rapportées, qui entrent en jeu dans la décision sont principalement le manque de temps et la pression du flux de patient liée entre autre aux ressources humaines en santé qui ne sont pas assez suffisantes. Le choix d'une option dépend également des alternatives disponibles sur le secteur qui permettrait un suivi rapproché du patient le temps de la crise. Les tiers (famille, tuteurs, police) interviennent comme facteurs de pression externe mais ont un impact sur la décision assez limité lorsqu'une hospitalisation n'est pas jugée nécessaire par le médecin. La famille est évoquée surtout dans la prise en compte d'un travail de négociation et de pédagogie, leurs ressources sont évaluées dans la décision, des hospitalisations de répit sont possibles mais loin d'être systématiques.

« Il faut expliquer aux patients pourquoi on le fait et... Et au tiers aussi, enfin à la famille, pourquoi les choses ont été faites comme ça et pourquoi on les fait pas aussi, puisqu'il y a beaucoup de familles qui demandent une contrainte, notamment d'un point de vue de pathologies addictologiques. » S3

4.4.2 Complexité

Environ la moitié des praticiens fait part d'une **ambivalence** qui prend la forme d'une hésitation, un questionnement, un sentiment de mal-être :

« (...) peut être un peu mal à l'aise parce qu'effectivement, c'est jamais agréable de contraindre quelqu'un, en fait, ça se passe plus ou moins bien (...) » S4

« (...) c'était d'autant plus difficile de mettre en place à la fois les soins sans consentement et surtout les contentions heu... Quand on... Quand on se liait très facilement avec lui (...) » S5

« (...) ce qui me vient à l'esprit dans mes pensées c'est aussi un mal-être (...) » S1

Ils se retrouvent face à des **injonctions paradoxales** qui mettent en concurrence des principes généraux déontologique, éthiques ou cliniques. Ici la collision entre les principes de bienfaisance et de non-malfaisance(35) :

« Il y a la notion de bienveillance, même s'il y a certains soins qui peuvent se rapprocher de la maltraitance et la contention peut faire penser à ça. » S1

Le Dr S4 se questionne sur la bonne distance par rapport au patient : peut-on aller à son domicile sans son accord ? Quand privilégier le principe d'assistance à personne en danger à la liberté d'auto-détermination ?

« Donc, quand on sait qu'on a un patient qui ne va pas bien... Aller au domicile ben... Nous on a des équipes mobiles mais aller au domicile d'un patient qu'on n'a pas vu depuis quelque temps ou qu'on connaît pas... Moi je trouve que c'est quand même très très délicat dans ce genre de contexte là. » S4

Ici le principe de bienfaisance rencontre également la liberté d'auto-détermination :

« Là où c'est compliqué, c'est quand effectivement ça va à l'encontre du souhait du

patient qui se montre véhément... A ce sujet où là... On se sent un peu, un peu coupable à l'idée de... D'imposer quelque chose. On sait que c'est pour le soin d'autrui mais... Qui va clairement à l'encontre de sa volonté sur l'instant même si c'est encore une fois teinté par... La pathologie qu'on essaye de traiter. » S5

Et, encore une fois, une inconciliabilité entre cadre légal et application pratique :

« Je trouve que cette loi elle est... Elle surcharge le travail des psychiatres et ça va pas pour autant diminuer les isolements et les contentions et... En fait la pause d'une isolement ou d'une contention, c'est aussi... C'est pas par plaisir qu'on fait ça, souvent c'est que le patient il en nécessite... Parce que du coup, dans les 24 premières heures d'un isolement, ben faut qu'on évalue toutes les 6 heures, y compris la nuit. Et donc, ce n'est pas adaptable pour les services où il n'y a pas d'internes parce que, en fait, c'est la réalité de la région. Il y a plein de services où il n'y a pas d'interne de garde. » S3

Il est demandé aux médecins de déterminer **l'intérêt du patient** en cas d'altération du jugement. Comment ? A partir de son propre référentiel et d'une certaine idée de la norme ? Les **conséquences potentielles** de la mesure seront également évaluées, tout en sachant qu'on ne peut prédire ce qu'il va se passer.

« J'essaie surtout de... déterminer... La nécessité ou non de mettre en place des soins sans consentement chez un patient . Est-ce que c'est quelque chose qui va lui être profitable ou non. » S5

« Je pense que dans d'autres secteurs, je pense que l'on aurait appelé les secours et les forces de l'ordre, on l'aurait ramené manu militari. Là, on a fait ça. J'avoue que ce n'était pas mon patient. (...) J'étais un peu au courant de la situation, j'avoue qu'on était un peu sur un fil et on n'est pas toujours très à l'aise dans ce genre de situation mais au final, le patient, il a fini par revenir de lui même au CMP. » S4

Le patient évolue dans un **tissu social**, ce n'est pas un atome libre. Le soignant ne peut faire l'économie de cette constellation : les proches, l'environnement social et culturel. Il s'agit de trouver un consensus entre les différents acteurs tout en évoluant dans le cadre de la loi et des attentes de la société.

« Il ne faut pas mettre en porte à faux l'entourage. » S8

Ils mettent en avant la **diversité** des situations cliniques, chacune est singulière. Il faut inventer un nouveau projet de soin pour chaque patient. Ainsi que la diversité des pratiques : un soignant a un style particulier, un établissement son orientation de prédilection.

Et une des particularités de la psychiatrie est la grande part donnée à la **subjectivité** dans le diagnostic et la thérapie :

« C'est toujours intéressant de débattre justement des signes cliniques qui ont été retenus... Qui ont été... Au sein des... Des différentes réflexions de chacun pour pouvoir justement aboutir à une décision. » S5

« Par contre, l'alliance, elle me permet d'avoir ou pas confiance dans mon sens clinique. Si je le connais bien, c'est plus facile de me dire là, il est vraiment en danger ou là il n'est pas tant en danger que ça. Si c'est un patient que tu connaissais pas, tu mettrais en SDT mais là, tu le connais... Tu vas pouvoir faire jouer l'étayage et ça va aller. » S2

De même qu'en médecine, il y a une obligation de moyens et non de résultat, l'incertitude se place également du point de vue des attentes du patient et de la nature des pathologies mentales qui sont, plus généralement, un apprentissage de leur gestion qu'une véritable guérison.

« [Au sujet du soin] Dans l'idéal... C'est... Aider, c'est pouvoir aider à se sentir mieux, quelle que soit la définition de ça pour le patient... Soigner, je sais pas ce que ça veut dire, guérir, j'y crois plus trop. C'est être avec le patient, lui donner un espace dans lequel il peut être lui-même et essayer de trouver des choses qui lui permettent de... De se sentir un peu mieux. Voilà, très modestement. » S5

4.5 Relation médecin-patient

4.5.1 Alliance & soin

La prise en charge d'un patient en psychiatrie se fait au long-cours, elle est décrite comme un **accompagnement** du patient basé sur une **relation de confiance** : l'alliance thérapeutique qui implique une régularité et l'assurance pour le patient que le thérapeute sera capable de tenir ses engagements, d'être un repère suffisamment(48) stable.

« On a fait l'alliance thérapeutique sur le fait qu'il restait hospitalisé une semaine, si on veut maintenir l'alliance, va falloir qu'on se tienne à ce qu'on a dit, il a accepté de venir et on a accepté de pas le contraindre mais va falloir le suivre de près dehors. »

S8

A cet effet, deux d'entre eux soulignent l'intérêt d'assurer une continuité de présence en ayant recours aux mêmes soignants en ambulatoire et en hospitalisation.

« On s'occupe de son patient et on essaie de suivre le patient au cours du parcours de soins. J'aime pas les situations où il y a des discontinuités dans la prise en charge. Il y aurait celui qui intervient en ambulatoire et le patient, il part à l'hôpital et c'est un autre qui connaît pas forcément toute l'histoire. Et puis après, celui du CMP va récupérer son patient et il va pas trop savoir ce qu'il s'est passé à l'hôpital. Je trouve que ça crée des discontinuités, ça complique les choses et je pense qu'il y a bien des patients qui sont parfois réticents à l'hospitalisation, qu'on arrive à faire admettre et qu'on arrive à faire accepter les choses et à éviter de recourir à la contrainte parce qu'ils savent que l'hôpital, c'est le même psychiatre qui va les suivre. » S8

La moitié des praticiens font le constat que les SSC n'affectent pas ou peu l'alliance, en particulier si c'est un patient connu et avec l'intention d'expliquer les décisions prises :

« Pour ma part, toujours, il est nécessaire de reprendre après coup à froid le... Les modalités de l'hospitalisation, pourquoi on l'a fait, dans quel contexte... La plupart du temps, le patient d'ailleurs, il est... Il est capable de faire cette relecture et de...

D'analyser que c'était en effet nécessaire. » S6

Tandis que l'autre moitié notera qu'elle est plutôt ou très affectée :

« Moi je trouve qu'il y a quelque chose qui se brise quand même. (...) Les infirmiers sont venus dans le bureau, je lui ai dit "Vous allez mal, vous allez être hospitalisée", elle l'a super mal pris... Bon, elle a jeté son sac par terre, elle a voulu se sauver, on a fermé le CMP... C'était compliqué... C'était compliqué et après l'alliance... Il y a quelque chose qui s'est cassé, clairement. Elle est plus trop venue me voir et puis elle est revenue mais les entretiens n'étaient plus comme avant. » S10

Lorsqu'elle est interrogée, la notion de soin en psychiatrie est d'abord associée à son aspect multi-dimensionnel : elle ne concerne pas uniquement un abord médical qui se résumerait à la triade diagnostic/prise en charge/traitement mais aussi un accompagnement psychothérapeutique, familial, social au sein d'un réseau de professionnels.

Le Dr S2 souligne que le corps du patient est souvent oublié ou tabou. En tant que soignant, il semblerait que la seule autorisation à toucher le patient soit lors de la contention physique. Il n'y a pas de moments positifs associés au toucher. Or, dans des situations particulières et en prenant compte des enjeux transférentiels et contre-transférentiels, le toucher pourrait aussi rassurer, contenir.

« Parce que malheureusement, les patients à mon avis ne sont pas assez touchés physiquement. Ils sont contenus et on les touche plus quoi. Si... Ils sont dangereux

aussi hein, c'est normal, on veut pas se prendre un pain.... Je comprends très bien mais dès que possible, essayer de toucher le patient, faire des gestes corporels et essuyer sur son visage, la transpiration... Des choses... Des petites choses qui vont remettre le patient dans l'humanité. » S2

4.5.2 Alliance & profil de patients

Certains praticiens s'accordent à dire qu'il faudrait être plus vigilant en début de prise en charge car il serait plus délétère de commencer par une mesure de contrainte chez un nouveau patient. Il s'agirait de prendre le temps d'établir une relation et d'essayer des alternatives pour que le patient puisse se préparer à l'idée d'être hospitalisé, même si "ça se finit" par une SDT :

« Je pense que du coup, il a... Il a plus facilement compris pourquoi on a fait une mesure de soin sous contrainte parce que au début, je ne lui ai pas sauté dessus d'emblée le premier jour où je l'ai vu un peu excité pour l'hospitaliser sous contrainte, j'ai pris le temps et d'ailleurs ça, je le lui ai rappelé quand je l'ai revu après en lui disant bah... Oui, je regrette un peu qu'on ait dû en arriver là mais en même temps, j'ai essayé de voir... A un moment donné, il a manqué mon rendez vous, il est pas venu enfin... Je lui ai rappelé qu'on avait essayé de mettre en place des choses qu'il avait refusé et que voilà... » S4

L'importance d'un débriefing, repris plusieurs fois après la mesure de contrainte est également mis en avant par les interrogés.

Les profils de patients qui poseraient le plus de difficultés aux professionnels lors d'une mesure de SSC seraient : les patients ayant des idées suicidaires pour lesquels l'abolition

du jugement est jugée partielle, les patients consultant en ambulatoire (difficultés logistiques) et les patients connus, suivis avec lesquels une alliance est déjà établie. D'autres situations apparaissent au cas par cas : lorsqu'il n'y a pas de consensus familial vis à vis d'une hospitalisation, les patients en rupture de soins, les profils état-limites, psychopathes et paranoïaques et les patients auxquels le praticien peut s'identifier.

« Oui, bien sûr, c'est plus difficile de mettre en hospitalisation, à la demande d'un tiers, un patient qui nous ressemble. Où on se dirait... Ouais peut-être nous dans la même situation... » S2

Les médecins reconnaissent par ailleurs que certaines situations sont plus faciles à gérer : les patients que l'on ne connaît pas, une altération du jugement marquée dans les troubles psychotiques ou les troubles de l'humeur, l'absence d'opposition.

L'ambivalence des patients ayant un trouble psychotique est décrite comme facilitatrice :

« Mais il n'empêche que... Le fait qu'on l'ai hospitalisée, ça ne la trouble pas plus que ça alors qu'elle est en train de dire qu'elle est... Qu'elle n'est pas malade. Mais bon, c'est là toute l'ambivalence de la psychose qui fait que tout est... D'ailleurs, c'est cette ambivalence qui sert des fois à ce que ça marche. Là, elle aurait pu essayer de courir, de je ne sais pas quoi. Elle n'a pas du tout... Contredit physiquement la décision tout en disant verbalement qu'elle ne voulait pas. Et même chez des patients plus... Même potentiellement plus agressifs, souvent, cette ambivalence qui est peu ou pas exprimée, elle est... Elle nous est utile à ce moment-là. Le petit bout d'eux qui a envie de se soigner, on le prend mais... Ce n'est pas la

chose la plus... La plus agréable du métier. » S6

Ce sont des patients qui sont décrits comme ayant des difficultés à s'inscrire dans une continuité et à établir des liens du fait de leur pathologie. Il peut y avoir un sentiment de frustration de la part des soignants devant les ré-hospitalisations en SDT itératives, après décompensation sur un arrêt de traitement ou une inobservance. L'impression que les choses se répètent sans avancer.

Mettre le praticien devant une situation telle que le seul recours restant est une mesure de SSC peut être décrit comme une forme de **communication** : une demande de cadre de la part du patient, une interpellation du soignant presque malgré lui. La demande de limites aussi rigides qu'une contrainte semblerait faire partie du mode de fonctionnement du patient, retrouvé souvent lorsqu'il y a des traits de personnalité états-limites. C'est aussi ce type d'interaction qui est décrit comme "un rapport de force" ou un "bras de fer".

« Et je pense qu'elle a eu... Voilà, besoin de se confronter en refusant toutes les propositions de soins que je lui faisais, je pense que c'était... Une manière pour elle, inconsciemment hein, de tester, de voir jusqu'où j'irais pour... Pour... Pour l'aider, pour la protéger. » S4

Parfois, le patient semble **ne pas souhaiter être acteur** de son choix :

« On a senti que le patient, c'est juste qu'il voulait pas consentir. Il ne voulait pas être le responsable de son hospitalisation mais une fois que nous, on prend la responsabilité de son hospitalisation, ça se passe très, très bien. » S2

« Des fois, il y a des patients qu'on contraint parce qu'on dit que le consentement, il est faible ou non recevable mais finalement, le patient, il est déjà dans l'idée, quand même, qu'il va être hospitalisé. » S8

Il peut, par ailleurs, y avoir une forme de **théâtralité** au moment du SSC :

« C'est normal que sur le coup, ça suscite de la colère et de... Des représailles, au moins dans les menaces quoi hein. Mais bon (rires) Ça fait partie du jeu, enfin du jeu... C'est pas très agréable sur le coup mais enfin... On s'en remet surtout si après, on voit que ça sert à quelque chose. » S6

« Et elle refait un geste suicidaire dans le service, je pense juste après l'entretien. (...) Quelque chose d'assez démonstratif hein, elle se strangule, heureusement les soignants ont pu... La voir et aller interrompre son geste assez rapidement mais du coup, ça s'est terminé, alors en soins sous contrainte. » S4

Le Dr S7 mentionne qu'au moment de la mesure, l'intervention des soignants peut être vécue par le patient comme une unité uniforme, persécutrice :

« A partir du moment où il y avait le 2ème ou 3ème médecin qui était d'accord avec le premier, tout se mélangeait et finalement, la colère ne restait pas. » S7

4.6 Coordonnées

4.6.1 Temporalité

4.6.1.1 Histoire naturelle

L'accompagnement d'une personne en demande de soins psychiques se fait dans la durée. Si le patient est connu du soignant, le moment du SSC est **paroxystique** et intervient dans une certaine temporalité qu'on pourrait résumer ainsi :

Rupture d'équilibre avec dégradation de l'état clinique

--> échec des négociations et d'éventuelles propositions de prises en charge ambulatoire

--> SSC

--> reprise de l'évènement ("débriefing") et remise en route d'un accompagnement

La contrainte apparaît soit comme un moment aigu isolé lorsque le patient n'est pas connu/en rupture de soin ou bien comme un moment avant lequel une certaine latitude d'anticipation et d'observation est possible. L'expression consacrée "**d'échec de l'ambulatoire**" est utilisée par plusieurs soignants.

« Enfin, des patients qu'on connaît, des patients psychotiques qu'on connaît bien et dont on connaît aussi les phases de décompensation, je dirais qu'on s'y prépare quand on commence à avoir des voyants qui passent au rouge là, soit qu'on les voit se dégrader, soit que la famille ou le médecin traitant nous interpelle en disant bah... Ça va plus, il a arrêté son traitement, et puis à nouveau il y a des éléments délirants. » S4

Elle est certes paroxystique mais peut-être **cyclique** et se répéter chez un même patient.

La décision de recours ou non à une mesure de contrainte se fait notamment sur l'évaluation des **conséquences** potentielles. Elles sont multiples et peuvent être : traumatiques par la nature de l'acte de privation de liberté (souvent surtout pour les contentions et isolements), familiales si la prise en charge du patient à domicile désorganise ou met en danger les proches, judiciaires s'il y a un risque auto ou hétéro-agressif, liées à la dégradation neurologique d'une décompensation non traitée...

« Le risque, c'est que la SDT créé un traumatisme, un vrai psycho-traumatisme et que ces psycho-traumatismes, après, on ait du mal à les soigner, en plus de la pathologie mentale. » S2

« (...) Un patient délirant. Parfois, il fait de mal à personne et à bas bruit. Puis c'est pas grave. Mais quand on connaît bien le patient, on sait très bien que dans 3 jours, on va le retrouver complètement délirant. Et au niveau neurologique, au niveau familial, tout ça, ça crée des dégâts. Donc, c'est de la prévention. » S2

Une des fonctions du travail thérapeutique sera de **reconstruire l'histoire** de la décompensation et de remettre une narration sur les événements. Différentes reprises seront faites entre le médecin et le patient notamment rapidement après la mesure :

« Et surtout après le principal c'est... Souvent moi je faisais beaucoup de débriefing heu... Finalement... Pendant l'hospitalisation avec le patient, en entretien... Réexpliquer souvent pourquoi il était sous contrainte, pourquoi je l'avais fait et est-ce qu'il avait compris à chaque certificat. » S7

4.6.1.2 Evolution des pratiques

Avec l'expérience, les professionnels prennent du recul par rapport à leurs débuts: ils décrivent **moins de culpabilité** et **plus d'humilité**.

« J'ai fait un peu le deuil de mon fantasme de toute puissance. » S1

« Je ne suis pas sûre... Moi j'ai... Que j'étais humble quand j'étais jeune professionnelle. On a toujours un peu quand même l'impression qu'on va sauver le monde, puis qu'on va y arriver. Et puis, il y a eu cette première expérience que je t'ai racontée du patient qui s'est suicidé. Tout d'un coup, tu prends une grosse baffe et après plein de petites baffes. » S2

Dans **l'évolution des pratiques**, il est constaté un élargissement du champ de la psychiatrie, autrefois restreint à des pathologies très bruyantes et typiques : troubles psychotiques, bipolaires, dépressions mélancoliques.

« On a à l'inverse sur une consultation de CMP, maintenant, de plus en plus de pathologies qu'on n'avait pas avant qui sont des pathologies plutôt de type trouble de personnalité, troubles anxieux, etc... » S6

Les visites à domicile par les IDE sont dans certains secteurs en voie de disparition, dans d'autres, une nouvelle forme d'engagement :

« Il y a plus trop de visites à domicile, les infirmiers veulent pas vraiment... Avant les vieux infirmiers faisaient beaucoup de VAD, c'était génial en fait pour le patient, en

sortie d'hospitalisation, voilà... (...) Ils avaient pas envie d'y aller niveau emploi du temps... Ils préféraient être au CMP. Ça s'est vraiment perdu les VAD moi je trouve sur mon secteur. Fallait vraiment que ce soit que ce soit... Quelqu'un qui soit sous oxygène ou qui peut pas se mobiliser. J'avais beau dire : c'est un patient qui est schizophrène... Ou allez-y à deux... Enfin voilà, je les envoyais jamais chez quelqu'un qui pouvait leur faire peur. » S10

Le manque de temps est déploré, consécutivement à la diminution du personnel et l'augmentation des contraintes administratives :

« On... Bacle les prises en charge : "toutes façons vous allez être hospitalisé, si vous ne voulez pas, vous allez être contraint" alors qu'on devrait prendre du temps. Le jeune monsieur là que je racontais bah, ça a pris du temps. Il était aux urgences, elle l'a vu, j'ai été appelé, j'ai quitté la synthèse... Et voilà, on a mis du temps pour faire ce compromis. Peut-être que... Est-ce que la désertification médicale des professionnels au niveau des services fait que... On veut aller plus vite et qu'on prend moins de temps, je sais pas. » S8

Le Dr S3 craint un changement dans la nature même du travail de psychiatre pour les années à venir :

« J'ai vu la diminution du nombre de médecins psychiatres dans la région et donc j'ai une inquiétude par rapport à notre devenir et j'ai l'impression qu'on va plus être organisateurs de soins psychiatriques territoriaux que médecins et en gros, on va plus diriger des équipes plutôt qu'être médecin et voir des patients, donc, ça m'inquiète. » S3

4.6.2 Espace

L'organisation spatiale des lieux de soin est abordée par le Dr S8. En effet, l'accès à l'hôpital psychiatrique dans lequel il exerce n'est pas aisé à trouver, dans un lieu assez désertique renforçant l'idée qu'on se fait de l'asile isolé pour tenir les fous à l'écart :

« (...) en plus, le chemin n'est pas éclairé... Vous avez vraiment l'impression que la psychiatrie est au milieu de nulle part en dehors de la ville. » S8

Plusieurs médecins décrivent l'hospitalisation en psychiatrie comme un monde à part, très stigmatisé qui paraît hostile aux yeux des non initiés et qui a ses propres règles... Une hétérotopie(49).

« Parce que la psychiatrie ça fait peur au patient aussi. » S1

Au sein d'unités où les portes peuvent être fermées, l'architecture organise l'espace et peut contenir ou étouffer par ses murs :

« Si tu as de l'espace tu... Tu contiens mieux les gens dans un grand espace que dans un petit espace. » S2

Il existe différentes configurations selon les structures, plus ou moins pratiques, plus ou moins bien pensées :

« Parce que je me rappelle très bien qu'à [nom de l'établissement], c'était génial ce qu'on avait... De pouvoir fermer... Je n'ai jamais retrouvé ça nulle part. On ferme une

aile où il y avait quatre ou cinq lits, donc du coup, les patients qui dorment dans cet endroit bah, faut leur trouver une place. Et puis, c'est comme si on avait une hospitalisation... Un lieu d'hospitalisation pour une seule personne, avec deux professionnels qui sont là et 24-48 heures s'il le faut. » S2

En France, la psychiatrie est un vecteur de contrôle social associée à des lieux d'enfermements en secteur fermé. Pourtant, on peut se poser la question de l'**étanchéité** de ces services qui, à l'hôpital contrairement à la prison, est relative :

« Ça arrive des fois qu'il y ait des sorties sans autorisation. On sent que les gens sont pas contents, la cadre de santé est pas content... Pas contents envers l'équipe quand il y a sortie sans autorisation. Effectivement, les gens sont hospitalisés parce qu'il y a des risques particuliers qui justifient en particulier la contrainte, etc. Ça reste un l'hôpital et pas une prison, même si ce sont des services qui sont fermés, moi ça ne me choque pas que un patient même en soin contraint, il arrive... Pas naturellement mais qu'il trouve un moyen pour sortir etc. Si il trouvait pas du tout de moyen pour sortir, ça voudrait dire que l'hôpital est devenu une prison, je trouverai ça très inquiétant. » S8

Relativité en écho avec la confusion que peut éprouver le praticien entre ses devoirs envers le patient et ses devoirs envers la société. L'attribution des espaces n'est pas totalement rigide en attestent certains patients en soins libres hospitalisés en secteur fermé ou simplement la fermeture par les services, libres y compris, des portes principales la nuit qui empêchent la liberté d'aller et venir.

Par ailleurs, les espaces divisent les patients en catégories de troubles : au sein d'un même hôpital, on peut retrouver une unité prévue pour des patients anxio-dépressifs relativement stables, une autre pour des patients atteints de troubles psychotiques ou bipolaires. A des fins de dé-stigmatisation assumée, certains médecins préfèrent mélanger les pathologies :

« (...) Confronter le psychotique délirant à un peu de, entre guillemets, « normalité », c'est à dire de gens non délirants et plus ancrés dans le réel, je pense pas que ce soit contre productif pour lui. Et confronter le malade névrosé en souffrance x ou y à d'autres formes de troubles, je pense pas non plus que ce soit contre productif, même si des fois ça fait peur et c'est impressionnant ben... C'est aussi la réalité des choses. (...) Vous vous retrouvez avec eux et avec les mêmes troubles, avec les mêmes pathologies et je trouve que ça apprend la tolérance... Que de côtoyer des gens délirants. Ça apprend aussi à mieux les tolérer et les accepter. » S8

Ici, le Dr S8 se demande dans quelle mesure l'espace crée la fonction :

« Quand je suis arrivé dans l'unité d'hospitalisation, on n'avait pas de chambres d'isolement et on en a une depuis... On a investi le nouveau bâtiment en [date]... Il y en avait une mais qui n'était pas vraiment utilisée... Elle a été équipée l'année dernière du fameux lit... Le gros matelas au sol... Enfin bon, jusqu'en [même date], il y en avait vraiment pas du tout. Ça ne m'a jamais manqué et j'ai jamais eu l'impression d'en avoir besoin. Maintenant qu'on en a une, elle est très souvent utilisée. Bizarre (rires). Est-ce que finalement, le fait qu'il n'y en ait pas, on arrive à se débrouiller autrement, qu'on allait plus chercher le lien... Est-ce que maintenant, par

facilité, parce qu'on a le local aménagé... On peut se poser la question. » S8

En dehors de temps dédiés spécifiques comme les réunions institutionnelles, la plupart des échanges cliniques entre les différents corps de soignants a lieu dans des espaces "entre", informels, interstitiels(50) :

« La salle où on boit le café au CMP » S6

« Mon voisin de bureau » S3

« Tous les midis... On mangeait ensemble avec les collègues et c'était vraiment le lieu... Alors uniquement au niveau médical hein, où on parlait vraiment de toutes les difficultés qu'on avait eu.» S7

D'autre part, tous s'accordent à penser que l'accès aux soins sur le territoire doit être amélioré. Malgré les promesses du "tournant ambulatoire" ces dernières années, l'offre est loin d'être suffisante et les dispositifs inégalement répartis selon les politiques de secteur. Dans l'unité du Dr S4, l'accent a été mis sur le développement d'équipes mobiles. Il revient sur son expérience des visites à domicile, outil permettant de renforçant l'alliance mais pouvant aussi entraîner chez le patient une sensation d'intrusion (*cf complexité*) de son espace.

« Au début, quand vous dites aux gens que vous allez venir les voir chez eux... Ils vous font répéter parce que... "Oh, vous allez venir chez moi docteur ?" "Bah oui" et ça, je pense que les gens y sont sensibles, d'ailleurs ils sont souvent dans leurs petits souliers... "Vous voulez boire quelque chose" tout ça... Et ça... Vraiment ça fait quelque chose dans l'alliance. Les gens se rendent compte... Enfin, c'est

dommage qu'il faille ça pour s'en rendre compte parce qu'on le fait aussi quand on hospitalise les gens mais en tout cas, ils... Ils ont davantage l'impression qu'on se soucie d'eux, de ce qu'ils veulent, de ce qu'ils... On est plus à l'écoute de leurs besoins. » S4

4.7 Loi et soin sans consentement

4.7.1 Responsabilité

Comme nous l'avons évoqué plus haut, la responsabilité d'une évaluation psychiatrique et la décision ou non de mise sous contrainte est portée uniquement par les médecins. Cependant, le sentiment du poids de la responsabilité se dilue dans l'équipe de soin lorsqu'il y en a une, par les échanges entre collègues pendant et après les entretiens avec le patient. Sentiment conforté dans la procédure de SPDT puisque le patient rencontre trois médecins différents, à priori indépendants, en 72h.

La responsabilité médicale va au-delà du patient puisqu'ils rapportent se sentir également responsables de la sécurité du personnel et des autres patients dans les unités, ce qui peut conduire à des situations de mise en isolement ou contention justifiées dans un contexte d'insuffisance de ressources humaines mais qui auraient peut-être pu être gérées autrement avec des moyens plus importants.

L'évolution de la loi et d'une société de plus en plus procédurière peut aller dans le sens de décisions sécuritaires et sécurisantes pour le praticien qui garde en tête leurs potentielles conséquences juridiques. En effet, faire confiance au patient dans des situations pour lesquelles une hospitalisation se questionne mais ne s'impose pas forcément veut dire en supporter les risques.

4.7.2 Législation

La psychiatrie fait partie des spécialités médicales qui sont le plus en interaction avec la loi et la société.

Globalement, les médecins interrogés regrettent l'augmentation du temps administratif lié aux contraintes légales qui se sont complexifiées depuis 2011. Ils regrettent aussi l'inconciabilité de la mise en pratique de ces obligations.

« On a l'impression que c'est la procédure qui prend le pas sur l'évaluation clinique. En contention, il reste un certain temps, on doit produire des justificatifs... Et mettre toutes les périodes etc... On y passe un temps fou à faire des papiers qui est pas du temps pendant lequel on est avec le patient pour le rassurer aussi de la mesure... »

S8

Ils peuvent avoir l'impression d'une ingérence de la justice dans les prises en charge médicales, créant de la discontinuité et la remise en question de leur exercice, soupçonné être négligent voir maltraitant.

« Une évolution, plutôt dans le mauvais sens. Je me souviens que... En tout cas pour la contrainte, tous les papiers qu'on devait faire. Tous les certificats... Ça s'est complètement dégradé, on est fliqués... Parfois mes hospitalisations étaient levées parce que le certificat était pas assez fourni donc c'est encore une perte de temps, on refait une hospitalisation sous contrainte... Non ça va pas du tout. » S10

« J'y vois... Énormément de rigidité, en fait dans le système et... Mon a priori, mais

c'est peut-être faussé hein. Mais c'est qu'on demande des comptes, en fait... Aux psychiatres. Comme si... Ils étaient encore en train de faire du mal aux patients, on prenait plaisir finalement à les... A les contraindre et donc on lui demande des comptes pour s'assurer que... L'on n'est pas en train de... D'abuser de nos patients.

» S5

Il y a une ambivalence vis à vis de mise à jour de la loi 2021. Il est jugé normal qu'elle se préoccupe de contrôler les potentielles dérives, renforcer les droits des patients. Il y a de la pertinence à proposer un suivi rapproché clinique des contentions/isolement mais les conséquences négatives sont majoritairement évoquées :

« Elle surcharge le travail des psychiatres et ça va pas pour autant diminuer les isolements et les contentions... En fait la pause d'une isolement ou d'une contention, c'est aussi... C'est pas par plaisir qu'on fait ça, c'est que le patient il en nécessite... »

S3

Par ailleurs, la présence du juge et le rappel de la loi permet d'introduire un tiers dans la prise en charge, indiquant au patient que le corps médical n'est pas tout-puissant.

« De judiciariser, je trouve que c'est pas mal non plus et je me suis souvent appuyé aussi auprès des patients en soins sous contrainte, en leur expliquant bien que c'est une mesure... Légale, qui est prévue dans le droit français et qui respecte le droit français. C'est pas un médecin qui tout seul dans son coin... Je trouve que l'intervention du JLD d'ailleurs, même si parfois elle nous pose souci, elle est intéressante parce que ça permet qu'il y ait quand même... (...) On vit dans un état

de droit et heureusement qu'on ne peut pas arbitrairement enfermer des gens sans que... Sans qu'il y ait aucun contrôle. » S4

4.7.3 Soins sans consentement

Tous les médecins interrogés reconnaissent la contrainte comme un outil nécessaire en psychiatrie. Elle représente en général une petite partie des soins. Il existe différentes cultures dans la pratique des SSC en fonction des politiques d'établissement, de service et/ou du praticien. Quatre d'entre eux évoquent avoir été témoins d'abus alors que deux mentionnent qu'ils ne pensent pas qu'il y ait de contraintes non justifiées.

« Donc en fait, il a été hospitalisé sous contrainte alors que je pense que d'autres choses auraient pu être faites à ce moment là. » S3

« Des situations qui étaient... Légitimes sur l'instant mais qui n'étaient pas... Légitimes en termes cliniques. Qui étaient légitimes en termes de défaillances institutionnelles. Y'a pas assez d'équipes infirmières... » S9

On notera que les traitements par neuroleptiques retards sont également considérés par certains psychiatres comme une forme de privation de liberté :

« L'alliance, elle a volé même s'ils disent accepter l'injection. Des années après, c'est celle qui m'a mis sous injection. » S2

Ils soulignent que contrairement à la psychiatrie, les contentions d'autres spécialités (neurologie, gériatrie, urgences) sont moins tracées et réglementées.

Plusieurs idées ont été évoquées pour limiter l'utilisation des SSC. En prévention

primaire : plus de disponibilité du personnel soignant, une amélioration de la formation de ceux-ci, un travail sur l'alliance thérapeutique, le développement d'alternatives en particulier le suivi intensif en ambulatoire, un meilleur accès aux soins sur le territoire, un soutien plus important aux familles des patients et un travail sur la dé-stigmatisation de la psychiatrie, des lieux plus adaptés...

« Prendre du temps. Prendre du temps pour parler au patient donc avoir du temps. Avoir de l'espace... » S2

La prévention secondaire est axée sur l'augmentation des ressources humaines dans les unités afin d'améliorer l'accompagnement du patient, pouvoir être plus nombreux et plus attentifs dans les situations aiguës comme les agitations.

Les programmes de soins sont abordés spontanément par environ la moitié des psychiatres. Les avis sont mitigés : certains y voient un outil répondant à un besoin de suivi obligatoire en ambulatoire qui apporterait un cadre plus rigide. L'adhérence se baserait en général sur la dissuasion car le recours à l'hospitalisation serait finalement assez rare. D'autres y voient un dispositif stigmatisant ou un peu trop pessimiste vis à vis de l'histoire naturelle de la maladie qui serait vouée à la rechute. Ils s'accordent néanmoins sur le recours au programme de soin en cas de dangerosité psychiatrique avérée. A noter qu'il peut y avoir une confusion pour le patient entre suivi SPIP et PDS.

« Déjà, je trouve que c'est stigmatisant pour le modèle de psychiatrie... Le programme de soins existe pas dans la loi pour les maladies somatiques. Je ne suis pas convaincu que un schizophrène qui sort de l'hôpital qui arrête son traitement soit

plus dangereux pour la société que Monsieur X, le coronarien qui n'a aucun trouble psychiatrique mais qui, pour tout un tas de raisons, peut ne plus avoir envie de prendre des médicaments puisqu'il en a marre d'avoir vingt comprimés par jour et qui ne prend pas son antiagrégant plaquettaire et qui prendra l'autoroute avec sa bagnole... Peut-être qu'il peut faire un arrêt cardiaque sur l'autoroute et tuer la famille de Monsieur Y qui sont en vacances... Qui est le plus dangereux ? Et il n'y a pas de programme de soins pour l'un, pourquoi il y en aurait un pour l'autre ? » S8

4.8 Exercice de la psychiatrie

4.8.1 Equipe, institution

La psychiatrie est une spécialité de la relation, il y existe une **horizontalité** entre les différents acteurs médicaux et paramédicaux peut-être plus importante qu'ailleurs. Les décisions médicales sont prises souvent en consensus avec les partenaires :

« Donc, de temps en temps, ça peut être l'équipe mais enfin si... L'objectif c'est de travailler en équipe en CMP donc ça tombe plutôt bien, ça peut être les infirmiers qui... Qui ont une analyse plus juste... De l'intensité, du désordre au moins à l'instant T. Mais de toutes façons, la décision finale elle est quand même de notre ressort mais... Je me souviens pas de... De ne pas... De m'être opposé à un infirmier dans ce domaine-là. » S6

Depuis la disparition de l'apprentissage spécialisé en psychiatrie, la formation des infirmiers est jugée insuffisante. Néanmoins, ce sont eux qui sont en contact continu avec les patients et gèrent physiquement les contentions. Les psychiatres auraient alors un rôle **régulateur** dans les équipes, permettraient de mettre une distance entre les affects

exprimés par les membres de l'équipe paramédicale et les comportements de patients.

« Bah ça suffit pas quoi, de vouloir bien faire. Faut être formé, faut pouvoir... Se prendre des trucs dans la tronche, faut connaître la clinique pour pas prendre personnellement une violence, symbolique ou... Et pour ne pas être soi-même un agent d'une violence, là illégitime. Donc ouais, plus de... Peut-être pas nécessairement plus de moyens mais en tout cas plus de... Si, plus de moyens puisque les moyens en psychiatrie c'est les moyens humains. Plus de personnel mais plus de personnel formé. » S9

« Il y avait des services qui étaient un peu laissés à l'abandon... Je pense que la question de l'isolement et de la contention, quand elle est abusive, c'est par défaut de... De moyens médicaux. Je pense que c'est là où il y a pas de médecins. Moi, j'ai vu dans mon internat des services où les médecins... Des services de « chroniques », entre guillemets, comme on disait par le passé, c'est pas très... C'est pas très beau mais c'est comme ça que c'était écrit, où les médecins passaient très peu et que pour les infirmiers... Livrés à eux-mêmes, se retrouvaient à gérer puis à décider un peu arbitrairement de... d'isolements, de contentions. Des trucs qui n'étaient pas réévalués. » S4

Une attention particulière est donnée à l'**ambiance** dans les unités :

« (...) si l'équipe est clivée, on n'est plus soignants. » S8

Travailler en équipe est plus **sécurisant** :

« En tout cas, on sait que dans certaines situations, certains profils de personnalité

ou de certains profils de trouble, ça peut monter. On essaie d'être vigilant et de se protéger les uns les autres de... La grande force c'est qu'on est en équipe. C'est pire pour le psychiatre libéral qui est tout seul dans son cabinet, qui veut hospitaliser quelqu'un sans le consentement... Il peut pas appeler l'infirmier pour venir avec lui à l'entretien.» S8

4.8.2 Public / Privé

L'exercice à l'hôpital public est caractérisé par les médecins interrogés comme :

- Une organisation hiérarchique pyramidale,
- De nombreux partenaires paramédicaux et sociaux,
- Un dynamisme d'équipe avec le sentiment d'une responsabilité partagée,
- Une solidarité entre secteurs avec parfois un partage des ressources, des gardes
- Une protection plus importante au niveau juridique,
- Une stigmatisation plus forte par les patients,
- Une relative gratuité des soins donc une meilleure accessibilité,
- Une hétérogénéité des profils de pathologies dans les services : il n'y a pas de commissions d'admissions, les patients sont sectorisés en fonction de leur adresse de domicile.
- Une dégradation des conditions de travail et d'accueil des patients

Le verrou administratif peut y être un obstacle à la création de projets :

« [Nom du projet] c'était en 2016. Mais ça dépend de l'hôpital et en fait, il n'a jamais

vu le jour. C'est toujours en cours hein, c'était en 2016, on est en 2022. » S10

Par ailleurs, il peut y avoir l'évocation d'un clivage public/privé.

« Sauf pour ceux qui vont aller s'enfermer dans un cabinet libéral. » S6

Concernant la **pratique ambulatoire en libéral**, elle est plutôt considérée après un passage par l'hôpital :

« Dans un sens, moi je me serais jamais vue partir en consultation après l'internat. J'ai eu besoin de cette formation enfin... On continue de se former à l'hôpital... J'avais besoin de cette expérience. » S10

Les conditions de travail dans le public liées au manque de personnel, l'augmentation des contraintes administratives et la confrontation à la violence participent à ce choix :

« Conditions de travail dégradées, comme tout le monde le dit... Perte de sens, l'impression de plus très bien soigner mes patients... Beaucoup d'administratif. J'en pouvais plus de tous ces certificats... Les refaire... Il fallait les faire avant 16h, enfin... Et puis on était de moins en moins nombreux (...) c'était la course tout le temps... Donc j'avais pas mal de stress sur la fin et... On faisait tout très vite quoi. On est sollicités en permanence. En permanence dérangés dans la pratique, toujours des coups de téléphone, que ce soit des administratifs parce qu'à 16h le certificat est pas fait... Une entrée, une sortie, une agitation, un médecin traitant pour hospitaliser quelqu'un... Enfin... J'arrivais plus à tout faire en même temps. Donc je me suis dit faut que je me pose. Et puis après... J'ai eu deux agressions à l'hôpital... De patients intoxiqués. » S10

Les autres particularités évoquées sont la souplesse dans l'organisation de l'emploi du temps, le soulagement de ne plus faire de gardes et d'astreintes, la solitude à exercer seul. La gestion de patients décompensés nécessitant une SPDT est évoquée assez sereinement :

« J'imagine qu'une situation chaude qui nécessiterait une SPDT... Se terminerait par une fuite. Le patient partirait et moi j'appellerai le 15 et tu vois, un truc comme ça. Donc je l'appréhenderais dans ce sens là, j'arriverai pas à mettre ça en place. J'appréhenderais pas nécessairement pour ma sécurité personnelle quoi. » S9

« Ça me fait pas peur puisque je ne vais pas obliger quelqu'un à rester dans mon bureau parce que j'appelle le 15 et la police (...) » S10

4.9 Ouverture

4.9.1 Formation

La première suggestion mise en avant pour améliorer la formation pendant le DES de psychiatrie est l'intérêt d'améliorer l'encadrement des étudiants, en requérant plus de disponibilité de la part des séniors, de créer un cadre bienveillant qui permette à l'interne de se sentir en sécurité pour échanger et rester sensible à leur expérience, leurs difficultés. Tout en ayant en tête qu'il y a une grande part de hasard dans la rencontre.

Les autres suggestions sont les suivantes :

- Plus d'outils et de conseils pratiques

- Un enseignement pratique de la pharmacologie

- Enseignement de gestes cliniques (ponction lombaire par exemple),

interprétations d'images cérébrales :

« (...) plutôt que d'envoyer nos patients en neurologie, car je pense... C'est plus simple de faire les gestes chez les patients qu'on connaît plutôt que de les envoyer en neurologie où ils seront peut-être... Les équipes seront peut-être en difficulté face à des patients qu'ils connaissent pas quoi. » S3

- Des jeux de rôles pour préparer les situations difficiles

- Des formations à la prévention et la gestion de la violence

- Enseignement en management :

« Tout le monde va pas être chef de pôle mais tout le monde va être responsable de quelque chose, d'une unité, d'un truc. La gestion des relations d'équipe... C'est pas obligé de faire Sciences Po mais on aurait deux ou trois modules sur cette question-là parce que des fois, on transpire beaucoup au début de sa carrière sur ce genre de point, alors que dans d'autres professions, c'est des choses qui sont banales. » S6

- Enseignement en psychiatrie légale

- Approfondissement sur les psychothérapies

4.9.2 Société

Le regard sociétal sur les personnes atteintes de troubles psychiques est encore très dur.

L'individu marginal fait peur et les institutions ont une histoire chargée et imprégnée d'un imaginaire horrifique. Cette stigmatisation de la maladie mentale serait un frein au recours au soin, retardant les prises en charge.

« Et je me souviens, que quand on faisait des gardes aux urgences du CHU de [ville], quand on hospitalisait les gens, qu'il fallait leur annoncer... Fallait leur annoncer que c'était au [HP] quoi. Parce qu'il y avait ce poids là du... "Oh non p*****, pas le [HP]", la maison de fous quoi. » S9*

**HP : Nom de l'hôpital psychiatrique, anonymisé*

Paradoxalement, les patients sont des individus issus de cette même société, pétris par ses normes culturelles qui vont exprimer des pathologies ou des comportements en lien avec l'évolution des mœurs :

« L'agressivité ambiante de la société qui, à mon avis, qui fait partie... Qui se décale dans les services. » S2

« On voit passer la société devant notre bureau quoi : les toxiques, les transgenres, les trucs... Tout tout tout, tout ce qui bouge dans le plan social, ça, ça arrive. » S6

La maladie mentale atteint toutes les classes sociales et les nationalités :

« Le service de psychiatrie, c'est une société en réduction. Tout le monde peut venir que vous soyez clochard ou PDG. Vous êtes au même... Vous vous retrouvez avec eux et avec les mêmes troubles, avec les mêmes pathologies (...) » S8

Le psychiatre se voit attribuer un rôle de contrôle social qui peut être remis en question :

« Je ne suis pas convaincu que un schizophrène qui sort de l'hôpital qui arrête son traitement soit plus dangereux pour la société que Monsieur X, le coronarien qui n'a

aucun trouble psychiatrique mais qui, pour tout un tas de raisons, peut ne plus avoir envie de prendre des médicaments puisqu'il en a marre d'avoir vingt comprimés par jour et qui ne prend pas son anti-agrégant plaquettaire et qui prendra l'autoroute avec sa bagnole... Peut-être qu'il peut faire un arrêt cardiaque sur l'autoroute et tuer la famille de Monsieur Y qui sont en vacances... Qui est le plus dangereux ? » S8

5 Discussion

5.1 Limites et forces de l'étude

Concernant les limites de l'étude, on notera un potentiel **biais de sélection**, les praticiens recrutés pourraient s'être portés volontaire parce que la question les intéresse, qu'ils y sont sensibles.

L'investigatrice est également la **principale analyste** : il est d'usage pour une fiabilité optimale d'une étude qualitative de faire analyser les données par deux à trois personnes. Même la répartition des soignants en libéral/public est représentative de la population étudiée, il aurait été intéressant d'avoir plus de témoignages de **médecins libéraux**.

Le seuil de saturation des données n'a pas été atteint du fait d'un manque de temps et de volontaires.

Concernant ses forces : la plupart des études portant sur ces questions interrogent des patients ou des infirmiers, nous avons choisi d'interroger des psychiatres.

5.2 Discussion

5.2.1 A la demande de qui ?

Finalement, il y a peut-être lieu de s'interroger sur l'expression "Soin à la demande d'un tiers", tant le tiers apparaît peu dans le processus de décision. L'étayage familial est recherché comme moyen de support lorsqu'une hospitalisation est envisagée mais refusée par le patient. Un transfert de responsabilité aura lieu entre le médecin évaluateur et les proches qui s'engagent à veiller sur lui : la demande du tiers est ici de ne pas aller contre la volonté du patient.

Pourtant, si la demande du tiers est une hospitalisation pour son proche, qu'elle soit de répit ou liée à une inquiétude face à son état de santé, la décision finale sera bien celle du psychiatre évaluateur et nous avons constaté dans les résultats que si nombreux facteurs sont à l'oeuvre, la demande du tiers seule pèse peu dans la balance, fait confirmé également par les résultats de Morandi(34) : 70% des professionnels interrogés n'ont jamais ou rarement recours à la contrainte du fait de pressions externes (famille, collègues, police, tutelle, services sociaux), 24% parfois et 5,4% souvent ou très souvent.

Le tiers dans la SDT permet une caution morale, il vient attester que les droits du patients ont été pris en compte et trianguler la relation médecin-patient, évitant, sur le papier, une toute-puissance du médecin. Cette rencontre permet d'explicitier la situation, les raisons de la demande d'hospitalisation et de préparer la sortie. L'expression serait donc quelque chose comme "Soin à la demande du médecin, avec consultation du tiers".

En pratique, il existe un flou juridique lorsque l'hospitalisation est jugée indispensable et qu'un tiers a été trouvé mais la refuse. En 1989, dans l'arrêt Brousse impliquant une patiente présentant un trouble psychiatrique, la famille refuse son placement volontaire ce qui conduit à sa sortie. Dans les conclusions du Conseil d'Etat, il est mentionné que

l'établissement aurait dû alors procéder à une HO(51) :

"La famille de Mme B. s'étant refusée à demander son placement volontaire, il appartenait à l'administration hospitalière, dans le cas où les médecins de l'hôpital estimaient que le maintien de la patiente en milieu psychiatrique s'imposait, dans son intérêt ou celui des tiers, de demander à l'autorité préfectorale d'user des pouvoirs qu'elle tient des dispositions du code de la santé publique, et, notamment, de son article L.350"

Le certificat de péril imminent est parfois utilisé à cet effet. D'après Gobillot(52), sur 122 certificats étudiés : dans 78% des cas, l'absence de tiers n'est pas circonstanciée et dans un cas (4%) le refus de l'hospitalisation par le tiers est la raison du recours au SPPI.

5.2.2 Dilemme

La pertinence d'un questionnement éthique dans le champ du soin sans consentement est en relation avec le fait que la privation de liberté est ici justifiée par le principe de bienfaisance(35,53) dans *l'intérêt du patient*. Etonnamment, **ces pratiques ne sont pas forcément questionnées par les professionnels** : seuls 26,9%(34) des soignants interrogés dans l'étude de Morandi (tout corps de métiers confondus) vivent cette situation comme un dilemme moral ou une dissonance cognitive. Dans une étude finlandaise (54) s'adressant au personnel infirmier, il apparaît que la majorité des répondants sont en désaccord ou complètement en désaccord avec l'idée que l'hospitalisation en secteur fermé (83%), l'isolement (72%) et la contention (66%) posent un problème éthique. Et dans une enquête intitulée *"Le sens de l'éthique en psychiatrie, par delà Beauchamp et Childress"*(33), Caroline Guibet Lafaye (CGL) interroge 90 psychiatres et 17 soignants paramédicaux :

Si "La question posée s'est révélée pertinente pour les deux tiers (60%) de l'échantillon"(55), "L'imposition de la contrainte ne se présentait pas nécessairement à ceux qui en prenaient la décision comme une question éthique"(53). CGL

Dans notre étude, trois psychiatres font une référence directe à l'éthique mais ce questionnement peut aussi prendre la forme chez les autres :

- De l'expression de difficultés, de complexité
- D'une sensation d'inconfort, de malaise
- De l'expression d'injonctions paradoxales
- Un sentiment de regret(56)

En effet :

"Le fait que les acteurs n'identifient pas des situations éthiquement problématiques par eux-mêmes ne signifient pas qu'elles soient inexistantes"(55)

Il semblerait que ce questionnement se résorbe en fait dans la clinique. Caroline Guibet Lafaye propose une éthique particulariste pour la psychiatrie qui, au lieu d'ordonner les principes de façon dogmatique :

"Est alors conçue comme émergeant du cadre singulier de la pratique et comme consistant dans une adaptation à la singularité du patient. Cette éthique pragmatique se conçoit comme une éthique au cas par cas, c'est à dire comme une éthique particulariste."(57)

Pour ce qui est de la résolution de ces apparents dilemmes, dans "*Irreductibilité des conflits normatifs et dilemmes moraux en psychiatrie*"(56), quatre types de résolution sont mises en avant pendant le processus de la prise de décision :

-La convocation d'un principe de premier ordre très général, par exemple le *principe de bienfaisance* ou celui de *préserver la vie humaine* issu de la déontologie. Ce n'est pas le plus courant en psychiatrie, étant donné que souvent, deux principes de valeurs égales peuvent être convoqués en même temps.

-Ordonner les devoirs et les obligations. Soit :

* Les hiérarchiser à l'avance ou à partir de la situation

* Subordonner le devoir moral à **l'obligation commandée par la fonction**.

-"L'équilibre réfléchi" : qui correspond au calcul de la **balance bénéfiques/risques** ainsi qu'à l'utilisation de trois formes d'éthique : le **pragmatisme**, **l'éthique de la discussion** et le **conséquentialisme** pour lequel les conséquences de l'action entreprise constituent la base du jugement et de la prise de décision.

-L'intuition qui s'appuie sur l'expérience et l'alliance avec le patient

En ce qui concerne les résolutions *pratiques* de ces dilemmes moraux, d'après une étude conduite dans le cadre d'un mémoire de bioéthique(58) sont :

- Dans 80% des cas, les praticiens ont recours à une discussion entre collègues et une réflexion de groupe
- Dans 20% des cas, ils ont recours au comité d'éthique de l'hôpital
- Et dans 40% des cas, ils ont recours à une hospitalisation sans consentement en

guise de résolution

L'autrice ajoutera à la suite :

« Ce dernier élément soulève une fois de plus la confusion entre les aspects éthiques et légaux, et la perception d'un refus d'un patient comme générant un dilemme qui, plutôt que de se réfléchir, se résout par voie légale. » C. Grou

L'ambivalence est partagée. Elle est perçue plus facilement chez les patients psychotiques qui l'incarnent de façon contrastée, en faisant co-exister deux états opposés : dans l'exemple du DrS6, son patient s'oppose verbalement à la décision de son psychiatre mais le suit docilement. Elle existe chez la plupart des usagers, notamment pendant les crises suicidaires : leur détermination balance entre l'envie d'en finir et l'envie de continuer à vivre. On trouve en écho cette ambivalence dans le positionnement du psychiatre ou du soignant plus largement lorsqu'il est en proie à une situation qui tient du dilemme moral pendant un soin sans consentement. De cet état indéfini, perplexe qui écarte les voies du temps en un point fixe, émerge des questions philosophiques : sur l'être, la mort, le devoir... Ces moments appellent naturellement une méta-réflexion. Méta-réflexion qui est peut-être en perpétuel mouvement circulatoire dans la psychose, en boucle fermée et rappelle *l'attitude interrogative* décrite par Minkowski(59).

5.2.3 Permanence de l'incertitude

La multiplicité des facteurs à prendre en compte rend l'exercice de la psychiatrie complexe. Il l'est également du fait de l'incertitude de ces facteurs, en atteste l'étude conduite par Marquis et Pesesse au sein des urgences psychiatriques :

« Les pratiques quotidiennes des soignants de ce type de service sont marquées par une incertitude qu'il ne s'agit pas tant de faire disparaître que de gérer(60). »

« Le registre de l' "adéquation" (adapté ou non), fréquemment utilisé, est suffisamment flou pour laisser ouverte la question de l'origine du décalage perçu par les soignants, tout en permettant de fonder des actions futures sur un sentiment d' "inquiétude" (...) le jugement vague en termes d'adéquation constitue une évaluation à plusieurs titres : elle vise à savoir s'il est possible de compter sur la personne tout en ayant une prise sur celle-ci. »(60)

Le **diagnostic psychiatrique** est par nature non objectivable. Malgré les catégories du DSM, il est admis qu'il existe une latitude subjective propre à l'intuition et l'expérience des soignants en psychiatrie. Par ailleurs, il se base sur les éléments verbaux, comportementaux et l'observation du patient qui est libre de s'exprimer avec plus ou moins de sincérité et de se présenter différemment suivant l'interlocuteur : on citera par exemple l'expérience de Rosenhan(61).

Les soignants ont à cœur de répondre aux **attentes**, souvent différentes, des patients et de leurs proches, des institutions, d'une idée de la société. Ces attentes ne sont pas forcément bien définies par les sujets qui les amènent. La détermination de l'**intérêt** (*best interest*) du patient est un point particulièrement sensible, elle est élaborée avec les proches s'il y en a, peut être clarifiée par une discussion à priori avec le patient ou supposée selon certaines normes.

Nous travaillons à partir d'un ensemble de recommandations, de protocoles formalisés qui

sont souvent pertinents à un instant T mais ne sont pas très aidants dans la durée. L'accompagnement des patients se fait sur plusieurs années et résulte plutôt d'une **pratique artisanale**, à partir d'essais et d'échecs. Même en aigu, les recommandations ne sauraient répondre à l'ensemble des situations : la question est de faire au mieux en fonction des **ressources disponibles** à cet instant et des circonstances car les possibilités d'organisation (places en hospitalisation, possibilité d'une consultation rapide, existence d'une équipe mobile) sont elles aussi variables.

5.2.4 Positionnement du médecin au sein de l'équipe

Morandi (34) met en avant que l'impact émotionnel d'une mesure de SSC serait plus important chez les psychiatres interrogés que les infirmiers et le **poids du conflit intérieur** plus grand chez les psychiatres séniors. On retrouve ce résultat dans une étude norvégienne : les psychiatres sont 34,5% à ressentir un conflit d'ordre moral au moins une fois par mois en lien avec les SSC, les infirmiers 12,6%, les managers 0%(62). Les infirmiers qui participent aux contentions et s'y engagent physiquement les percevraient également plus comme un moyen thérapeutique (63) et de protection du patient que les médecins décisionnaires (62).

On peut supposer que la confrontation directe à l'agressivité du patient -car le personnel infirmier reste souvent le plus exposé- entraîne un retrait émotionnel(41) et la répétition des situations de violence, une désensibilisation. Certains infirmiers font remarquer que ce détachement les empêche de reconnaître les besoins du patient pendant la durée de la mesure(38). Les connaissances théoriques parcellaires sur la maladie mentale peuvent aussi y contribuer.

Il semble y avoir également une vision différente de la temporalité entre ces deux corps de métier : les psychiatres se projeteraient à **plus long terme** avec le souci de préserver

l'adhésion du patient aux soins, l'évaluation des conséquences traumatiques d'une prise en charge contrainte. Dans les services de psychiatrie générale, ce sont eux qui font le suivi des patients au long cours et qui les fréquentent en ambulatoire, quand ils vont mieux. Le personnel infirmier serait plutôt dans une gestion de la quotidienneté avec la nécessité d'assurer un certain contrôle sur l'environnement, sur l'unité dont ils sont responsables pour préserver son homéostasie (64) et assurer le calme et la sécurité pour les autres usagers. Le psychiatre est un peu à part de *l'équipe* puisqu'il a une **position hiérarchique** différente et il est **responsable de la décision** d'intervention, même s'il trouve aussi du réconfort dans le groupe ainsi qu'un sentiment de partage du poids de la responsabilité. Il a de plus un **rôle pédagogique** dans la transmission des savoirs liés à sa discipline qui viennent étoffer ses choix de prise en charge.

5.2.5 Quel rôle pour le psychiatre ?

Au milieu du tumulte, deux mouvements opposés : d'une part, l'unification des recommandations internationales et d'associations de patients pour une meilleure reconnaissance des droits des malades et d'autre part, une législation et une inquiétude sociétale sécuritaire qui demandent, par principe de précaution, un encadrement strict des troubles psychiatriques(65).

« La position soignante y est dégradée en "expertise de dangerosité" (65) »

Le paradoxe est observé dans l'architecture et l'organisation des services fermés, ce que nous avons appelé plus haut "porosité des espaces" : les murs d'un service fermé doivent-ils être complètement infranchissables ? Si oui, pourquoi est-ce au personnel hospitalier d'en assurer la sécurité ?

Le flou entretenu sur le rôle de soignant et garant de la sécurité des "malades" et des "non-malades" vient parfois créer de la confusion. En Allemagne, le Dr Martin Zinkler (66) imagine une psychiatrie non discriminatoire dont les postulats principaux seraient l'égalité devant la loi et des soins psychiatriques non coercitifs, à la demande du patient uniquement. Dans le cas d'un patient avec des troubles du comportement évoquant un trouble psychiatrique, qui pourrait présenter un danger pour lui même ou pour les autres, le Dr Zinkler propose :

- Que la police aille à la rencontre de la personne, lui proposant : une consultation avec un psychiatre/un soignant habilité ou aller à l'hôpital. Il est également proposé l'intervention d'un proche ou d'un pair-aidant.

« The principle of non discrimination in the Convention stipulates that persons with an assumed or diagnosed mental illness must not be treated legally different than persons without this attribution. Accordingly, if there are legal grounds to keep the person in custody -irrespective of an attributed mental illness -they will be reviewed by a court of law. »

Les services de santé mentale se déplacent au poste de police. Ils sont sollicitables 24h/24

- S'il nécessite une assistance médicale mais qu'il refuse les soins, le juge peut décider d'appliquer des mesures "*non discriminatives*" comme le garder en détention, l'obliger à se signaler à la police régulièrement ou l'interdiction de quitter le territoire. Il ne peut pas exiger un transfert à l'hôpital du patient sans son assentiment ou l'obliger à des soins en ambulatoire.

« The person may be taken into police custody only if the general criteria (those not related to mental illness) for police custody are fulfilled. If thereafter, the general criteria to remain in custody are fulfilled, the case could be decided by a judge, as with any other person. »

- Si un patient est hospitalisé, qu'il demande une sortie et que les soignants ne sont pas d'accord : une négociation est entamée, présentant toutes les possibilités de prise en charge ambulatoires. Le processus est guidé par la volonté du patient et ses préférences, éventuellement protocolisés en amont sous forme de directives anticipées. La famille est sollicitée, parfois un comité d'éthique ou la justice. Dans le cas d'une personne suicidaire par exemple :

« A determination by mental health professionals alone based on "the best interest" of the patient would no longer be permitted. There may be situations where the actual will and hitherto expressed preferences of the person point in different directions : a person may say they want to end their life (actual will), however, up to this point in their life, they may not have given any indication that they wanted to die (hitherto preferences). Szmukler(67) (2019) suggested looking at will as "person's deep beliefs, values, or personal conception of the good." »

Ce paradigme nécessite une formation spéciale et des lieux d'accueil au sein de la police. Notons que le non-recours systématique à un examen clinique aux urgences peut donner lieu à des retards de prise en charge de pathologies somatiques à expression psychiatrique et que la responsabilité de juger de la dangerosité potentielle est transférée sur le judiciaire.

6 Conclusion

La contrainte au coeur du soin n'a pas fini d'interroger. Elle reste une des particularités de l'exercice de la psychiatrie et met les soignants dans une posture inhabituelle, souvent désagréable qui fait entrer en collision différents principes éthiques et déontologiques. Si son utilité thérapeutique n'a pas pu être démontrée en l'état, il paraît compliqué de s'en passer à l'heure actuelle en France. Concernant l'isolement et la contention, des stratégies de désescalade et de prévention de la violence ont été développées avec succès ; Il semblerait qu'elles ne soient pas suffisamment saisies par les institutions et les professionnels. L'utilisation de ces outils et le développement d'une contre-culture est à espérer dans le futur, bien que ces possibilités soient aussi liées à l'augmentation des moyens humains, qui reste incertaine au regard de la pénurie contemporaine de personnel médical et paramédical. Pénurie qui elle-même n'est pas sans lien avec les conditions d'exercice et la difficulté à gérer ces situations émotionnellement chargées. L'amélioration des conditions de travail et la diversification des alternatives permettent aux soignants de trouver plus de sens à leur exercice.

7 Bibliographie

1. Landron G. Du fou social au fou médical. Genèse parlementaire de la loi du 30 juin 1838 sur les aliénés. *Déviance Société*. 1995;19(1):3-21.
2. Loi du 30 juin 1838 SUR LES ALIENES.
3. Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.
4. Article L3211-3 - Code de la santé publique - Légifrance [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000021941771/2010-02-26
5. Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé (ANAES). Limiter les risques de la contention physique de la personne âgée. *Acta Endosc*. avr 1998;28(2):151-5.
6. Article 72 - LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé (1) - Légifrance [Internet]. [cité 8 mars 2023]. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/article_jo/JORFARTI000031913312
7. Coldefy M, Gandré C. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Quest Déconomie Santé*. 2022;(269):8.
8. Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. *IRDES*. févr 2017;(222).
9. Palazzolo. Restraint and Seclusion in Psychiatry in the Elderly: Review of the Literature. 2015;
10. Huber CG, Schneeberger AR, Kowalinski E, Fröhlich D, Felten S von, Walter M, et al. Suicide risk and absconding in psychiatric hospitals with and without open door policies: a 15 year, observational study. *Lancet Psychiatry*. 1 sept 2016;3(9):842-9.
11. McLaughlin P, Giacco D, Priebe S. Use of Coercive Measures during Involuntary Psychiatric Admission and Treatment Outcomes: Data from a Prospective Study across 10 European Countries. *PLOS ONE*. 29 déc 2016;11(12):e0168720.
12. Georgieva I, Mulder CL, Whittington R. Evaluation of behavioral changes and subjective distress after exposure to coercive inpatient interventions. *BMC Psychiatry*. 30 mai 2012;12(1):54.
13. Bergk J, Einsiedler B, Flammer E, Steinert T. A Randomized Controlled Comparison of Seclusion and Mechanical Restraint in Inpatient Settings. *Psychiatr Serv*. nov 2011;62(11):1310-7.
14. Huf G, Coutinho ESF, Adams CE, Group TSC. Physical restraints versus seclusion room for management of people with acute aggression or agitation due to psychotic illness (TREC-SAVE): a randomized trial. *Psychol Med*. nov 2012;42(11):2265-73.
15. Burns T, Rugkåsa J, Yeeles K, Catty J. Coercion in mental health: a trial of the effectiveness of

community treatment orders and an investigation of informal coercion in community mental health care [Internet]. Southampton (UK): NIHR Journals Library; 2016 [cité 3 mars 2023]. (Programme Grants for Applied Research). Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK401969/>

16. Freud. Au delà du principe de plaisir. 1920.
17. Klein. Notes sur quelques mécanismes schizoïdes. 1946.
18. W. Bion. Aux sources de l'expérience. 1962.
19. Winnicott. Pédiatrie et psychanalyse. 1969.
20. Anzieu. Le moi-peau. 1985.
21. Delion P. Coudre doucement sujet, corps, groupe, institution : réflexions à partir des pratiques du packing jusqu'à une psychothérapie institutionnelle. Rev Psychothérapie Psychanal Groupe. 2011;57(2):47-54.
22. Carré. Comment améliorer la pratique de la contention mécanique en psychiatrie ? : Une étude qualitative sur le point de vue des patients. 2018.
23. Leboucher, Fleury. De la contention « involontaire » au sujet « se contenant » [Internet]. Santé Mentale. 2021 [cité 4 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2021/07/de-la-contention-involontaire-au-sujet-se-contenant/>
24. Lorem GF, Hem MH, Molewijk B. Good coercion: Patients' moral evaluation of coercion in mental health care. Int J Ment Health Nurs. 2015;24(3):231-40.
25. Chieze M, Hurst S, Kaiser S, Sentissi O. Effects of Seclusion and Restraint in Adult Psychiatry: A Systematic Review. Front Psychiatry. 16 juill 2019;10:491.
26. Hem E, Steen O, Opjordsmoen S. Thrombosis associated with physical restraints. Acta Psychiatr Scand. janv 2001;103(1):73-5; discussion 75-76.
27. Nytingnes O, Ruud T, Rugkåsa J. « It's unbelievably humiliating'-Patients' expressions of negative effects of coercion in mental health care. Int J Law Psychiatry. 2016;49(Pt A):147-53.
28. Rüsç N, Müller M, Lay B, Corrigan PW, Zahn R, Schönenberger T, et al. Emotional reactions to involuntary psychiatric hospitalization and stigma-related stress among people with mental illness. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. févr 2014;264(1):35-43.
29. Isolement et contention en psychiatrie générale [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2055362/fr/isolement-et-contention-en-psychiatrie-generale
30. Programme de soins psychiatriques sans consentement [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 4 mars 2023]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/p_3260568/fr/programme-de-soins-psychiatriques-sans-consentement
31. Décret n° 2010-356 du 1er avril 2010 portant publication de la convention relative aux droits des personnes handicapées (ensemble un protocole facultatif), signée à New York le 30 mars

2007 (1).

32. Six Core Strategies to Reduce Seclusion and Restraint Use | National Association of State Mental Health Program Directors [Internet]. [cité 1 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.nasmhpd.org/content/six-core-strategies-reduce-seclusion-and-restraint-use>
33. Bowers L, Alexander J, Bilgin H, Botha M, Dack C, James K, et al. Safewards: the empirical basis of the model and a critical appraisal. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2014;21(4):354-64.
34. Morandi S, Silva B, Mendez Rubio M, Bonsack C, Golay P. Mental health professionals' feelings and attitudes towards coercion. *Int J Law Psychiatry*. 2021;74:101665.
35. Beauchamp TL, Childress JF, Fissell M. Les principes de l'éthique biomédicale. Paris: les Belles lettres; 2008. (Médecine & sciences humaines).
36. Le code de déontologie [Internet]. Conseil National de l'Ordre des Médecins. [cité 11 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/code-deontologie>
37. Guibet Lafaye C. Quelle éthique pour quels psychiatres ? *Sociologie* [Internet]. 1 mai 2016 [cité 11 mars 2023];(N°2, vol. 7). Disponible sur: <https://journals.openedition.org/sociologie/2771>
38. Moran A, Cocoman A, Scott PA, Matthews A, Staniulienė V, Valimaki M. Restraint and seclusion: a distressing treatment option? *J Psychiatr Ment Health Nurs*. sept 2009;16(7):599-605.
39. Bregar B, Skela-Savič B, Kores Plesničar B. Cross-sectional study on nurses' attitudes regarding coercive measures: the importance of socio-demographic characteristics, job satisfaction, and strategies for coping with stress. *BMC Psychiatry*. 4 juin 2018;18(1):171.
40. Ladhari N, Fontana L, Faict TW, Gabrillargues D, Millot-Theis B, Schoeffler C, et al. Etude des agressions du personnel du Centre Hospitalier Universitaire de Clermont-Ferrand. *Arch Mal Prof Environ*. 1 déc 2004;65(7):557-63.
41. Morse JM. Toward a praxis theory of suffering. *ANS Adv Nurs Sci*. sept 2001;24(1):47-59.
42. Staniulienė V, Chambers M, Kantaris X, Kontio R, Kuosmanen L, Scott A, et al. The feelings and thoughts of mental health nurses concerning the management of distressed and disturbed inpatients: A comparative qualitative European study. *Open J Nurs*. 11 oct 2013;03(06):426.
43. Larue C, Dumais A, Ahern E, Bernheim E, Mailhot MP. Factors influencing decisions on seclusion and restraint. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. juin 2009;16(5):440-6.
44. Vatne S, Fagermoen MS. To correct and to acknowledge: two simultaneous and conflicting perspectives of limit-setting in mental health nursing. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. févr 2007;14(1):41-8.
45. Mays N, Pope C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. *BMJ*. 1 janv 2000;320(7226):50-2.
46. Pyramide des âges et sex ratio des psychiatres (2021) [Internet]. [cité 5 mars 2023]. Disponible sur: <https://www.f2rsmpsy.fr/cartotheque.html>

47. Arnault DF. ATLAS DE LA DÉMOGRAPHIE MÉDICALE EN FRANCE (CNOM). 2022;
48. Winnicott DW. La mère suffisamment bonne. Paris: Payot; 2015.
49. Foucault. Des espaces autres. Hétérotopies. [Internet]. Michel Foucault, Info. 1967 [cité 21 juill 2022]. Disponible sur: <https://foucault.info/documents/heterotopia/foucault.heteroTopia.fr/>
50. Fustier P. L'interstitiel et la fabrique de l'équipe. *Nouv Rev Psychosociologie*. 2012;14(2):85-96.
51. Conseil d'Etat, 5 / 3 SSR, du 18 octobre 1989, 75096, mentionné aux tables du recueil Lebon [Internet]. [cité 26 févr 2023]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/ceta/id/CETATEXT000007765340>
52. Gobillot C, Claudel H. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? Étude descriptive rétrospective réalisée aux urgences du Centre hospitalier Le Vinatier. *Inf Psychiatr*. 2015;91(4):339-47.
53. Lafaye CG. Imposer la contrainte en psychiatrie: une question éthique?
54. Lind M, Kaltiala-Heino R, Suominen T, Leino-Kilpi H, Välimäki M. Nurses' ethical perceptions about coercion. *J Psychiatr Ment Health Nurs*. août 2004;11(4):379-85.
55. Guibet Lafaye C. Le sens de l'éthique en psychiatrie. Par delà Beauchamp et Childress. *Éthique Santé*. 1 déc 2016;13(4):200-8.
56. Guibet Lafaye C. Irréductibilité des conflits normatifs et dilemmes moraux en psychiatrie. *Éthique Polit Relig* 2015 – 2 N° 7 Sociétés Fermées Sociétés Ouvert Bergson À Nos Jours. 13 avr 2016;
57. Guibet Lafaye C. Psychiatrie et particularisme éthique. *Cah Philos L'université Caen*. 31 déc 2015;(52):183-210.
58. Grou C. Étude exploratoire des réflexions et dilemmes éthiques auxquels sont confrontés les psychiatres, au regard de la problématique du consentement éclairé aux soins des patients souffrant de troubles mentaux graves. 1 févr 2013 [cité 1 mars 2023]; Disponible sur: <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/9125>
59. Minkowski. La schizophrénie. 1927.
60. Marquis N, Pesesse S. De l'incertitude en santé mentale : analyse de la prise de décision aux urgences psychiatriques. *Sci Soc Santé*. 2021;39(1):43-67.
61. Rosenhan DL. On Being Sane in Insane Places. *Science*. 19 janv 1973;179(4070):250-8.
62. Molewijk B, Kok A, Husum T, Pedersen R, Aasland O. Staff's normative attitudes towards coercion: the role of moral doubt and professional context—a cross-sectional survey study. *BMC Med Ethics*. 25 mai 2017;18(1):37.
63. Dahan S, Levi G, Behrbalk P, Bronstein I, Hirschmann S, Lev-Ran S. The Impact of 'Being There': Psychiatric Staff Attitudes on the Use of Restraint. *Psychiatr Q*. 1 mars 2018;89(1):191-9.

64. Bigwood S, Crowe M. « It's part of the job, but it spoils the job »: a phenomenological study of physical restraint. *Int J Ment Health Nurs.* juin 2008;17(3):215-22.
65. Gravier B, Eytan A. Enjeux éthiques de la psychiatrie sous contrainte. *Rev Med Suisse.* 21 sept 2011;309(33):1806-11.
66. Zinkler M, von Peter S. End Coercion in Mental Health Services—Toward a System Based on Support Only. *Laws.* sept 2019;8(3):19.
67. Szmukler G. « Capacity », « best interests », « will and preferences » and the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *World Psychiatry Off J World Psychiatr Assoc WPA.* févr 2019;18(1):34-41.

8 Annexes

Annexe 1 Guide d'entretien

Vécu du psychiatre pendant un soin sans consentement : une étude qualitative auprès de psychiatres exerçant en métropole lilloise

- Pour commencer, pourriez-vous me donner les 5 premiers mots qui vous viennent à l'esprit à l'idée de soins sans consentement en psychiatrie ?
- Dans quel état d'esprit êtes-vous lorsque vous prenez en charge un patient dans le cadre d'un SSC ?
- Pourriez-vous évoquer une situation qui vous a particulièrement marquée ?
- Y-a-il des patients pour lesquels c'est plus facile ou plus difficile ?
- Avez-vous un espace pour en discuter ?
- Comment la mise en oeuvre d'un SSC affecte-t-elle l'alliance thérapeutique ?
- Avez-vous vu une différence dans la pratique depuis que vous exercez ?
- Comment limiter les SSC ?
- Y-a-t-il quelque chose que vous auriez aimé changer ou ajouter dans votre formation ?

ANNEXE 2

Tableau 3. Traduction française originale de la liste de contrôle COREQ

N°	Item	Guide questions/description
Domaine 1 : Equipe de recherche et de réflexion		
Caractéristiques personnelles		
1. Pauline Lousteau	Enquêteur/animateur	Quel(s) auteur(s) a (ont) mené l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
2. Interne en psychiatrie	Titres académiques	Quels étaient les titres académiques du chercheur ? Par exemple : PhD, MD
3. Stage de psychiatrie adulte en clinique ESPIC	Activité	Quelle était leur activité au moment de l'étude ?
4. Femme	Genre	Le chercheur était-il un homme ou une femme ?
5. Aucune	Expérience et formation	Quelle était l'expérience ou la formation du chercheur ?
Relations avec les participants		
6. Un des participants (relation professionnelle)	Relation antérieure	Enquêteur et participants se connaissaient-ils avant le commencement de l'étude ?
7. Statut d'interne, réalisation d'une thèse	Connaissances des participants au sujet de l'enquêteur	Que savaient les participants au sujet du chercheur ? Par exemple : objectifs personnels, motifs de la recherche
8. Interne en psychiatrie, intérêt pour le sujet des soins sans consentement	Caractéristiques de l'enquêteur	Quelles caractéristiques ont été signalées au sujet de l'enquêteur/animateur ? Par exemple : biais, hypothèses, motivations et intérêts pour le sujet de recherche
Domaine 2 : Conception de l'étude		
Cadre théorique		
9. Analyse thématique inductive	Orientations méthodologiques et théorie	Quelle orientation méthodologique a été déclarée pour étayer l'étude ? Par exemple : théorie ancrée, analyse du discours, ethnographie, phénoménologie, analyse de contenu
Sélection des participants		
10. Echantillonnage raisonné	Echantillonnage	Comment ont été sélectionnés les participants ? Par exemple :

		échantillonnage dirigé, de convenance, consécutif, par effet boulede-neige
11. Face-à-face, courriel, courrier	Prise de contact	Comment ont été contactés les participants ? Par exemple : face-à-face, téléphone, courrier, courriel
12. 10 participants	Taille de l'échantillon	Combien de participants ont été inclus dans l'étude ?
13. 0	Non-participation	Combien de personnes ont refusé de participer ou ont abandonné ? Raisons ?
Contexte		
14. Lieu de travail, domicile	Cadre de la collecte de données	Où les données ont-elles été recueillies NPar exemple : domicile, clinique, lieu de travail
15. Non	Présence de non participants	Y avait-il d'autres personnes présentes, outre les participants et les chercheurs ?
16. Cf tableau 1	Description de l'échantillon	Quelles sont les principales caractéristiques de l'échantillon ?
Recueil des données		
17. Guide testé au préalable sur deux internes de psychiatrie, non fourni aux participants en amont	Guide d'entretien	Les questions, les amorces, les guidages étaient-ils fournis par les auteurs ? Le guide d'entretien avait-il été testé au préalable ?
18. Non	Entretiens répétés	Les entretiens étaient-ils répétés ? Si oui, combien de fois ?
19. Audio	Enregistrement audio/visuel	Le chercheur utilisait-il un enregistrement audio ou visuel pour recueillir les données ?
20. Oui, pendant et après	Cahier de terrain	Des notes de terrain ontelles été prises pendant et/ou après l'entretien individuel ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
21. Durée moyenne des entretiens : 35mn08s	Durée	Combien de temps ont duré les entretiens individuels ou l'entretien de groupe focalisé (focus group) ?
22. Discuté oui, atteint non	Seuil de saturation	Le seuil de saturation a-t-il été discuté ?

23. Oui	Retour des retranscriptions	Les transcriptions d'entretien ont-elles été retournées aux participants pour commentaire et/ou correction ?
Domaine 3 : analyse et résultats		
Analyse des données		
24. 1 personne	Nombre de personnes codant les données	Combien de personnes ont codé les données ?
25. Non	Description de l'arbre de codage	Les auteurs ont-ils fourni une description de l'arbre de codage ?
26. Déterminés à partir des données	Détermination des thèmes	Les thèmes étaient-ils identifiés à l'avance ou déterminés à partir des données ?
27. Open Office	Logiciel	Quel logiciel, le cas échéant, a été utilisé pour gérer les données ?
28. Non	Vérification par les participants	Les participants ont-ils exprimé des retours sur les résultats ?
Rédaction		
29. Oui	Citations présentées	Des citations de participants ont-elles été utilisées pour illustrer les thèmes/résultats ? Chaque citation était-elle identifiée ? Par exemple : numéro de participant
30. Oui	Cohérence des données et des résultats	Y avait-il une cohérence entre les données présentées et les résultats ?
31. Oui	Clarté des thèmes principaux	Les thèmes principaux ont-ils été présentés clairement dans les résultats ?
32. Oui	Clarté des thèmes secondaires	Y a-t-il une description des cas particuliers ou une discussion des thèmes secondaires ?

AUTEURE : LOUSTEAU

Prénom : Pauline

Date de soutenance : 07/04/2023

Titre de la thèse : Vécu du psychiatre pendant un soin sans consentement : une étude qualitative auprès de professionnels exerçant en métropole lilloise

Thèse - Médecine - Lille « 2023 »

Cadre de classement : *Thèse en médecine spécialité psychiatrie*

DES + FST/option : *Psychiatrie*

Mots-clés : Contrainte, soins sans consentement, vécu,

Résumé : Introduction : Les mesures de soins sans consentement ont accompagné la psychiatrie tout au long de son développement. Alors que les recommandations internationales incitent à leur moindre utilisation, voir à leur suppression, elles semblent difficiles à extraire complètement de l'exercice. Elles viennent interroger le professionnel qui y a recours sur sa vision du soin, la place qu'il s'octroie et à laquelle la société le met. Pour mieux comprendre, nous avons interrogé dix psychiatres de la métropole lilloise, notre objectif était d'explorer leur vécu pendant un soin sans consentement. **Méthodes** : Une étude qualitative a été réalisée entre avril 2022 et janvier 2023, les participants ont été recrutés par échantillonnage raisonné et le recueil des données a eu lieu lors d'entretiens individuels semi-dirigés. Les résultats ont été obtenus par analyse thématique inductive. **Résultats** : Les praticiens décrivent pendant la mesure un sentiment d'impasse, un état d'hypervigilance avec une pensée opératoire, une sensation de charge psychique et des émotions principalement à valence négative (frustration, tristesse, culpabilité, peur). Ils décrivent une violence inhérente à la pratique qui se situe à trois endroits : celle qui vient du patient, celle qui est infligée par le soignant et la nécessité de contenir cette violence et de la transformer. Le processus de décision fait intervenir une vision conséquentialiste du choix ainsi que l'intuition du praticien qui s'appuie sur l'alliance avec le patient entre confiance et inquiétude, ses expériences, son savoir et les normes dans lequel il évolue. Il y a le sentiment d'être au coeur d'un dilemme moral du fait de la complexité de l'évaluation et de la présence d'injonctions paradoxales. Le travail d'équipe permet de soulager en partie ce malaise mais le psychiatre reste seul décisionnaire, la responsabilité engagée étant la sienne. **Conclusion** : Il nous paraît intéressant d'adresser plus frontalement les questions éthiques qui surviennent au cours de la pratique, de maintenir et favoriser les espaces institutionnels de discussion et de développer une culture de la prévention de la violence. L'amélioration des conditions de travail et la diversification des alternatives permettent aux soignants de trouver plus de sens à leur exercice.

Composition du Jury :

Président : Professeur Guillaume VAIVA

Assesseurs : Professeur Olivier COTTENCIN et Professeur Ali AMAD

Directrice de thèse : Docteure Marion HENDRICKX