



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2021

N°

Comment se construit la décision de contraindre en psychiatrie : ce qu'en disent les psychiatres.

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le jeudi 11 mars 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par ROUSSEAU Victor

Né(e) le 29/12/1989

A SENS

AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à la disposition de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur.

Ceci implique une obligation de citation et de référencement dans la rédaction de vos travaux.

D'autre part, toutes contrefaçons, plagiat, reproductions illicites encourrent une poursuite pénale.

De juridiction constante, en s'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans son propre document, l'étudiant se rend coupable d'un délit de contrefaçon (au sens de l'article L.335.1 et suivants du code de la propriété intellectuelle). Ce délit est dès lors constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics.



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



ANNEE 2021

N°

Comment se construit la décision de contraindre en psychiatrie : ce qu'en disent les psychiatres.

THESE

Présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le jeudi 11 mars 2021

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par ROUSSEAU Victor

Né(e) le 29/12/1989

A SENS

Année Universitaire 2020-2021
au 1^{er} Septembre 2020

Doyen :
Assesseurs :

M. Marc MAYNADIÉ
M. Pablo ORTEGA-DEBALLON
Mme Laurence DUVILLARD

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Jean-Louis	ALBERINI	Biophysiques et médecine nucléaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Christophe	BEDANE	Dermato-vénéréologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	Oto-Rhino-Laryngologie
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
Mme	Mary	CALLANAN (WILSON)	Hématologie type biologique
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie d'adultes, Addictologie
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSSELL	Médecine légale et droit de la santé
Mme	Marjolaine	GEORGES	Pneumologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Pierre Grégoire	GUINOT	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-François	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIÉ	Hématologie – transfusion
M.	Marco	MIDULLA	Radiologie et imagerie médicale
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Pierre Benoît	PAGES	Chirurgie thoracique et vasculaire
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Christophe	PHILIPPE	Génétique
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAY	Médecine d'urgence
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Emmanuel	SIMON	Gynécologie-obstétrique
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Benoît	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Alain	BERNARD (surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Pascal	CHAVANET (Surnombre jusqu'au 31/08/2021)	Maladies infectieuses

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES
PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES**

			Discipline Universitaire
Mme	Lucie	AMOUREUX BOYER	Bactériologie
Mme	Louise	BASMACIYAN	Parasitologie-mycologie
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
M.	Mathieu	BLOT	Maladies infectieuses
M.	Benjamin	BOUILLET	Endocrinologie
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
Mme	Marie-Lorraine	CHRETIEN	Hématologie
Mme	Vanessa	COTTET	Nutrition
M.	Damien	DENIMAL	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Ségolène	GAMBERT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
M.	Charles	GUENANCIA	Physiologie
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Pierre	MARTZ	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Alain	PUTOT	Gériatrie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Laurent	BEDENNE	(01/09/2017 au 31/08/2020)
M.	Jean-François	BESANCENOT	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Bernard	BONIN	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	François	BRUNOTTE	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	(01/09/2020 au 31/08/2023)
M.	Philippe	CAMUS	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Jean-Pierre	DIDIER	(01/11/2018 au 31/10/2021)
Mme	Monique	DUMAS	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Claude	GIRARD	(01/01/2019 au 31/08/2022)
M.	Maurice	GIROUD	(01/09/2019 au 31/12/2021)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	François	MARTIN	(01/09/2018 au 31/08/2021)
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	(01/09/2019 au 31/08/2022)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(01/09/2020 au 31/08/2023)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme	Katia	MAZALOVIC	Médecine Générale
Mme	Claire	ZABAWA	Médecine Générale

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jérôme	BEAUGRAND	Médecine Générale
M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
Mme	Anne	COMBERNOUX -WALDNER	Médecine Générale
M.	Benoit	DAUTRICHE	Médecine Générale
M.	Alexandre	DELESVAUX	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme	Lucie	BERNARD	Anglais
M.	Didier	CARNET	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVRARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques
Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie



Université de Bourgogne
UFR des Sciences de Santé
Circonscription Médecine



L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : Pr. CHAUVET-GELINIER Jean Christophe

Membres : Pr. BONIN Bernard

Pr. FRANCOIS-PURSSELL Irène

Dr. LOISEAU Mélanie

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

Titre : Comment se construit la décision de contraindre en psychiatrie : ce qu'en disent les psychiatres.

Résumé :

La contrainte est un outil utilisé en psychiatrie lorsque que l'état psychique d'un patient est estimé comme relevant d'un soin urgent, que le malade refuse les soins et que de respecter le refus serait plus délétère pour le patient que d'imposer ce que le médecin juge nécessaire.

Derrière cette définition simple se déroule en fait tout un processus amenant ou non à une décision de contraindre. Cette décision s'acte dans une relation médecin-patient particulière où s'évalue la capacité du patient à décider pour lui-même et la mise en compétition de valeurs éthiques non conciliables.

Pour explorer les justifications des psychiatres dans la décision de contraindre et d'explicitier les enjeux éthiques qui accompagnent ce processus décisionnel nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi dirigés auprès de psychiatres réalisant régulièrement des mesures de contrainte.

Mots clefs : Contrainte – Psychiatrie – Décision de contraindre – Ethique – Relation médecin-malade – Altération du discernement

Title : How the decision to coerce in psychiatry is constructed : what psychiatrists says.

Abstract :

Coercion is a tool used in psychiatry when the psychic state of a patient is considered relevant to urgent care, the patient refuses care and that respecting the refusal would be more harmful for the patient than to impose this. that the doctor deems necessary. Behind this simple definition, in fact, there is a whole process leading to a decision to compel or not. This decision is made in a particular doctor-patient relationship where the patient's ability to decide for himself and the competition of non-reconcilable ethical values is assessed. To explore the justifications of psychiatrists in the decision to constrain and explain the ethical issues that accompany this decision-making process, we conducted a qualitative study using semi-structured interviews with psychiatrists who regularly perform restraint measures.

Keywords :

Coercion - Psychiatry - Decision to coerce - Ethics - Doctor-patient relationship -

Alteration of discernment

« *Investigateur* : Alors, qu'est ce qui a fait que ça, ça a été décidé ?

Volontaire : Ah mais ça a pas été décidé en fait ! Ça a été fait ! »

Extrait de l'entretien Psychiatre 2.

Remerciements

En premier lieu à l'ensemble des membres du jury qui ont accepté de juger mon travail de thèse :

Au Professeur Chauvet-Gelinier, mes meilleurs remerciements pour avoir accepté d'encadrer ce travail de thèse et pour votre relecture attentive. En vous souhaitant le meilleur pour la direction du service de psychiatrie du CHU de Dijon.

Au Professeur Bonin, pour votre accueil dès notre externat dans votre service à l'ancien hôpital général puis lors de notre premier semestre d'interne au CHU de Dijon. Pour votre attitude bienveillante dont nous essayons de prendre exemple ; pour vos choix de lectures pertinents qui nous ont été bien utiles à la compréhension de la clinique psychiatrique ; pour vos bons conseils délivrés à notre début d'internat et votre présence ce jour de la soutenance qui clos ces quatre années sur Dijon. En vous souhaitant le meilleur pour la suite.

Au Professeur Francois-Purcell, pour nous avoir permis de passer, à plusieurs reprises, dans votre unité et de nous permettre de nous former aux rudiments de la médecine légale. Travailler à l'IML ou à l'UMJ a été pour nous aussi plaisant qu'intéressant intellectuellement. Nous sommes heureux d'avoir pu bénéficier de vos connaissances théoriques et techniques ; notre intérêt pour la médecine légale y est pour beaucoup. Il est également certains que notre attachement actuel pour l'éthique médical a été encouragé par votre enseignement-recherche que vous animiez à la faculté de médecine ainsi que les discussions plus informelles lors de notre passage dans votre unité.

A Mélanie, notre amitié nous est précieuse, nous espérons que celle-ci pourra durer encore longtemps. Que ce soit d'un point de vue personnel ou professionnel nous avons beaucoup d'estime pour vous. Vous avez su nous apporter de l'aide à plusieurs reprises, que ce soit pour l'UE d'éthique ou le master 2 et nous comptons sur votre aide dans quelques temps pour récupérer votre trame de dossier de PH.

Au Docteur Quenot, pour votre enseignement des rudiments de la méthodologie dans le cadre de la recherche ; pour le temps que vous m'avez consacré en entretiens et vos conseils d'articles qui ont été bien utiles.

Au Professeur Mamzer-Bruneel, pour vos remarques aussi directes que pertinentes. Vos conseils, recommandations et réflexions ont été bien utiles dans le cadre de la réalisation de ce travail de recherche.

Au Docteur Despres, pour votre rigueur, votre soutien, vos remarques et vos choix de lecture qui ont été plus que précieux tout au long de la réalisation du travail de recherche puis de la transcription et de la rédaction des résultats. Travailler avec vous fut riche et a eu un impact majeur sur le résultat final de nos travaux.

Au docteur Brun, pour votre éclairage sur les techniques de psychothérapie, pour votre bonne humeur facilement contagieuse et vos apports théoriques pendant notre passage au sein de votre unité. Travailler avec vous fut agréable et formateur.

Au docteur Dumitru, pour vos recommandations avisées de choix de lecture et vos conseils concernant la pharmacologie. Vous avez parfaitement représenté pour nous la formation par compagnonnage, ce qui a rendu notre passage dans votre unité aussi agréable qu'utile pour notre future pratique.

Au Dr Maltaverne, pour votre apport majeur à notre pratique durant les différents semestres d'internat effectués dans votre unité. Votre bienveillance, votre savoir-faire et votre savoir être sont pour nous des exemples dont nous nous inspirons. Travailler avec vous pendant plus d'un an fut un plaisir autant que ce fut formateur.

A l'équipe du CMP Upsilon, pour votre accueil pendant six mois et votre accompagnement dans cette discipline particulière qu'est la pédopsychiatrie.

A l'équipe du service UPG, pour son accueil, pour sa bienveillance et sa compétence à notre égard au cours des différents semestres passés auprès d'eux.

A mes parents, pour leur soutien précieux depuis ces nombreuses années et leur aide toute aussi précieuse pour la relecture et la correction orthographique de ce travail.

A mon épouse, pour son soutien quotidien depuis de nombreuses années, pour les efforts qu'elle a fournis pour nous simplifier le quotidien tout au long de l'écriture de ce travail et bien plus encore.

A ma fille, pour le régulier travail de sape en cherchant à frapper du plat de la main en riant sur le clavier de l'ordinateur pendant la rédaction de cette étude.

Table des matières

Table des matières

REMERCIEMENTS	14
----------------------------	-----------

INTRODUCTION	19
---------------------------	-----------

CHAPITRE 1 : DEFINITIONS, CADRE HISTORIQUE ET LEGISLATIF.....	21
--	-----------

1.	LA NOTION DE CONTRAINTE ET DE CONSENTEMENT.....	21
1.1.	La contrainte.....	21
1.2.	Le consentement.....	23
2.	EVOLUTION DE PRISE EN CHARGE DE LA MALADIE MENTALE ET DE LA CONTRAINTE DANS L'HISTOIRE. (13) (14)	25
3.	EVOLUTION DU CADRE LEGISLATIF CONCERNANT LA CONTRAINTE EN PSYCHIATRIE.....	29
4.	LES DIFFERENTS TYPES DE CONTRAINTE TELS QUE DEFINIS PAR LA LOI.....	33
4.1.	L'hospitalisation sous contrainte.....	33
4.2.	La contention.....	35
4.3.	Concernant les traitements.....	37

CHAPITRE 2 : OBJECTIFS.....	40
------------------------------------	-----------

1.	LA PROBLEMATISATION D'UNE INTERROGATION ETHIQUE ET DE LA QUESTION DE RECHERCHE. (26) (27) (28)	(29) 40
2.	LA RELATION MEDECIN MALADE EN PSYCHIATRIE.....	42
3.	LA FORMULATION DE LA QUESTION.....	49
4.	HYPOTHESES.....	50

CHAPITRE 3 : MATERIEL ET METHODE.....	51
--	-----------

1.	LE CHOIX DE L'APPROCHE : LA METHODE QUANTITATIVE.....	51
2.	LE RECUEIL DES DONNEES.....	52
2.1.	Le recrutement.....	52
2.2.	Les caractéristiques des volontaires.....	53
2.3.	Le déroulé des entretiens.....	53
3.	LA RETRANSCRIPTION DES ENTRETIENS.....	54

4.	L'ANALYSE DES DONNEES.....	55
CHAPITRE 4 : RESULTATS.....		56
1.	LES SITUATIONS DE CONTRAINTE :.....	56
2.	LA JUSTIFICATION DES DECISIONS PAR LES PSYCHIATRES :	66
3.	LE RESSENTI DES PSYCHIATRES CONCERNANT LE FAIT DE CONTRAINDRE :.....	74
CHAPITRE 5 : DISCUSSION.		80
1.	LES LIMITES DE L'ETUDE.....	80
2.	LES APPORTS DE L'ETUDE.....	82
<u>CONCLUSION.....</u>		<u>87</u>
<u>ANNEXES.....</u>		<u>88</u>
ANNEXE 1 : MODELES DE CERTIFICAT DE SOINS SANS CONSENTEMENT.		89
ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN TELEPHONIQUE.		90
ANNEXE 3 : RETRANSCRIPTION INTEGRALE DES ENTRETIENS AVEC LES PSYCHIATRES.....		91
	Psychiatre 1.	91
	Psychiatre 2.	98
	Psychiatre 3.	104
	Psychiatre 4.	109
	Psychiatre 5.	117
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>		<u>123</u>

Introduction

Le travail de recherche présenté dans cette thèse est basé des travaux réalisés dans le cadre d'un Master 2 d'éthique médicale de la faculté Paris Descartes. Nous avons repris les résultats de nos travaux pour l'élaboration de ce travail de thèse.

L'internat de psychiatrie se compose de huit semestres qui se déroulent dans des services de psychiatrie (fermés ou ouverts), de pédopsychiatrie et d'addictologie.

Ces stages de six mois se déroulent dans différents hôpitaux de la région d'exercice de l'interne, en centre hospitalo-universitaire et en centre hospitalier spécialisé voir parfois en centre médico-psychologique, lieu de soins ambulatoires rattaché à un hôpital.

En plus du travail effectué dans les services l'interne doit effectuer des gardes de nuit ou de week-end pendant lesquelles il aura la charge des éventuelles urgences et des entrées.

Dans les unités de soin, qu'elles soient ouvertes ou fermées l'interne sera témoin et participera à l'utilisation de la contrainte. Pendant les gardes ce sera à lui de prendre la décision de certaines mesures de contrainte comme l'utilisation de l'isolement ou de la contention (même si sa décision sera examinée rétrospectivement par un praticien hospitalier d'astreinte).

Le passage de l'interne dans différentes unités tout au long de sa formation lui permet de voir différentes routines d'utilisation de la contrainte en fonction de l'hôpital (ou des différents services au sein de l'hôpital) où il se trouve.

Notre expérience personnelle et les échanges que nous avons eus avec nos co-internes nous ont donné le sentiment que, si à l'arrivée dans une unité le déroulé, la pratique, le « comment » de l'utilisation de la contrainte étaient bien explicites, les raisons d'utilisation de la contrainte plutôt que d'autres moyens étaient eux moins exprimées, plus implicites, variables et ne nous semblaient pas toujours reposer sur des éléments cliniques objectifs.

Il existe des recommandations des sociétés savantes concernant la contrainte ainsi que des textes de loi qui encadrent ces pratiques. Néanmoins ces textes parlent de la contrainte en général ou de situation de contraintes mais ne permettent pas de se

passer d'une réflexion personnelle lorsque nous sommes en face de situations toujours singulières.

Dans son ouvrage « Le travail de l'éthique : Décision clinique et intuitions morales » de Marta Spranzi elle qualifie dans son chapitre deux « La pratique de l'éthique heuristique »(1) une situation de décision médicale difficile comme un moment de confrontation de valeurs incompatibles, cette confrontation étant responsable d'un sentiment de tension qui ne pourra pas être résolu par une décision « à mi-chemin » entre les attentes des différents partis en présence.

Ce qui est décrit fait écho aux situations que nous avons-nous même vécues dans notre pratique lorsqu'il était question de contraindre ou non un patient et que prendre une décision était nécessaire.

L'objectif de notre travail était de faire émerger les valeurs en tension lors de la construction de la décision pour pouvoir dans un second temps, en situation de décision, prendre plus facilement conscience de ces valeurs en tension, les identifier et pouvoir en tenir compte dans notre processus de décision.

Chapitre 1 : Définitions, cadre historique et législatif.

Pour permettre une meilleure compréhension des résultats issus des entretiens réalisés auprès de psychiatres il est nécessaire de commencer notre travail par une définition de certains termes et notions, ceux-ci étant employés dans la pratique de la psychiatrie, dans les textes de loi et ont été retrouvés dans les entretiens.

Nous avons également dressé un tableau très succinct de l'évolution de la prise en charge de la maladie mentale dans l'histoire et notamment de l'utilisation de l'enfermement avant de décrire les différents types de contrainte tel que défini par la loi.

1. La notion de contrainte et de consentement.

Ces notions, si elles ne sont pas spécifiques à la psychiatrie ont un usage qui lui y est spécifique. Il est nécessaire de réaliser un travail d'explicitation de ces termes, ceux-ci revenant dans ce qu'expriment les psychiatres que ce soit dans la pratique quotidienne ou lors des entretiens réalisés dans le cadre de l'étude présentée dans ce document.

1.1. La contrainte.

Venant du latin « Constringere » (2) (3) qui signifie « Lier, enserrer, enchaîner » le mot contrainte désigne soit une action, celle de forcer quelqu'un à agir contre sa volonté, que ce soit via une pression physique ou psychologique soit désigne l'état de celui à qui on inflige cette pression.

On pourrait faire remarquer que le terme de lien peut à la fois désigner un échange, une relation entre le patient et le malade tout comme un moyen d'attacher celui-ci. Dans les deux cas le médecin est à l'une des extrémités de ce « lien ».

En psychiatrie, la contrainte peut se définir comme un spectre d'attitudes et d'actions exercées sur le patient. Elle est réalisée le plus souvent en milieu hospitalier et dans un contexte d'urgence (ou dans un contexte jugé urgent en tout cas).

De manière courante en psychiatrie la contrainte désigne une action du corps soignant sur le patient plutôt qu'un état du patient lui-même. C'est une limitation des libertés

individuelles qui, en France et dans beaucoup d'autres pays(5), est autorisée et encadrée par la loi [Note : Au moment de la passation de ce travail de thèse le cadre légal de la contention et de l'isolement en France est en cours de modification dans le cadre de la Loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2021. Bien que le décret d'application n'ait pas été publié au moment de la rédaction de ce travail nous évoquerons en conclusion des éléments de réflexions en liens avec ce nouveau dispositif législatif]. Qu'il s'agisse d'une hospitalisation contre la volonté du patient, de son installation en chambre d'isolement, d'une injection intra musculaire ou d'une contention physique, la contrainte est toujours exercée « sur » le patient ou a minima sur son corps.

Dans un article portant sur la contrainte en psychiatrie paru dans la Revue Médicale Suisse(4) elle y est décrite sous deux versants, à la fois sous une forme dite négative faisant référence aux formes de contrainte décrites juste au-dessus mais également à des formes de contraintes dites positives à savoir de mettre en avant le questionnement des préférences du patient, la promesse d'une récompense, le renforcement d'un comportement par une récompense ou la persuasion. Cette représentation diffère de celle qui est retenue en France où ce qui est désigné ici comme une contrainte dite « positive » est exclu du champ de la contrainte et désignerait tout ce qui serait en amont de celle-ci et dont la non mise en place ou l'échec de la réalisation mènerait à la réalisation des mesures de contrainte dites négatives.

Pour sa part, l'anthropologue Anne Lovell décrit la contrainte (6) comme s'inscrivant dans un continuum, allant de la coercition (le recours à la force) à la persuasion (en passant par des normes et des valeurs communes entre le thérapeute et le patient) en passant par le volontarisme contraint (la menace d'une conséquence négative) et l'adhésion utilitaire (la recherche d'un comportement ou d'une action en échange d'une ressource recherchée par le patient).

La contrainte peut ainsi donc être coercitive mais également par influence, raison pour laquelle Lovell insiste sur la dimension de « transparence » dans l'interaction entre le médecin et le patient pour déterminer si les informations délivrées contiennent ou non la possibilité d'une alternative.

La philosophe Suzanne Rameix décrit la contrainte qu'exerce le médecin, dans un mode de relation paternaliste, comme « une obligation morale » à se substituer au

patient pour faire son bien. Il s'agit d'un acte positif réalisé au prix de l'autonomie du patient. Ce mode de relation s'oppose à un modèle qu'elle qualifie « d'alternatif » où l'intérêt premier n'est pas le bien du patient (au prix de son autonomie) mais le respect de son autonomie et de sa liberté de choisir pour lui-même.(7)

Dans tous les cas, la contrainte est prévue pour s'exercer dans des circonstances exceptionnelles rendant la contrainte nécessaire.

1.2. Le consentement.

Issu du latin « Consentire » (8) « ressentir ensemble » le consentement désigne dans le langage courant le fait de donner son accord, son assentiment. Il s'agit d'un processus actif où la personne donne une approbation à un projet.

Dans le cadre de la médecine la notion de consentement fait référence à celle du consentement « aux soins », c'est-à-dire à une entente contractuelle obtenue entre le médecin et le patient par rapport à la situation médicale du patient et relatif à ses soins. (9) Ce consentement est nécessaire en psychiatrie pour réaliser des soins, en dehors des dispositions spécifiques prévues par la loi à savoir l'article L3212-1 du code de la santé publique(10) qui spécifie les modalités de réalisation de mesures de soins psychiatriques sans consentement.

La notion de consentement est une action active de la part du patient qui va adhérer au projet de soin puis au soin. Recueillir un consentement c'est reconnaître la personne comme décisionnaire quant à ses soins et pas comme un simple objet de soins. (11) (12)

Comme nous l'avons vu plus haut le psychiatre doit en plus de recueillir le consentement avoir une attention constante sur : la capacité de discernement du patient, sa capacité à comprendre l'information reçue et à l'utiliser pour faire un choix stable concernant sa santé. Chacun de ces éléments peut être impacté négativement par un trouble mental et altérer la capacité du patient à consentir.

Nous développerons plus loin dans ce travail des exemples de pathologies où la capacité à consentir est altérée.

L'absence de capacité à consentir est l'un des critères nécessaires (mais non suffisant) pour passer outre l'absence de consentement de la personne et réaliser un soin psychiatrique sans le consentement du patient.

2. Évolution de prise en charge de la maladie mentale et de la contrainte dans l'histoire. (13) (14)

Même si dès les écrits d'Hippocrate on retrouve la mention de pathologies psychiques comme la phrenitis (des troubles mentaux aigus avec fièvre), la manie (une agitation sans fièvre) et la mélancolie (des troubles chroniques sans agitation ni fièvre) et que ces notions seront reprises et complétées par la médecine arabe(15) la prise en charge de la maladie mentale va se heurter à de nombreux échecs.

Il est difficile de résumer comment la société va prendre en charge une personne atteinte de maladie mentale, « le fou », durant le Moyen Age, au vu de la large période de temps que couvre cette période.

Parmi les points clés importants à souligner il y a la création du premier Hôtel-Dieu en 651 par St Landry, vingt huitième évêque de Paris. Cet établissement était un lieu d'accueil pour les pèlerins, les voyageurs, les pauvres, les vagabonds mais aussi les malades et aliénés.

Ces lieux d'accueils et de soins se construisent en général en dehors des villes, sont dépendants de la générosité des seigneurs et de la bourgeoisie. Concernant le fou celui-ci peut être confiné dans une salle dédiée au sein de l'Hôtel Dieu.

Si l'image que renvoie la folie reste négative l'image que l'on porte sur le fou reste teinté de charité chrétienne, le fou reste la victime de ce qui lui arrive et si on l'enferme cela reste dans une volonté d'agir au mieux pour lui et les autres, les statuts de l'hôpital du Saint Esprit à Montpellier précisent ainsi que « *S'il y a des fous dans la ville, vous les accueillerez et vous rechercherez l'origine de leur folie pour y porter remède. Vous les mettrez seuls, de peur qu'ils se fassent mal les uns aux autres* ». Ici on parle autant de soins que d'enfermement mais celui-ci n'est pas punitif mais à visé de protection de lui-même et d'autrui.

A partir du douzième siècle l'augmentation de la population et l'appauvrissement des couches de la population les plus fragiles vont entraîner d'une part un regain de rigueur religieuse et de vision critique quant à la maladie. L'enfermement des fous se généralise, suivant l'enfermement des lépreux. (16) (17)

Des établissements entièrement dédiés à l'enfermement des fous voient également le jour en Europe à partir du quinzième siècle : l'asile de Bergame, la Casa dei Maniaci de Padoue ou les Tollhaus en actuelle Allemagne.

En France, l'édit du 27 avril 1656 prévoit l'organisation d'une institution dédiée au prendre soin et à l'enfermement des éléments indésirable de la société : L'Hôpital général. Organisé initialement en cinq maisons : la Salpêtrière, Bicêtre, la Pitié, la maison Scipion et la savonnerie de Chaillot, il sera administré à la fois par des instances civiles et religieuses.

Cet édit prévoit également la mise au travail de ces personnes une fois leur enfermement acté.

Un second édit, en 1662 va ordonner la généralisation de ces lieux de détention à toute grande ville de France.

Les conditions de vie de ces établissements étaient déplorables, la discipline et le travail organisent le quotidien et même si dès sa création l'Hôpital général comptait un médecin, un chirurgien et un apothicaire il faudra attendre 1658 pour que la première infirmerie soit construite, signe que le soin n'était pas l'objectif principal de ces établissements, contrairement aux Hôtel Dieu qui continuaient à remplir ce rôle.

C'est à la veille de la révolution Française qu'il va y avoir un changement majeur du statut des aliénés et de l'enfermement.

Après l'enfermement des fous dans une démarche de prendre soin teintée de charité chrétienne puis d'un enfermement pour maintenir l'ordre public, la fin du 18eme siècle verra la naissance de la psychiatrie et l'ouverture partielle des asiles.

Jean Baptise Pussin était un tanneur admis à l'hôpital Bicêtre en juin 1771 à l'âge de 25 ans(18) (établissement de l'Hôpital Général) pour la prise en charge de crises « *d'humeurs froides* ». Une fois guéri il sera employé par l'établissement avant d'obtenir en 1785 le poste de « *Gouverneur de l'emploi de Saint Prix* », ce poste le rendant responsable de la section de l'établissement gérant les aliénés. A Paris à cette époque deux établissements enferment les fous : la Salpêtrière pour les femmes et Bicêtre pour les hommes.

Le rapport sur l'état des hôpitaux parisiens présenté par La Rochefoucauld-Liancourt (homme politique, militaire et membre de l'académie des sciences) à l'Assemblée Nationale à la demande du comité de mendicité en 1790 soulignait l'incurie, la surpopulation et l'absence de soins de ces établissements. Si la visite du médecin et du chirurgien en chef de l'Hôpital Général doit avoir lieu deux fois par semaine, dans

les faits « *la visite n'est qu'hebdomadaire et leurs soins passagers se portent ou sur des maladies extraordinaires, ou sur les incommodités des sœurs et des officiers* ».

Le changement apporté par Pussin va porter en premier lieu sur les conditions de vie des aliénés sous sa charge : augmentation des rations de nourriture, interdiction pour le personnel de les frapper sous peine de renvoi, encouragement à traiter les fous avec douceur ainsi que de laisser déambuler ceux qui même bruyants « *ne dérangent au final personne* ».

Pussin instaure à défaut d'un traitement médical un « traitement moral » où les aliénés sont perçus en tant que personne à qui l'ont peu s'adresser. Ceux dont le comportement est satisfaisant sont récompensés, ceux qui posent problèmes sont punis.

En septembre 1793 le docteur Philippe Pinel est nommé médecin des infirmières de Bicêtre où il constate rapidement l'efficacité de la méthode de son gouverneur. Une fois nommé médecin en chef de l'hôpital de la Salpêtrière il réclamera que Pussin puisse le suivre : « *je dois rendre un témoignage authentique au citoyen Pussin qui joint à une intelligence rare et à une expérience de plusieurs années, l'heureux accord des sentiments d'humanité et d'une fermeté imperturbable si nécessaires pour contenir les gens de service, prendre de l'ascendant sur l'esprit de certains aliénés et concourir ainsi puissamment à rétablir leur raison* ». (19)

Pinel et Pussin vont œuvrer à la fois à une meilleure bienveillance de l'aliéné (remplacement des chaînes par la camisole qui permet une liberté de déambuler sans qu'il y ait plus d'accès de violence de la part du malade), au travail de construction d'une meilleure nosographie de la maladie mentale et à une plaidoirie pour la création d'établissements de soins entièrement dédiés aux aliénés et pas uniquement à leur enfermement.

En 1820 le médecin Jean-Etienne Esquirol succèdera à Pinel à la Salpêtrière. Il continuera le travail initié par Pussin et Pinel et sera à l'origine en 1838 du premier texte législatif majeur traitant de la question des établissements psychiatriques et de l'enfermement en France.

Grace à l'apport de Pussin puis de Pinel, la personne atteinte de troubles mentaux est considérée au 19ème siècle comme un malade qui doit être un objet de soin et plus une personne troublant l'ordre public. La nouvelle problématique qui naît de ce changement de statut est donc de pouvoir fournir ces soins. L'absence de

thérapeutique efficace, la multiplication des courants de pensées et les progrès qui se poursuivent dans les autres branches de la médecine, notamment la neurologie, la physiologie et la naissance de la psychologie vont permettre la profusion de multiples tentatives de « traitements » aussi variés que régulièrement peu efficaces et dangereux : bromure de potassium, valériane, opium, morphine, bain d'eau froide, compression des ovaires, flagellation, cure de Sakel, magnétisme animal, hypnose, cure de sommeil, sismothérapie, lobotomie, etc.

Henri Laborit était un chirurgien Français né à Hanoi en 1914, il s'intéressa notamment à l'anesthésie. Il fit la constatation que l'association de différents anesthésiques antihistaminiques, en plus d'être sédatifs provoquaient également chez le patient un « effet de désintéressement » et de calme. En voyant l'intérêt possible pour la psychiatrie il demande aux laboratoires Rhône-Poulenc la création d'une molécule dont le désintéressement serait l'effet central.

La molécule synthétisée « 4560 RP » sera le premier neuroleptique, la « chlorpromazine », un dérivé de la phénothiazine, commercialisée en 1952 sous le nom de Largactil (« Large-action ») ou Thorazine aux États Unis.

Cette molécule initialement non spécifique à la psychiatrie changera néanmoins de manière radicale le visage des institutions de soin psychiatrique : par son action antipsychotique et sédatrice elle permet une diminution des crises de manie, une diminution des phénomènes hallucinatoires et d'agitation, une reprise de la parole des catatoniques et un apaisement des grands angoissés. Plus que la découverte d'un traitement des symptômes on pose l'idée d'une possible guérison des malades mentaux.

La deuxième moitié du vingtième siècle sera marquée par le développement de très nombreuses autres molécules rendant le travail de psychothérapie possible, le développement de la médecine ambulatoire et une structuration de la recherche.

3. Évolution du cadre législatif concernant la contrainte en psychiatrie.

La prise de conscience du caractère pathologique du comportement des aliénés à la fin du 18ème et au début du 19ème siècle entraîne deux choses : considérer les personnes ayant des troubles mentaux comme objets de soins et donc la nécessité de leur en prodiguer, et par corolaire la nécessité de lieux de soins dédiés.

Dès 1810 l'article 64 du code pénal va commencer à faire bouger l'image de la maladie mentale aux yeux de la loi en introduisant l'idée d'irresponsabilité pénale. Cet arrêté prévoit ainsi que : « *Il n'y a ni crime ni délit lorsque le prévenu était en état de démence au temps de l'action...* ». Ainsi la folie devient un motif de soin et non plus un motif d'enfermement pour préserver la société.

Le soin passe toujours en premier lieu par l'enfermement mais celui-ci est fait « dans l'intérêt du malade » et pas dans une volonté de l'écarter de la société.

Le texte fondateur règlementant l'enfermement des malades mentaux sera la loi Esquirol signée par le roi Louis-Philippe le 30 juin 1838. (20)

Cette loi prévoit la création dans chaque département d'un lieu de soins public dédié aux aliénés. (21)

A défaut d'établissements spéciaux, les départements sont autorisés à traiter avec des établissements publics ou privés. S'ils s'adressent à des établissements privés, les conventions sont soumises au contrôle du ministre de l'intérieur et les médecins de ces établissements doivent être agréés par l'autorité préfectorale.

Est également prévue les modalités d'hospitalisation sans le consentement de la personne. Les grandes lignes de cette loi sont extrêmement proches des modalités actuelles d'hospitalisation sous contrainte.

Il existe deux types de placement dans ces lieux de soin dédié (22) : le placement dit « volontaire » (qui ne l'est en rien) qui fait suite à la demande d'un proche, et le placement « ordonné par l'autorité publique » c'est-à-dire le préfet, lorsque qu'il existe un état mental à même de troubler l'ordre public.

Ce qui est particulièrement intéressant et ce qui contraste beaucoup avec ce qui pouvait se faire avec l'Hôpital Général c'est que ce texte de loi cherche en grande partie à éviter la dérive de l'enfermement abusif et à protéger le malade.

Ainsi le placement d'une personne doit être justifié par un certificat médical qui devra préciser l'état mental de la personne, les causes de cet état si possible et devra justifier que cet état nécessite un enfermement.

Dans les 24 heures ce certificat d'admission devra être envoyé au préfet ou son représentant accompagné d'un deuxième certificat réalisé par un médecin de l'asile.

Dans les 15 jours une troisième justification de la nécessité de l'enfermement devra être certifiée et envoyée au préfet. Un autre certificat devra ensuite être fourni tous les mois.

La sortie de l'établissement doit être immédiate si l'état est jugé comme le permettant ou sur demande de la famille ou de la personne ayant fait la demande d'enfermement ou à la demande du préfet.

Toute personne placée peut également d'elle-même demander que son placement soit examiné devant le tribunal.

Néanmoins si dans son esprit cette loi souhaitait offrir une garantie maximale aux patients et éviter les enfermements abusifs, en pratique les asiles vont devenir à leur tour des lieux d'entassement des malades tant les guérisons sont rares. Le nombre de patients enfermés est estimé à 10 000 en 1838 et passe à 110 000 en 1839.

Cette loi ne prévoyait pas non plus d'hospitalisation demandée par le patient lui-même ou de période de sortie « à l'essai ».

L'hospitalisation d'un grand nombre des malades en un même lieux, les multiples tentatives de traitements fantaisistes et l'absence de réelles guérissons donneront jusqu'au développement des thérapeutiques médicamenteuses une mauvaises images de ces institutions, vues comme des « *fabriques à incurables* ».(23)

Entre 1870 et 1939 il y aura quinze tentatives de modification du texte de 1838 qui seront toutes sans suite.

A noter l'ouverture en 1922 à l'Hôpital St Anne d'un service « libre » pour les patients et une simple circulaire, la circulaire Rucart du 10 octobre 1937 qui permet la possibilité de transformer un placement d'office en placement volontaire et la création des « sorties d'essai » c'est-à-dire une sortie temporaire pour favoriser la réadaptation des malades avant une sortie définitive

A cause d'une opposition du monde médical à judiciariser davantage l'hospitalisation sous contrainte, préférant une vérification « à postériori » du bienfondé de

l'enfermement (et que l'hospitalisation reste donc une décision médicale avant tout), il n'y aura pas eu de réforme de la loi avant 1990 soit après 152 ans de fonctionnement.

La loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux va donc abroger la loi de 1838 et va réaffirmer le caractère administratif et non judiciaire des hospitalisations sous contrainte (mettant en avant comme premier argument à l'hospitalisation une nécessité médicale et non une décision de justice). L'hospitalisation libre devient dans l'esprit de la loi le mode d'hospitalisation qui doit être la norme.

La loi cherche au maximum à protéger les droits des personnes hospitalisées et la notion du respect de la dignité y est inscrite.

La critique qui sera faite à cette loi sera qu'elle parle des hospitalisations sous contraintes comme des hospitalisations « sans consentement », l'absence de consentement à être hospitalisé étant retenue comme un critère pour hospitaliser la personne contre son gré. Or ne pas consentir et ne pas avoir la capacité à consentir du fait de ses troubles n'est pas là même chose.

La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé renforce le droit de la personne hospitalisée, tout d'abord en établissant la notion juridique de personne malade, en facilitant l'accès au dossier médical et en réaffirmant qu'aucun soin ne peut se faire sans le consentement du malade et que celui-ci peut être retiré à tout moment. Cette loi, non spécifique à la psychiatrie cherche à établir un rapport le plus équilibré entre le médecin et le patient.

La loi du 5 juillet 2011 va ensuite apporter plusieurs changements notables.

Tout d'abord les termes d'hospitalisation sans consentement disparaissent au profit de la notion de « soins » sans que celui-ci doive obligatoirement se faire dans le cadre d'une hospitalisation.

Le fait de pouvoir étendre une mesure de soins en dehors de l'hospitalisation peut paraître être une simple extension de ce qui se fait en hôpital mais cela pose en fait la question de l'incapacité « au jour le jour » du patient à consentir au soin (et de l'évaluation de cette incapacité). De plus, jusqu'à lors les seuls soins ambulatoires qui pouvaient être imposés étaient les soins pénalement ordonnés, à la suite d'un

jugement (injonction de soins, obligation de soins), c'est maintenant là une décision administrative et médicale qui peut permettre des soins contraints en ambulatoire.

De plus, tout en maintenant la décision d'enfermement comme une décision médicale et administrative est introduit néanmoins un contrôle judiciaire systématique : un juge de la détention et des libertés sera saisi dans les douze jours faisant suite à une mesure de contrainte pour en vérifier la légalité. S'il ne se prononce que sur la forme et pas sur le bienfondé de l'hospitalisation le juge à pouvoir de demander la levée de celle-ci.

Dans le cadre de ce jugement le patient est invité à s'exprimer et est systématiquement représenté par un avocat.

4. Les différents types de contrainte tels que définis par la loi.

4.1. L'hospitalisation sous contrainte.

Depuis la loi du 5 juillet 2011 les hospitalisations sous contrainte s'organisent sous plusieurs modalités.

4.1.1. Le soin psychiatrique à la demande d'un tiers.

Sous ce mode, un tiers, qui est « un parent, un ami ou un allier », (en pratique le plus souvent un membre proche de la famille) fait une demande écrite demandant l'hospitalisation d'une personne. Cette hospitalisation ne peut avoir lieu qu'après rédaction d'un certificat médical précisant l'état psychique de la personne et doit justifier de la présence de troubles mentaux nécessitant des soins psychiatriques en urgence dans le cadre d'une hospitalisation ainsi que de l'impossibilité pour la personne de pouvoir consentir aux soins. Ce certificat doit obligatoirement être rédigé par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil.

Un deuxième certificat réalisé obligatoirement le même jour et pouvant être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil doit également être rédigé pour permettre une hospitalisation en service de psychiatrie.

En pratique la situation la plus courante est soit la consultation par le patient lui-même à un service d'urgence (général ou psychiatrique) et dans un second temps la sollicitation de la famille devant une nécessité manifeste de réaliser une hospitalisation sous contrainte, soit le patient est amené contre son gré par sa famille ou par des services de secours (pompiers, ambulanciers, voir forces de l'Ordre) à un service d'urgence.

Les limites de ce système sont la contradiction entre le fait que l'on se trouve face à une situation d'urgence et qu'il faille prendre le temps de trouver un tiers pour réaliser l'hospitalisation (sans oublier le temps nécessaire pour faire venir ce tiers dans l'unité, le temps d'information à ce tiers etc.). Il faut également souligner que la recherche d'un tiers pour réaliser une mesure de ce type est par nature une violation du secret médical car on ne peut pas demander à une personne de réaliser une demande

d'hospitalisation d'un de ses proches sans lui expliquer le pourquoi de la nécessité du soin.

De plus ce système pose le risque de mettre le tiers en porte à faux avec le malade : celui-ci ne souhaite pas en général être hospitalisé et le tiers peut avoir le sentiment d'être le responsable de l'hospitalisation du patient, parfois en partageant les peurs du patient quant à la psychiatrie.

Autre situation posant un problème : que faire lorsqu'on est face à une nécessité de soins urgent de manière évidente (exemple : une crise suicidaire) mais que le tiers refuse la rédaction d'une demande d'hospitalisation ?

Ces questions se règlent en général au cas par cas et demandent du temps d'information voire de négociation, dans un contexte où le temps manque.

4.1.2. Le soin psychiatrique en cas de péril imminent.

Similaire au mode précédent ce cas est prévu dans la situation où aucun tiers n'a pu être retrouvé, il ne nécessite qu'un seul certificat médical mais qui ne peut être rédigé que par un médecin extérieur à l'établissement d'accueil.

La limite de cette mesure reste la dimension temporelle à savoir que l'on est par nature dans une notion d'urgence mais que le médecin devra justifier d'une recherche de tiers « suffisante » (avec tout le temps que cela suppose) pour que la mesure soit jugée valide.

Que ce soit pour ce mode d'hospitalisation ou pour le précédent, il reste la question du patient se présentant ou étant amené non pas dans un service d'urgence mais dans une unité d'accueil d'un hôpital psychiatrique. Quelle que soit la mesure, elle nécessitera la rédaction d'un certificat d'un médecin extérieur à l'établissement, il faudra donc une fois que la nécessité de contrainte est posée, soit faire faire au patient (contre sa volonté voire avec son opposition) un aller-retour dans un service d'urgence soit faire venir un médecin (type SOS médecin) à l'hôpital pour venir examiner le patient.

4.1.3. Le soin psychiatrique à la demande du représentant de l'État.

Cette mesure est prévue en cas de trouble grave à l'ordre public par des personnes atteintes de troubles mentaux. Cette mesure est à l'initiative du préfet ou par délégation par un maire qui demandera à un médecin (extérieur à l'établissement d'accueil) la réalisation d'un certificat médical précisant l'état psychique, la nécessité de soins psychiatriques en urgence et la nature du trouble à l'ordre public.

Cette modalité d'hospitalisation est la plus lourde car la plus difficile à lever. Si les mesures précédentes sont des décisions médicales et administratives et peuvent donc être levées par la rédaction d'un certificat médical décrivant l'absence de nécessité de poursuivre la contrainte nous sommes ici dans une situation où le préfet est décisionnaire et peut s'opposer à la levée des soins du patient. Est constatée la nécessité quasi systématique de deux avis concordant de deux psychiatres différents pour obtenir du préfet la levée de ce type de mesure.

Quelle que soit la modalité de la contrainte une justification de la nécessité de son maintien devra se faire de manière régulière (à 24h, 72h, dans les 8 jours, etc.) et le patient sera présenté devant un juge de la détention et des libertés avec la représentation d'un avocat.

4.2. La contention.

La contention est une mesure d'exception, limitée dans le temps et se déroulant dans un lieu dédié qui consiste tel que le précise la Haute Autorité de Santé à immobiliser un patient ou une partie de son corps en utilisant « la force physique, des vêtements ou un matériel dédié ». Cette mesure dont la réalisation n'est pas sans risque pour l'équipe soignante et le patient (situation d'agitation voire de violence, contexte d'urgence, nécessité de répondre de manière rapide et efficace à la situation) se justifie quand ne rien faire serait plus délétère pour le patient ou son entourage que de réaliser la contention.

Les recommandations de bonnes pratiques⁽²⁴⁾ donnent comme indication de l'usage de la contention la situation de violence, en lien avec un trouble mental et qui n'a pas

pu être pris en charge par tout autre moyen thérapeutique ou quand ces moyens sont indisponibles.

La prise en charge de ces patients ne se limite bien évidemment pas à la contention en elle-même, à celle-ci s'ajoute toute la prise en charge de la cause de l'épisode de violence (prise en charge facilitée ou rendue possible par la contention), l'apaisement du patient, la mise en place d'une surveillance psychique et somatique, la reprise du déroulé des évènements pour identifier les facteurs déclencheurs de la situation etc.

La mesure de contention doit être levée dès qu'elle n'est plus nécessaire et à ce titre doit faire l'objet d'une évaluation régulière.

Dans des cas spécifiques mais qui ne sont pas exceptionnels dans la pratique une mesure de contention peut être réalisée à la demande du patient, il conviendra alors à l'équipe soignante d'évaluer cette demande en fonction de l'état clinique du patient, des risques de cette mesure et des avantages potentiels pour le patient.

Les contre-indications relatives à cette mesure sont nombreuses, que ce soit d'un point de vue somatique (affection organique non stabilisée, trouble de la coagulation, insuffisance cardiaque, état infectieux, trouble de la thermorégulation, trouble métabolique, atteinte orthopédique, atteinte neurologique, etc.) ou d'un point de vue organisationnel, la mesure de contention ne pouvant pas être utilisée pour punir (cette mesure devant rester un soin), établir une domination ou pour « répondre à la rareté des intervenants ou des professionnels ».

Il s'agit à chaque fois de peser « le pour et le contre » entre la nécessité de réaliser l'acte et les risques que cela implique.

A noter que si les recommandations précisent explicitement qu'il n'est pas légitime de réaliser une mesure de contention en réponse à une insuffisance de moyens elles ne précisent pas quelles alternatives doivent être mise en place à la place (par principe la contention étant la mesure de dernier recours quand tous les autres moyens ne sont justement plus à disposition...).

Le rapport du contrôleur général des lieux de privation de liberté établi en 2016 (25) s'intéressait à la pratique de l'isolement et de la contention dans les établissements de santé. Ce rapport note une généralisation de l'isolement et de la contention depuis une vingtaine d'années, faisant perdre à cette mesure son caractère d'exception. Les hypothèses expliquant ces dérives citent explicitement la réduction des effectifs

soignants, de la présence médicale réduite dans les services et par la présence d'un impératif de sécurité publique exigé aux psychiatres.

Ce rapport fait également état d'une grande variabilité des pratiques et des indications. Par corolaire la multiplication des temps de contention empêche l'accès à des droits fondamentaux du malade comme le droit à la sécurité (impossibilité d'utiliser le bouton de la sonnette), le droit à l'intimité (l'intérieur de la salle de bain devant être visible, voire toilette réalisée au lit), le droit à recevoir des visites (non réalisable, si l'état psychique nécessite une contention c'est qu'il ne permet pas une visite tout le temps où la contention est nécessaire), le droit à la dignité (impossibilité de bouger, de boire par soi-même, est entièrement dépendant pour tout acte le plus futile comme se gratter le nez, n'a la possibilité que d'attendre la fin de la mesure -rien ne garantit la possibilité de lire ou de regarder la télévision pendant ce genre de mesure-).

4.3. Concernant les traitements.

4.3.1. En situation d'urgence.

Dans le cadre de la réalisation d'une mesure d'isolement voire d'isolement et de contention, la situation exige généralement un apaisement rapide du patient, à la fois pour mettre fin à une situation de souffrance intra psychique et pour diminuer un risque imminent de violence du patient sur un tiers ou d'agitation.

En psychiatrie il est possible d'utiliser des traitements neuroleptiques à visée sédatrice rapide.

En France le traitement utilisé couramment en première intention est la Loxapine (nom commercial Loxapac), molécule de choix pour sa facilité d'utilisation, son efficacité et son faible risque d'effets secondaires (notamment pas d'impact sur l'intervalle QT [Note : L'intervalle QT est une mesure effectuée sur un électrocardiogramme utilisée pour évaluer certaines des propriétés électriques du cœur, son allongement est à risque d'un phénomène appelé torsade de pointe dont l'évolution naturelle peut être le décès], contrairement à de nombreux traitements neuroleptiques, ce qui permet une utilisation sans la réalisation d'un électrocardiogramme).

Ce traitement peut être injecté en intramusculaire malgré l'absence de consentement voire malgré l'opposition du patient lorsque ne pas le faire serait plus délétère pour le patient que de réaliser l'injection contre sa volonté.

Si dans ce genre de contexte la prise d'un traitement sédatif est en général impérative et non négociable le choix doit être laissé au patient jusqu'au dernier instant de pouvoir prendre de lui-même le même traitement par voie orale.

4.3.2. Au long court : les traitements retards et le programme de soins.

La plupart des traitements antipsychotiques ont une demi-vie [**Note** : Mesure d'un temps au bout duquel la moitié du médicament délivré aura été éliminé par l'organisme] nécessitant une prise quotidienne et continue pour être efficaces.

Il existe néanmoins pour certaines molécules une forme dite retard c'est-à-dire la possibilité de délivrer le traitement sous forme injectable (dans le muscle deltoïde ou fessier). Ces injections permettent une délivrance continue et lente de la molécule pendant une quinzaine de jours, le plus souvent un mois voire trois mois pour certains produits.

Les avantages d'utiliser la forme retard sont nombreux, en premier lieu cela permet de se passer d'une prise médicamenteuse quotidienne et de limiter le risque d'oubli de prise. Ensuite la dose plasmatique étant continue elle est en moyenne plus basse (tout en restant au-dessus du seuil thérapeutique) qu'une dose quotidienne (qui est élevée après la prise et diminue jusqu'à la prise suivante) ce qui entraîne une diminution de la fréquence et de l'intensité des effets indésirables. Enfin, l'injection étant réalisée par une infirmière la prise du traitement est absolument certaine et une rupture de traitement, si le patient ne se présente pas, est connue au plus tôt.

Les inconvénients de cette thérapeutique sont d'une part l'obligation de recevoir une injection, geste pouvant être douloureux, l'obligation de se rendre dans un lieu de soin dédié pour en bénéficier (centre hospitalier ou centre médico-psychologique), le patient peut avoir l'impression qu'on surveille son adhérence au traitement pouvant donner un sentiment d'être « surveillé » ou à minima infantilisé, enfin le fait de ne pas prendre le traitement par lui-même peut donner le sentiment au patient de ne pas maîtriser la prise, d'être objet de soin dans une relation médicale paternaliste plutôt qu'acteur de ses soins.

La loi autorise dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement de réaliser des soins contraints en ambulatoire sous le mode d'un « programme de soin ». Ce

contrat de soin, bien que s'inscrivant dans une mesure de contrainte, doit être accepté et signé par le patient et permet la réhospitalisations du patient sans son consentement si les termes du contrat de soin ne sont pas respectés.

Au-delà de la contradiction de la loi qui demande à un patient de consentir à être soumis à une mesure de contrainte ces programmes de soins concernent le fait de suivre un suivi médical régulier, en général en centre médico-psychologique et le suivi d'un traitement retard.

Or l'objectif du suivi d'un traitement régulier et de consultations n'est pas le retour à un état de base (au mieux asymptomatique, au pire habituel) mais le maintien de cet état de santé chez une personne n'étant pas en situation aigue, ne nécessitant pas un soin psychiatrique en urgence.

Le fait d'imposer un traitement retard pose la question de la capacité au long cours pour le patient à avoir conscience de sa maladie et de sa capacité à consentir (capacités qui sont censées être améliorées voire rétablies avec le traitement). On impose donc au long cours un traitement censé rendre non nécessaire l'imposition des soins.

De fait cette mesure de soins sans consentement ne vise pas à rétablir un état de santé mais à maintenir le patient dans son environnement familial, social, professionnel, amical en permettant non pas au patient « d'aller mieux » mais en lui permettant de sortir plus facilement de chez lui, d'être capable de travailler, de faire ses courses, de voir des gens. Toute une dimension non médicale de l'individu mais qui est néanmoins portée par ce « soin ».

En pratique ces mesures de soins contraints en ambulatoires ne sont pas très fréquentes de part des difficultés de mise en œuvre, néanmoins elles ont une utilité pour les patients ayant des difficultés à adhérer à un traitement par voie orale et dont a été constaté à plusieurs reprises une récurrence des symptômes à l'arrêt des traitements.

Chapitre 2 : Objectifs.

1. La problématisation d'une interrogation éthique et de la question de recherche. (26) (27) (28) (29)

Dans l'ouvrage *Epidémies* attribué à Hippocrate celui-ci décrit l'exercice de la médecine comme une triade comportant un malade, une maladie et un médecin. C'est le malade avec l'assistance du médecin qui va lutter contre la pathologie. Le médecin est une aide, un allier, une personne que l'on va quérir pour recevoir son aide.

Les notions actuelles que l'on peut accoler à des termes comme « l'alliance thérapeutique » « la relation de soin » ou « la relation médecin malade » gardent cette idée de coopération du médecin et du malade face à une pathologie, le consentement aux soins apparaît comme une évidence, le patient allant « chercher » l'aide du médecin. (30) (31) Cette coopération s'illustre notamment dans le modèle délibératif de la relation médecin malade tel qu'initialement décrit par Emanuel (32) dans les années 90 et repris par la suite dans d'autres textes. Modèle dans lequel la relation médecin malade est vue comme une discussion authentique entre deux sujets libres et pensants. De cette discussion et de la délibération qu'elle permet va émerger une décision conjointe, libre et éclairée.

Contraindre une personne à recevoir un soin apparaît donc en médecine une situation d'exception, un rapport particulier au malade, une situation « illogique ».

Ce rapport particulier au patient doit être questionné.

Si le psychiatre n'est pas le seul médecin à contraindre il est celui qui est particulièrement exposé à réaliser des contraintes sous des formes variées, notamment via les mesures de contention, et plus fréquemment que d'autres confrères.

L'internat de psychiatrie amène le futur médecin à changer de service voire de centre hospitalier spécialisé tous les six mois. Même en ne travaillant pas dans un service fermé il sera toujours, ne serait-ce que par les gardes, exposé à la possibilité de devoir réaliser une mesure de contrainte, soit en intervenant dans un service fermé pour juger de la nécessité d'une contention, d'un isolement ou d'une injection de sédatifs soit à poser l'indication d'une mesure de soins sans consentement (qu'il devra justifier et faire valider par un médecin senior).

Si l'interne en psychiatrie est, tout le long de sa formation amené à contraindre (avec obligation de validation par un médecin sénior à postériori), chaque terrain de stage à ses propres habitudes, manières de faire, moyens à disposition et l'expérience dont nous pouvons témoigner personnellement est que si à chaque lieu de soins il nous est expliqué le « comment » ou sous quels critères est réalisée la contrainte dans ce lieu ou service particulier, n'est que rarement développé le « pourquoi » de la contrainte. Nous pensons qu'il existe en psychiatrie (et ailleurs) des situations de contrainte que l'on peut qualifier d'abusives, soit parce que nous en avons été témoins, soit parce qu'on nous a transmis le témoignage de ce genre de situation, soit parce qu'il arrive que les médias grands publics en fassent état, soit parce que la littérature en parle, quelle que soit la forme de contrainte à laquelle on pourrait penser.

En se basant également sur notre expérience personnelle de psychiatre, des témoignages que nous avons reçus, sur des écrits de presse la littérature nous formulons l'hypothèse que ces situations d'abus sont le reflet de défaillances à plusieurs niveaux au sein des équipes, que ce soit en terme de communication, d'organisation des soins, de moyens à disposition, de sentiment d'insécurité, de conflits au sein des équipes et probablement d'installation de routines de prises en charge délétères qui sont maintenues au cours du temps et dont la remise en question n'est pas possible au motif que « l'on a toujours fait comme cela ».

Nous nous demandons s'il est possible que ces mesures de contraintes soient réalisées sans que les personnes qui soient décisionnaires aient pleinement conscience de tout ce qui sous-tend cette décision et qui pensant faire « au mieux » suivent en fait un schéma de pensée qui n'est pas forcément dans l'intérêt du patient et donc faisant perdre l'intérêt de la contrainte.

La deuxième chose qui nous a fait nous intéresser à la question de la contrainte et de la manière dont la décision de contraindre se construit est que si la contrainte est rare en médecine elle est habituelle en psychiatrie. Mais si la contrainte en générale est habituelle chaque situation peut être singulière et il ne paraît pas bon que l'acte de contraindre se fasse de manière routinière, avec un sentiment d'automatisme face à des situations cliniques qui se répètent.

Le fait d'interroger le pourquoi de ces actions et le comment de la construction des décisions dans le domaine de la contrainte nous semble important, d'autant qu'étant

nous-même en formation nos pratiques n'ont pas encore gagné ce caractère routinier, sont malléables et donc interrogeables.

2. La relation médecin malade en psychiatrie.

- **Les modèles de décision dans la relation de soin :**

Le but de ce travail de recherche n'est pas de travailler sur la relation médecin-malade, il est néanmoins important de revenir sur quelques points clés de cette relation et des différents modèles pouvant la décrire pour les utiliser en tant qu'outils pour la suite de notre travail.

La lecture de la littérature nous a permis de résumer différents modèles de décision dans le cadre de la relation médecin-malade comme suit : (1) (5)(12) (33) (34)

Le modèle paternaliste : Ce modèle fait intervenir la représentation d'un médecin seul décideur des soins à prodiguer et qui ne délivrera à son patient qu'une information choisie, limitée pour obtenir un consentement ou à minima une absence de refus. Le rôle du patient est cantonné à celui d'accepter les soins que le médecin, bien mieux à même de savoir et de décider ce qui est le mieux pour lui, la responsabilité morale du médecin dépassant le droit du patient à l'autonomie et à un droit de participation à la décision.

Cette asymétrie de pouvoir dans la décision se justifie dans ce modèle par le savoir que possède le médecin, savoir issu d'une formation spécifique et d'une pratique auprès des patients.

Le patient quant à lui (du mot latin patiens, participe présent du verbe « déponent pati » signifiant « celui qui endure » ou « celui qui souffre ») est par nature fragile (et doit être protégé physiquement mais aussi de la réalité de son état) et donc en moindre capacité de pouvoir décider pour lui-même, encore moins du fait de son absence de connaissance médicale.

Prenons pour exemple les deux premiers codes de déontologie français, dans les articles 31 du code de 1947 et 34 du code de 1955 qui dispose que « Un pronostic grave peut légitimement être dissimulé au malade ». Le caractère « légitime » de cette

dissimulation s'inscrit dans la représentation d'un médecin protégeant son patient d'une information sur son état de santé qu'il ne serait pas en capacité de recevoir.

Ce pouvoir laissé au médecin sera nuancé dans le code de déontologie de 1979 qui dispose que « un malade peut être laissé dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic grave pour des raisons légitimes que le médecin apprécie en conscience ».

Le modèle informatif : Dans l'article(35) « *Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient* » de Jaunait est décrit un modèle dit « anti-paternaliste » qui consiste à mettre en premier plan les préférences du patient quant à sa santé et sur ce qu'il souhaite mettre en œuvre pour la maintenir ou la rétablir.

Le rôle du médecin est ici de délivrer de manière loyale et complète toutes les informations nécessaires au patient, sans chercher à influencer sur son choix, pour que celui-ci décide, en fonction de ses préférences ce qui sera le mieux pour lui.

Le rôle du patient est ici de se saisir de ces informations et de les comparer pour choisir au mieux. Ce modèle met l'autonomie du patient en avant en supposant que le patient connaît parfaitement ses préférences et qu'il n'a besoin de rien d'autres que d'informations factuelles pour prendre la décision qu'il estimera la meilleur pour lui. Ce modèle implique de fait que le patient puisse être capable d'assimiler toutes les informations que le médecin pourrait lui fournir et que ce dernier accepte de n'avoir aucun rôle dans la décision. Comme pour le modèle paternaliste un des deux acteurs de la relation est ici exclu du processus de décision.

Le modèle interprétatif : Ce modèle reprend la notion de préférences du patient quant à sa santé, mais ici en posant l'hypothèse initiale que ces préférences ne sont pas forcément connues du patient. Le rôle du médecin n'est plus ici que de délivrer une information factuelle mais également d'aider le patient à identifier ses souhaits quant à sa santé et de l'aider dans le choix des différentes possibilités thérapeutiques pour respecter au mieux ces souhaits.

Ce modèle de relation médecin-patient se base donc sur une interaction entre le médecin et le patient et non plus comme une simple délivrance d'information. Si l'autonomie du patient reste entière, la décision appartenant à celui-ci, le patient est guidé, aidé dans son choix.

Le modèle délibératif : Il est proche du modèle interprétatif mais renforce la part du médecin dans le processus de la décision. Il y a ici un réel échange d'opinions entre le praticien et le patient sur les valeurs de celui-ci. Cet échange, voire la délibération que l'échange permet, vont aider le patient et le médecin à arriver à une décision commune quant à l'état de santé du patient.

Ce modèle correspond à la représentation actuelle de la relation médicale et est désignée sous le terme de « modèle de la décision partagée ».

La loi du 4 mars 2002 relative au droit des malades et à la qualité du système de santé (36) prévoit dans son article 11 (Art. L. 1111-4.) que les décisions qui seront prises concernant la santé du malade se feront par la personne « avec le professionnel de santé ».

Cet article s'inscrit dans l'idée de la décision partagée, inscrivant dans la loi que la décision de soin se construit avec les deux acteurs de la relation médecin malade.

Le modèle de la décision partagée, modèle le plus couramment rependue actuellement, s'applique de la même manière en psychiatrie que dans les autres disciplines médicales. Mais ce modèle est-il suffisant pour décrire la relation médecin malade en psychiatrie ou faut-il faire intervenir des éléments supplémentaires propres à cette spécialité ?

- **La contrainte, une spécificité de la psychiatrie ?**

Parler de la contrainte en psychiatrie fait en premier lieu référence à la possibilité des psychiatres de prodiguer des soins sans consentement.

Cet élément ne peut pas être retenu pour évoquer une spécificité dans la relation médecin malade en psychiatrie. En effet le psychiatre dans les faits n'est pas le seul médecin à réaliser des soins sans le consentement de la personne. (37) (38)

En pédiatrie le soin est réalisé avec accord des parents et l'adhésion de l'enfant mais sans que l'on parle de consentement, d'autant plus quand l'enfant n'est pas en âge ou en capacité de s'exprimer.

Dans le cadre de l'urgence vitale l'article Article R4127-36 du code de la santé publique (39) prévoit qu'un médecin peut pratiquer les soins nécessaires lorsque le patient n'est plus en capacité d'exprimer un consentement et qu'il n'a pas été possible pour le médecin de prévenir et d'informer la personne de confiance (ou à défaut la famille) ou que cette démarche entraîne un retard préjudiciable au patient.

Dans le cadre des majeurs sous mesures de tutelles, si le patient n'est pas en mesure d'exprimer un consentement, ce sera son représentant légal qui consentira à sa place aux soins. Même si le majeur protégé est capable d'exprimer son consentement, celui de son représentant sera exigé dans certaines situations comme par exemple pour une recherche impliquant la personne humaine (article L.1122-2 du code de la santé publique) ou une recherche sur les caractéristiques génétiques (article R.1131-4).

En cas de désaccord entre un majeur protégé et son représentant quand à une décision de soin, et sauf urgence, le juge des tutelles pourra être saisi pour décider qui du tuteur ou du patient sera celui qui donnera son consentement aux soins (article 459 du code civil).

La notion du consentement ne peut donc pas être retenu comme un critère si l'on voulait identifier un caractère spécifique de la psychiatrie.

Il est plus intéressant de se pencher sur le rôle du médecin lors d'une relation de soin en psychiatrie.

- **L'attention particulière du psychiatre sur le discernement du patient.**

Le médecin psychiatre doit, en plus de son travail diagnostique et thérapeutique, réaliser un travail d'évaluation de la capacité à consentir et de la conscience des symptômes car dans son exercice il est confronté de manière régulière à l'altération de cette capacité chez certains patients, altération qui peut parfois mener à exercer des mesures de contraintes lorsque des soins urgents sont nécessaires. (40) (41) (42) (43) Ce travail d'évaluation est d'autant plus important car ne pas le faire pourrait laisser le patient dans une situation où il pourrait se mettre en danger ou mettre en danger autrui. D'autre part ce travail doit être rigoureusement fait car pouvant mener à une situation de contrainte sur le patient avec ce que cela implique de restriction des libertés individuelles du patient et une restriction de son autonomie.

L'entretien psychiatrique se fera donc toujours avec la question de potentiellement contraindre ou non en fonction de la capacité du patient à décider pour lui-même et de la conscience qu'il a de ses troubles, c'est-à-dire respectivement le discernement et l'insight.

Le discernement est une notion que l'on retrouve principalement dans le cadre de la psychiatrie médico-légale (dans le cadre des mesures de soin sans consentement et des certificats médicaux qui devront justifier de son altération mais aussi dans le cadre des condamnations pénales de personnes atteintes de troubles mentaux).

La notion de discernement apparaît dans l'article 122-1 du code pénal, le médecin psychiatre désigné expert devant juger de son caractère « aboli ou altéré » au moment d'une infraction pour juger de la responsabilité (ou non) pénale d'une personne et d'éventuellement réduire la peine encourue. L'article ne définissait pas la notion du discernement ou de critères pour l'évaluer, laissant cela à la discrétion du psychiatre.

Le Dictionnaire philosophique, ou introduction à la connaissance de l'Homme par Didier-Pierre de Neuville (44) définit le discernement comme « une faculté de l'esprit qui distingue les motifs des prétextes, les perfections des défauts, qui démêle le vrai du faux. [...] apercevoir simplement et directement dans son étendue une idée qui n'est pas une autre idée et l'apercevoir avec une réflexion tacite qui nous fait juger et

reconnaitre que cette idée n'est aucune des autres idées qui pourraient se présenter à notre esprit ».

Le discernement est donc une capacité de distinction, de discrimination des idées, de séparer le vrai du faux. Son intérêt dans la construction d'un avis libre et éclairé est donc évident.

Il existe en psychiatrie des pathologies ou des symptômes qui altèrent ce discernement.

On peut penser en premier lieu aux idées délirantes qui sont des croyances fausses portant sur la réalité. Le délire est à distinguer de l'erreur car l'erreur est peut-être reconnue comme tel lorsqu'il est confronté à des arguments rationnels et contradictoires. Le délire le plus souvent est inébranlable et se fonde sur une conviction certaine et non pas sur la raison.

Le délire peut porter sur une partie spécifique de la vie du patient (dit délire en secteur) c'est le cas par exemple du délire érotomaniaque qui est la conviction délirante d'être aimé par une personne désignée.

Le délire peut également porter sur l'ensemble de la vie du patient (dit délire en réseaux) comme par exemple un délire à type de persécution où le patient aura le sentiment que « des gens », à savoir potentiellement n'importe qui, lui veulent du mal et le surveillent à son domicile, dans la rue, à son travail, etc.

Le délire peut utiliser plusieurs mécanismes pour naître et se maintenir comme la conviction (je ne sais pas comment mais je le sais), l'interprétation (cette parole ou cet acte à forcément le sens que je lui donne), l'hallucination (la perception fausse portant sur un élément non réel), la sensation (les paroles et les actes des autres sont perçues comme agressives / dépressogènes / valorisante, etc)

Ces différents états, soit parce qu'ils empêchent ou diminuent la capacité à penser du patient (ruminations anxieuses, pensées intrusives, idées mélancoliques, souffrance morale) soit parce qu'elles altèrent la capacité à penser (idées délirantes) sont responsables d'une altération ou d'une abolition du discernement du patient et donc de sa capacité à consentir.

Cette capacité à consentir, parce qu'elle peut être altérée ou abolie, de manière temporaire ou définitive doit donc être constamment évaluée lors de l'entretien psychiatrique.

Il existe des échelles permettant d'évaluer la capacité à consentir des patients, comme le questionnaire Sieberfeld ou l'échelle MacCAT-T(45) notamment utilisé dans le cadre de la maladie d'Alzheimer mais il s'agit d'outils qui ne sont peu voire pas utilisables dans le cadre de l'urgence et plus adaptés aux situations plus chroniques.

De plus dans le cadre de la psychiatrie les soins doivent permettre de rétablir cette capacité de jugement pour que le patient puisse décider pour lui-même des soins à recevoir. L'évaluation de la capacité à consentir doit donc être répétée et régulière, ce qui est difficile avec des échelles de ce type.

Concernant le terme d'insight provient du mot allemand Einsicht, qui signifie « inspection, compréhension, regard dirigé vers ».

Le terme anglais insight (utilisé de la même manière en français) désigne la conscience et plus précisément l'existence d'un trouble mental chez un patient.

Proche de la notion de discernement l'insight sera la capacité du patient à identifier un élément de son vécu (une pensée, un ressenti, une sensation) comme pathologique. Il s'agit donc de l'extériorisation du regard du patient sur lui-même.

Il n'existe pas d'échelle de mesure de l'insight. Son évaluation se fera lors de l'entretien clinique.

Tout comme le discernement l'insight est un déterminant majeur du consentement, le patient n'ayant pas le sentiment d'être malade n'a pas vraiment de raison d'accepter un soin.

Lorsque le discernement est altéré et que le patient n'est pas en capacité de juger pour lui-même ce qui est le mieux pour lui, lorsqu'il a un faible insight et qu'il n'identifie pas comme pathologique ce que le psychiatre désigne comme un symptôme et qu'il existe un caractère d'urgence se pose la question de contraindre le patient à recevoir des soins.

« Cette potentialité de la contrainte » à chaque évaluation du discernement et de l'insight (donc à chaque consultation) fait se poser la question de « Quand faut-il ne plus reconnaître l'autonomie du patient au nom du principe de bienfaisance (délivrer du soin) ? ».

Cette question est l'une de celles qui ont été discutées pendant les entretiens et dont les réponses ont contribué à comprendre comment se construit la décision de contraindre.

3. La formulation de la question.

Notre question de recherche est « Comment se construit la décision de contraindre en psychiatrie ? ». Nous allons reprendre cet intitulé pour expliciter le choix de cette formulation et ce que nous nous entendons par les termes employés.

Tout d'abord nous avons restreint notre travail de recherche à la psychiatrie la question de la contrainte en psychiatrie a une place importante dans la pratique et dans l'image de cette discipline.

Nous nous sommes intéressés plus spécifiquement aux psychiatres et pas à l'ensemble des agents intervenant dans une mesure de contrainte car même si les mesures de contraintes ne sont pas toujours réalisées par le médecin ni même parfois initiées par lui c'est son rôle soit de poser l'indication soit de la confirmer quand l'initiative a été prise par l'équipe.

Une fois la contrainte en place, ce sera également dans tous les cas au médecin de procéder à sa réévaluation, le processus de décision étant donc en bonne partie porté par le médecin, c'est lui qui en tant que prescripteur sera responsable de la décision qui aura été prise et c'est sur lui que nous avons donc décidé de faire porter notre travail de recherche.

Pour essayer de comprendre le déroulé des événements menant à la décision de contraindre nous avons via notre question posé l'idée première que la décision de contraindre est le résultat de la combinaison de plusieurs facteurs, internes et externes au psychiatre, qu'il s'agit d'un processus et non pas d'une réponse immédiate d'où l'emploi du terme de construction.

4. Hypothèses.

Avant de commencer nos entretiens nous avons proposé des hypothèses quant à la manière dont se déroule le processus décisionnel d'une contrainte ainsi que la formulation de réponses attendues à nos entretiens pour pouvoir les confronter aux données que nous aurons récupérées.

Notre hypothèse principale posée avant le début des entretiens est que la décision de contrainte fait intervenir des éléments à la fois situationnels (l'état clinique du patient, le contexte du soin ou du refus de soin), propres au médecin (sa perception du soin qu'il propose, sa vision de la place que doit avoir le patient dans la décision) et à des éléments externes à la situation et de nature non médicales (comme une pression de la famille).

Notre autre hypothèse directrice, qui était celle qui correspondait à notre représentation de la contrainte en psychiatrie, était que dans les situations où la contrainte est envisagée le psychiatre se retrouve toujours dans une situation où le « bien faire » se trouve difficilement ou non accessible et la décision que le praticien prendra se fera avec l'idée de faire « au mieux » pour le patient et pour la situation en cours.

Nous avons considéré comme des résultats attendus des réponses nous décrivant la contrainte comme « un soin » ou comme un moyen de « protéger le patient ».

Nous avons défini comme réponse non attendue une réponse nous décrivant la contrainte comme un moyen utilisé par le psychiatre pour faciliter la prise en charge et écarter le patient de la décision.

Chapitre 3 : Matériel et méthode.

Avant de commencer le recueil des données, ce projet de recherche a été soumis à validation du Comité d'éthique de la recherche AP-HP.5 qui a rendu un avis favorable le 13 février 2020.

Dans le cadre du respect du Règlement Général sur la Protection des Données (RGPD) un dossier a été déposé auprès du Data Protection Officier (DPO) de l'université Paris Descartes pour s'assurer de la conformité de la nature et des moyens du recueil des données. L'ensemble des informations exigées par le RGPD (document d'information qui précise les objectifs et moyens mis en œuvre par l'étude, document de recueil du consentement, etc.) ont été transmis.

1. Le choix de l'approche : la méthode qualitative.

Pour essayer de répondre au mieux à la question de recherche initiale et d'explorer les hypothèses, il a été décidé que la méthode qualitative serait la méthode de recherche la plus intéressante pour recueillir le point de vue et le vécu des psychiatres sur leur pratique et sur le déroulé de leur prise de décision.(26)

L'utilisation d'entretiens semi-dirigés a été jugée la plus optimale pour permettre à la fois d'avoir un cadre d'entretien permettant de rester centré sur la question de recherche tout en offrant aux participants de l'étude une certaine liberté de paroles à même de faire émerger des résultats intéressants.

L'étude de la bibliographie n'a pas permis de retrouver d'étude similaire ou de trame d'entretien pouvant directement être utilisée pour répondre à la question de cette étude.

Il a donc été décidé qu'une trame spécifique à cette étude serait construite.

La construction de cette trame s'est faite en s'appuyant d'une part sur la bibliographie et d'autre part en tenant compte des réflexions personnelles de l'investigateur et de l'opinion d'un psychiatre de notre connaissance qui a pu donner un avis extérieur quant à la trame.

Dès le départ cette trame a été conçue comme étant susceptible d'évoluer au cours de l'étude, en fonction de l'évolution des réflexions de l'investigateur ou de résultats préliminaires issus des entretiens.

La trame a été réalisée de telle manière à favoriser au maximum l'expérience personnelle de la personne interrogée sur différentes situations, à la fois sur le déroulé des évènements mais également sur son ressenti quant à la manière dont les choses ont eu lieu.

La conduite des entretiens se voulait souple, laissant la possibilité aux personnes interrogées de poursuivre un propos si celui-ci leur semblait important, même si celui-ci n'était pas initialement prévu par la trame.

La formulation des questions prévoyait plusieurs formulations et relances pour permettre à la personne interrogée de revenir sur un sujet si celui-ci semblait avoir été exploré de manière trop superficielle.

2. Le recueil des données.

2.1. Le recrutement.

Cette étude est multicentrique. Les psychiatres volontaires pour participer ont été sollicités sur plusieurs établissements de soins psychiatriques de la région de Bourgogne. Les psychiatres ont été sollicités soit directement par e-mail (lorsque celui-ci était disponible via le site internet de leur établissement de référence), soit un appel à volontaire a été transmis (par e-mail ou par fax) à l'établissement qui se chargeait ensuite de transmettre aux psychiatres.

Lorsque l'adresse professionnelle du psychiatre était accessible publiquement ce mail lui était adressé personnellement afin de favoriser la prise de contact plutôt que de passer par un message groupé qui aurait pu susciter moins d'intérêt.

Lorsqu'il n'était pas possible d'entrer en contact directement avec le praticien ce mail était envoyé au secrétariat de son unité pour distribution.

Tous les services ou centres hospitaliers, sauf un, ont accepté de diffuser ce mail aux psychiatres de leurs structures.

Chaque psychiatre volontaire à l'étude était également encouragé à transmettre cet appel à candidature à des confrères qu'il aurait jugé potentiellement intéressé (méthode « boule de neige »).

L'e-mail ou l'appel à volontaire renseignait les mêmes informations, à savoir qu'il présentait de manière générale l'objectif de l'étude, la méthode utilisée ainsi que les moyens disponibles pour entrer en contact avec l'investigateur.

Une fois qu'un psychiatre se disait volontaire pour participer il recevait par mail la note d'information et le formulaire de consentement avant qu'une date d'entretien ne soit fixée pour lui laisser le temps de prendre connaissance des documents et de pouvoir éventuellement présenter des questions ou des demandes de précisions au moment de l'entretien proprement dit.

Le caractère strictement confidentiel des informations recueillies était précisé à plusieurs reprises dans les documents fournis et dans l'e-mail initial.

Au total il a été possible de réaliser cinq entretiens pendant la période de l'étude.

Bien que les entretiens aient permis l'émergence de plusieurs catégories et propriétés ainsi que l'apparition de résultats non prévus dans les hypothèses initiales il ne semble pas qu'une saturation des données ait été obtenue.

Il s'agit d'une limite à la portée de cette étude qui doit être signalée.

2.2. Les caractéristiques des volontaires.

Les psychiatres s'étant portés volontaires exerçaient tous dans un service dédié de psychiatrie sauf un, qui exerçait dans un service d'accueil des urgences.

Un des psychiatres interrogés travaillait dans une clinique psychiatrique privée, tous les autres exerçaient dans un établissement public (Centre hospitalier universitaire ou centre hospitalier spécialisé).

Tous les psychiatres interrogés avaient un âge situé entre 30 et 40 ans sauf un dont l'âge se situait entre 40 et 50 ans.

Toutes les psychiatres interrogées étaient des hommes sauf une qui était une femme.

Tous les psychiatres interrogés exerçaient dans la région de Bourgogne sauf un qui exerçait en Bretagne.

2.3. Le déroulé des entretiens.

Une fois qu'un participant à l'étude avait donné son accord un rendez-vous était fixé avec lui en fonction de ses disponibilités pour réaliser un entretien. Les participants étaient prévenus à l'avance que les entretiens seraient enregistrés via un microphone.

Il était initialement prévu que l'intégralité des entretiens se déroule soit sur le lieu d'exercice du professionnel soit dans un lieu public selon le choix du participant. En pratique le contexte dans lequel l'étude a été réalisée (épidémie de SARS COV-2 imposant un confinement de la population et une restriction importante des déplacements) a obligé à réaliser les entretiens par téléphone.

Aucun volontaire n'a souhaité retirer sa participation à l'étude de part ce changement de modalité de réalisation de l'entretien.

Ce changement de modalité des entretiens a certainement eu un impact dans la délivrance des informations, l'absence de contact visuel ou de proximité physique avec l'investigateur ayant pu potentiellement nuire à l'installation d'un sentiment de confiance des participants.

L'intégralité des entretiens s'est faite sur une durée d'environ 45 minutes plus ou moins 5 minutes.

3. La retranscription des entretiens.

Une fois l'entretien réalisé l'enregistrement audio issu de l'entretien était rapidement retranscrit fidèlement sur un traitement de texte informatique. La retranscription terminée, l'enregistrement était immédiatement supprimé du magnétophone.

Une fois la retranscription faite l'intégralité de l'entretien était relu pour procéder à une pseudonymisation si celle-ci était nécessaire pour que n'apparaisse aucun élément pouvant permettre d'identifier un patient, un membre du personnel soignant ou une structure de soin.

Si l'enregistrement audio faisait apparaître des éléments non verbaux (hésitations, soupirs, rires, silences, etc.) ceux-ci étaient consignés au sein de la retranscription écrite car ils semblaient importants pour permettre une bonne analyse des émotions sous-jacentes du psychiatre lors du déroulé de ses réponses.

4. L'analyse des données.

En amont de la réalisation de l'étude, au vu du choix de la méthode qualitative et par choix personnel de l'investigateur a été choisi que les données issues des entretiens seraient analysées selon la méthode de la théorie ancrée.

Cette méthode d'analyse comprend plusieurs étapes dont la première consiste à étiqueter presque ligne par ligne les entretiens afin de dégager de chaque phrase une idée centrale. Cet « étiquetage » cherchait au maximum à rester centré sur le vécu des psychiatres se portant à l'étude.

Ensuite les étiquettes ont pu être regroupées en différentes propriétés en cherchant à chaque fois à ce que l'étiquette puisse être vue comme une caractéristique de cette propriété.

Pour retranscrire au mieux le contenu des entretiens ceux-ci ont été repris sous la forme de vignettes cliniques auxquelles ont été assignées les propriétés.

Chapitre 4 : Résultats.

Pour répondre à la question de l'étude qui consiste à déterminer comment se construit la décision de contraindre en psychiatrie nous avons dans un premier temps décrit les différentes catégories de situations qui nous ont été présentées lors des entretiens. Dans un second temps nous avons identifié les raisons que les psychiatres ont avancées pour justifier la mise en place de la contrainte dans ces diverses situations. Enfin dans une troisième partie nous nous sommes intéressés aux ressentis des psychiatres lors de ce processus de décision et des questionnements éthiques que ces ressentis sous-tendaient.

1. Les situations de contrainte :

- **1ere situation :**

Cette situation se passe aux alentours de la mi-mars, une semaine après la mise en place du confinement en France.

Un homme demande à son père de l'emmener aux urgences car il ressent une angoisse importante, une sensation d'étouffement et l'impression qu'il va mourir.

Son père le dépose donc aux urgences avant de repartir s'occuper du fils du patient.

Il est rapidement pris en charge par l'équipe médicale des urgences qui constate que ce monsieur tient de propos que l'équipe qualifie de délirants. Il dit qu'il existe un complot, qu'il n'a confiance en personne à part son père, qu'il a peur de mourir et que « tout est empoisonné ». Il demande une prise en charge médicale.

L'équipe soignante, composée d'urgentistes, d'une psychiatre et de deux internes en psychiatrie évaluent le patient comme étant très agressif, très anxieux et à risque de fugue. La communication avec le patient est difficile, il apparaît à l'équipe « désorganisé ».

Ils décident donc d'installer le patient dans un box d'apaisement.

[Note : Ce type de box est une pièce carrée d'environ 3m sur 3m sans meuble et ne contenant qu'un matelas fixé au sol par des sangles. C'est une pièce dont la porte comporte un hublot et qui peut se verrouiller à clé.]

Devant cette décision le patient exprime qu'il avait déjà été placé dans cette pièce il y a plusieurs années. A l'époque l'équipe médicale lui avait « sauté dessus » et avait réalisé une injection de neuroleptiques sédatifs ainsi qu'une contention. Le patient s'était endormi sous l'effet des sédatifs et s'était réveillé en psychiatrie.

Le patient refuse d'entrer dans le box d'apaisement, prend un pot d'eau en fer posé sur une tablette et menace l'équipe soignante de les frapper si quelqu'un s'approche. Il exprime notamment « qu'il sait se battre », que l'équipe peut appeler des renforts et qu'il les « démolirait tous un par un », il menace également un infirmier de « lui arracher la carotide avec les dents ».

Le patient n'exprime pas que des menaces. Il dit également avoir peur, il répète qu'il n'a confiance en personne en dehors de son père et demande qu'on l'appelle.

L'équipe médicale choisit de ne pas essayer de contenir physiquement le patient et préfère chercher à maintenir le dialogue.

L'équipe réussit difficilement à joindre son père au téléphone. Pendant ce temps l'équipe s'efforce à discuter avec le patient qui finit petit à petit par se calmer. Il finit par entrer de lui-même dans la chambre d'apaisement et il accepte un traitement dont le but est de l'aider à s'apaiser.

Le patient accepte d'être examiné somatiquement, qu'on lui fasse un électrocardiogramme, une analyse d'urine et une prise de sang.

Le patient étant beaucoup plus calme il est possible de discuter avec lui. Ce qui apparaît de l'entretien avec le patient, de l'étude de son dossier médical et de ce que le père a pu également dire une fois revenu aux urgences est que ce monsieur présente depuis environ un mois une angoisse petit à petit croissante. S'est ajoutée une douleur cervicale qui a été diagnostiquée comme une névralgie cervico brachiale mais qui l'inquiétait beaucoup car il avait peur d'avoir des séquelles neurologiques.

Il explique ensuite que l'angoisse est devenue insupportable jusqu'à avoir l'impression d'étouffer.

Tous les résultats des examens reviennent rassurants, ce qui est dit au patient qui est maintenant beaucoup plus calme. Le psychiatre des urgences lui dit qu'il va être hospitalisé en psychiatrie en mesure de soins sans consentement. C'est son père qui réalise « une demande de tiers ». Le patient ne présente alors plus du tout d'agressivité et apparaît au psychiatre comme « résigné » à l'annonce de la décision.

Cette situation fait apparaître plusieurs éléments :

- Un contexte d'urgence à savoir un patient décrit comme délirant, agressif verbalement et potentiellement physiquement envers l'équipe médicale.
- Un contexte de troubles psychiatriques évoluant depuis plusieurs semaines.
- Une réaction négative à l'utilisation du box d'apaisement comme moyen qui se traduit par une augmentation de l'état d'agitation et d'agressivité.
- Un choix fait par l'équipe de ne pas essayer de contenir physiquement un patient menaçant.
- L'utilisation d'une mesure de contrainte chez un patient initialement demandeur de soins.
- L'utilisation de la notion de résignation par le psychiatre.
- L'utilisation de la notion d'altération du discernement
- Le psychiatre a choisit de privilégier le dialogue dans sa relation au patient tout en imposant l'hospitalisation

- **Deuxième situation :**

Un jeune homme se présente à l'accueil des urgences pour demander une hospitalisation en psychiatrie.

Ce patient a une histoire de vie marquée par plusieurs évènements négatifs comme de la maltraitance, des abandons, une vie dans la rue et une consommation pathologique d'alcool. Le patient est d'ailleurs fortement alcoolisé au moment de l'entretien.

Le psychiatre qui réalise l'entretien juge que le patient présente un trouble grave de la personnalité. L'entretien médical est long, le patient est très sollicitant et ne supporte pas que l'hospitalisation ne puisse pas se faire immédiatement. En effet le patient étant fortement alcoolisé il doit d'abord rester aux urgences pour permettre une surveillance médicale appropriée avant qu'il soit en capacité d'être hospitalisé.

Cette situation n'est pas supportée par le patient que l'équipe n'arrive plus « à canaliser » uniquement par la parole. L'équipe juge nécessaire que le patient soit isolé

et contenu dans un box d'isolement. Le patient est ensuite hospitalisé avec une mesure de soins sans consentement.

Cette situation fait apparaître comme éléments :

- L'utilisation d'une mesure de contrainte chez un patient initialement demandeur de soins.
- Une difficulté puis une impossibilité d'engager le dialogue avec le patient.
- Le soin a été entièrement décidé par le médecin

- **Troisième situation :**

Un patient est adressé dans un service fermé de psychiatrie par le centre médico-psychologique qui venait de le voir en consultation. La raison de cette consultation en CMP n'est pas connue.

Le psychiatre qui reçoit le patient dans le service n'a pas beaucoup d'informations sur ce patient en dehors d'un courrier type « Cher confrère merci de recevoir... ».

Le patient est reçu en entretien par le psychiatre et un infirmier. Il parle très mal français. Le médecin comprend néanmoins que le patient se sent « très persécuté » et qu'il a été emmené dans le service sans être demandeur d'une hospitalisation. Le médecin propose au patient d'être hospitalisé, celui-ci refuse, s'énerve et commence à frapper du poing sur la table.

Un traitement à visée d'apaisement paraît indispensable au vu de l'état de colère du patient. Ce traitement est refusé par celui-ci qui commence à frapper le médecin ainsi que l'infirmier.

Le patient est immédiatement maintenu au sol par l'équipe qui est ce jour en nombre dans l'unité. Le patient est de petite taille et est maîtrisé facilement par l'équipe.

Le patient est maintenu au sol plusieurs minutes car le service ne dispose pas de matériel de contention ce jour-là et il faut aller en chercher dans d'autres services. Une fois le matériel de contention à disposition le patient est isolé et contenu en chambre d'isolement.

Le patient est isolé pendant plusieurs jours. Pendant cette période un traitement neuroleptique est mis en place et le patient est mieux au bout de quelques jours (les

propos sont plus cohérents, il ne présente pas d'agitation ou d'agressivité) ce qui permet de lever la mesure d'isolement.

Cette situation fait apparaître comme éléments :

- L'hospitalisation d'un patient alors que celui-ci n'était pas demandeur.
- Un manque d'information sur le patient, sur ses antécédents médicaux et sur son état clinique au début de sa prise en charge.
- Une réaction immédiate de l'équipe de maintenir et de contentionner le patient.
- La mise en place d'un traitement permis par la présence de l'isolement.
- L'utilisation de la notion d'altération du discernement
- Les soins réalisés ont été entièrement décidés par l'équipe sans participation du patient à la décision

- **Quatrième situation :**

Il s'agit d'un patient hospitalisé dans un service ouvert de psychiatrie depuis une dizaine de jours.

Cette personne a déjà été hospitalisée plusieurs fois dans le même hôpital pour des épisodes dépressifs sévères et un syndrome de stress post traumatique.

Il s'agit d'une personne qui est réfugiée politique, qui a été exposée à de la violence lors d'un conflit armé dans son pays d'origine et dont la fille aurait été assassinée.

Le psychiatre est sollicité par une infirmière qui signale que le patient « va très mal ».

Le psychiatre ne connaît pas du tout ce patient, qui est pris en charge par un autre médecin de l'unité qui est absent ce jour.

Le patient est reçu en entretien par le psychiatre et la cadre de l'unité. Le patient exprime des idées suicidaires et l'intention de passer à l'acte.

Le psychiatre souhaite transférer le patient dans une chambre d'apaisement (et donc dans une unité fermée) ce que le patient ne souhaite pas.

Le médecin commence alors une négociation avec le patient, celui-ci ne souhaite pas être seul dans une chambre fermée.

Le médecin explique les raisons de sa demande et le patient finit par accepter de suivre le médecin jusque dans la chambre.

Le psychiatre explique ensuite au patient qu'il ne peut pas être dans cette chambre sécurisée fermée en étant en soins libres et qu'il va donc réaliser une mesure de soins sans consentement.

A l'annonce de la mesure de soins sans consentement le patient répond un unique « oui », le psychiatre l'interprète comme « une résignation du patient » dont la « souffrance psychique fait que la contrainte est passée au second plan ».

Le patient sera isolé pendant quelques jours. Durant cette période son traitement médicamenteux est adapté et après que la mesure d'isolement soit levée le patient est revenu en service ouvert et a repris sa prise en charge avec son psychiatre habituel.

Cette situation fait apparaître comme élément :

- La notion d'une urgence avec un risque de passage à l'acte auto-agressif
- L'adaptation d'un traitement permit par la présence de l'isolement.
- L'utilisation de la notion de résignation par le psychiatre.
- L'utilisation de la notion d'altération du discernement
- La mise en place d'une contrainte chez un patient initialement déjà inscrit dans des soins.
- Le psychiatre a privilégié le dialogue dans sa relation de soin, en cherchant à faire adhérer le patient à sa décision.

- **Cinquième situation :**

Un psychiatre reçoit en consultation dans un CMP un patient et sa mère. Le patient est fortement alcoolisé, sa mère demande à ce qu'il soit hospitalisé sous contrainte.

Ce patient est bien connu du psychiatre. Il s'agit d'un homme ayant un problème d'éthylisme ancien qui s'est récemment aggravé et qui a perdu son permis de conduire et son travail à cause de l'alcool. Il a récemment bénéficié d'un mois d'hospitalisation pour réaliser un sevrage à l'alcool et le suivi en CMP devait faire suite à cette hospitalisation.

Le psychiatre décide d'appeler une ambulance pour que le patient soit emmené aux urgences où une mesure de soins sans consentement a été mise en place.

Le patient ne souhaitait pas se rendre aux urgences mais ne s'est pas opposé à la décision du psychiatre et est monté de lui-même dans l'ambulance.

Suite à la mesure de soins sans consentement et à l'hospitalisation qui a suivi le patient a repris un suivi en CMP auprès de ce psychiatre. Le patient n'a pas repris de consommation d'alcool depuis.

Cette situation fait apparaître comme élément :

- Un patient peut ne pas accepter une prise en charge mais ne pas s'y opposer. Notion de résignation mise en avant par le psychiatre.
- Une demande de contrainte qui vient initialement de la famille.
- Le psychiatre choisit de s'appuyer sur sa connaissance du patient et des conséquences de sa consommation d'alcool pour justifier sa demande d'orientation vers les urgences.

- **Sixième situation :**

A la veille d'un week-end un médecin d'une unité ouverte est sollicité suite à une tentative de pendaison dans l'unité. Il s'agit d'une patiente présentant un état mélancolique avec des éléments délirants. Le psychiatre souhaite que cette patiente, hospitalisée en soins libres, soit transférée dans une unité fermée. La patiente y est très opposée.

Le psychiatre va négocier avec la patiente son maintien dans l'unité ouverte sous plusieurs conditions dont une chambre en face du bureau infirmier, ce qui permet une meilleure surveillance. Les conditions ayant été acceptées par la patiente elle a pu rester en service ouvert et le médecin a choisi de ne pas réaliser de mesure de soins sans consentement.

Cette situation fait apparaître comme élément :

- Le fait de contraindre ou non peut être le résultat d'une négociation et peut aboutir à une solution plus acceptable pour le patient tout en contenant une part de contrainte.
- Un contexte d'urgence avec un risque de passage à l'acte auto agressif.
- Le psychiatre choisit de favoriser la négociation autour des préférences du patient.

- **Septième situation :**

Une patiente diagnostiquée mélancolique est orientée par l'unité d'orientation de l'hôpital dans un service ouvert. Sur place le psychiatre constate qu'elle présente des propos délirants à thème de mort et de ruine avec un sentiment d'incurabilité. Il apprend également que sur le trajet entre l'unité d'orientation et le service la patiente a cherché à échapper à la vigilance des soignants pour quitter l'hôpital.

Le médecin juge la patiente très ambivalente quant aux soins puis présente des propos franchement hostiles à la prise en charge. Elle accuse notamment le médecin de vouloir la tuer. Elle cherche ensuite à s'enfuir du service.

Le médecin décide de réaliser une mesure de soins sans consentement et de réaliser des séances de sismothérapie en se passant de l'accord de la patiente.

Le psychiatre a pu recueillir l'avis de l'époux de cette patiente qui donne son accord à la sismothérapie, la patiente ayant déjà présentée par le passé des symptômes similaires qui se sont améliorés avec cette thérapeutique.

Après quelques séances la patiente va bien mieux. Elle ne présente plus de propos délirants et témoigne au médecin ses remerciements pour la prise en charge telle qu'elle a eu lieu « heureusement que vous avez fait ça ».

Cette situation fait apparaître comme élément :

- Un tableau clinique marqué par une altération majeure du discernement
- Un soutien de la famille dans la décision de contrainte
- La reconnaissance à posteriori de la patiente de la nécessité de la contrainte.
- Le psychiatre choisit les soins à réaliser en se passant de l'avis du patient.

- **Huitième situation :**

Un patient d'une vingtaine d'année est hospitalisé dans une unité fermée. Il s'agit d'une personne hospitalisée régulièrement pour des décompensations psychotiques.

Il est connu pour être impulsif et pour être déjà passé à l'acte physiquement sur un autre patient. Actuellement il pense ne pas présenter de symptômes et il estime ne pas avoir besoin d'être hospitalisé.

Il présente des troubles du comportement dans l'unité mais ne les reconnaît pas, le psychiatre de l'unité pense que même si le patient a certainement un côté manipulateur il est aussi possible que son état l'empêche de se rendre compte de tous ses actes.

Au fur et à mesure des jours les troubles du comportement dans l'unité s'accroissent, il est perçu comme tendu et avec des idées délirantes de persécution. L'équipe essaye d'apaiser le patient par des médicaments et en passant par le dialogue mais de son côté le patient, nie la nécessité de soin, refuse les traitements et dit ne voir l'équipe que comme contraignante.

Devant les troubles et un risque de passage à l'acte hétéro agressif le psychiatre décide que le patient sera isolé de manière préventive dans une chambre d'apaisement.

Il se rend dans la chambre du patient avec plusieurs infirmiers pour expliquer cette décision au patient, qu'il allait intégrer une chambre d'apaisement qui serait fermée et que le temps où il serait dans cette chambre il resterait en pyjama d'hôpital.

Cette prise en charge a majoré le sentiment de persécution que le patient éprouvait mais pendant le temps d'isolement un traitement a pu être mis en place ce qui a amélioré le tableau clinique de ce patient.

Après 3-4 jours et devant l'amélioration de la symptomatologie la mesure d'isolement est levée. Il a fallu la remettre en place suite à une interprétation délirante d'un sourire qui lui était adressé.

Cette situation fait apparaître comme élément :

- La décision d'une contrainte après l'échec d'autres tentatives de soin

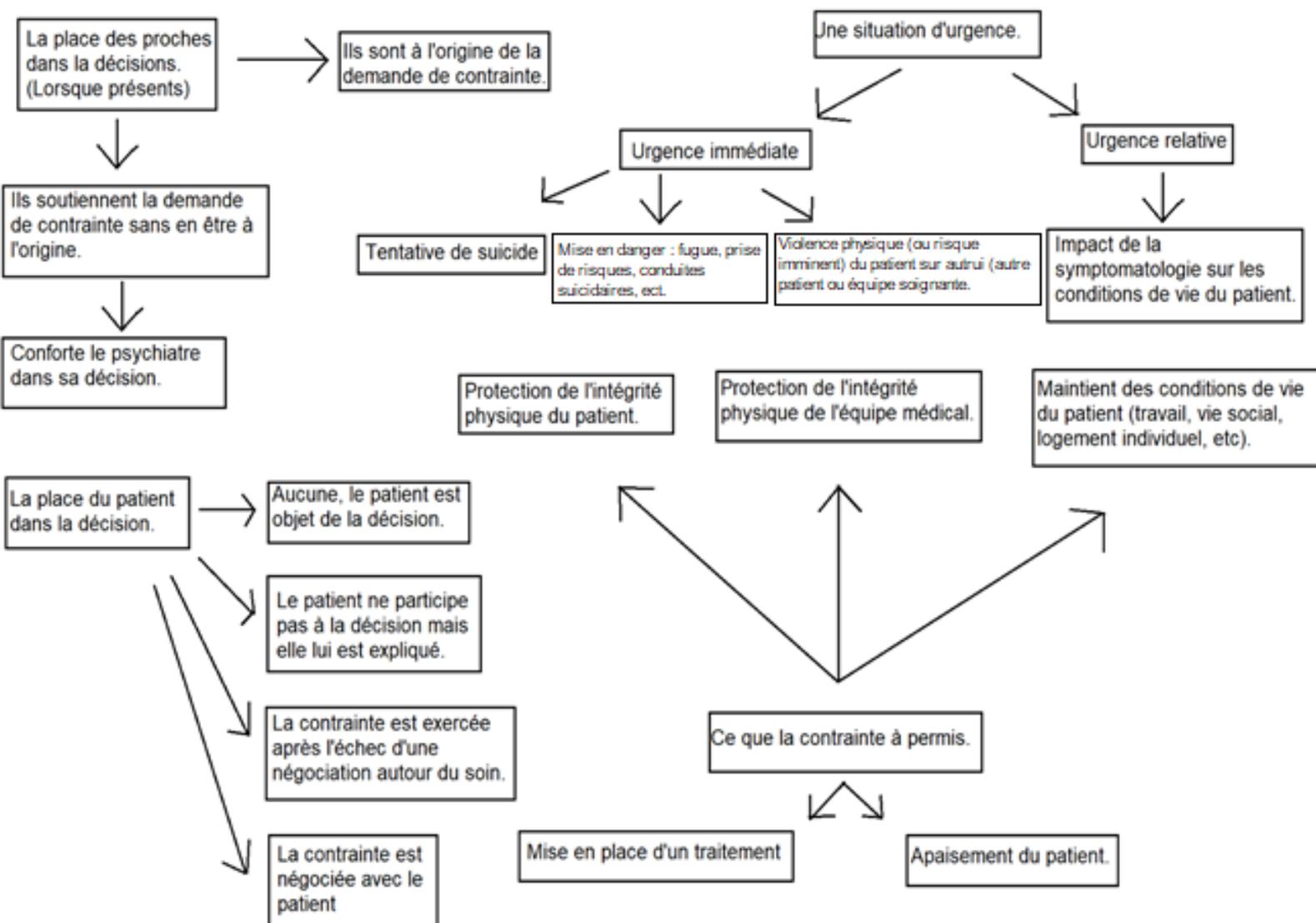
- L'utilisation préventive de la contrainte

- Un contexte de négation des troubles et d'un vécu persécutif de l'hospitalisation et des soignants

- Une mesure de contrainte qui a permis la mise en place d'un traitement
- L'insuffisance de la mesure de contrainte malgré une amélioration initiale.
- Le psychiatre ne fait pas participer le patient à la décision mais lui explique les raisons de la contrainte.

Concernant ces résultats :

Les situations amenées par les psychiatres sont toutes singulières mais ont néanmoins des caractéristiques communes. Nous avons représenté les différentes caractéristiques du déroulé de ces situations en ajoutant des éléments soulevés pendant les entretiens mais ne venant plutôt de de propos sur la contrainte en général que d'une situation spécifique :



Schématisation des différentes caractéristiques retrouvées dans le déroulé des situations de contrainte.

2. La justification des décisions par les psychiatres :

Nous allons maintenant nous intéresser aux justifications des décisions de contraindre que les psychiatres ont mises en avant lors des entretiens. Ces justifications ont été amenées soit pendant qu'ils décrivaient des situations de mise en place de contrainte soit lorsqu'ils évoquaient la contrainte d'une façon plus générale.

Les psychiatres mettent plusieurs justifications en avant pour une même situation mais pour des raisons de clarté les résultats ont été découpés en plusieurs catégories de réponses :

- **Contrainte pour protéger :**

Une des premières justifications des psychiatres pour contraindre pendant les entretiens était la nécessité que le patient, ou l'équipe, soit « protégée ».

Le terme de « protéger » désigne ici plusieurs situations.

Dans la plupart des cas évoqués les psychiatres justifient la contrainte par une nécessité de protéger le patient de lui-même ou de protéger les autres. Le patient serait soit à risque de se faire du mal soit à risque de se mettre dans une situation de danger (une fugue par exemple).

La contrainte permet par exemple une surveillance constante, dans un lieu sécurisé dans lequel le patient sera moins à même de se faire du mal ou à se mettre en danger. Concernant le fait de protéger un patient contre lui-même quand celui-ci risque de se faire du mal il faut dissocier le risque de passage à l'acte et l'intentionnalité du passage à l'acte. Le patient peut décrire des pensées d'auto-agressivité sans rechercher activement à se faire du mal, l'utilisation de mesure de contrainte comme l'utilisation d'une chambre d'apaisement permet de rassurer le patient en lui expliquant que la pièce est pensée pour limiter ce risque (meubles scellés au sol, évier ne pouvant pas être brisé, miroir en métal réfléchissant et non pas en verre, etc.).

Lorsque les psychiatres parlent de protéger le patient, c'est également pour le protéger des conséquences de sa pathologie dans son quotidien.

Par exemple l'hospitalisation d'un patient dont les consommations pathologiques d'alcool lui ont fait perdre son permis de conduire et son emploi. Ce patient n'était pas

dans une situation d'urgence vitale, il n'était pas non plus dans une volonté de se faire du mal mais sa pathologie avait des conséquences régulières et importantes sur son quotidien. La contrainte est venue ici interrompre un processus « autodestructeur » plutôt qu'une situation aigüe de mise en danger.

L'autre situation où une contrainte servira à « protéger » concerne les situations où le patient est agité, menaçant, à risque de violence ou juste après un passage à l'acte « hétéro-agressif » [Note : ce terme couramment utilisé dans les services de psychiatrie désigne un acte de violence du patient sur une autre personne, patient ou soignant. Lorsqu'il s'agit de violence que le patient dirige envers lui-même -tentative de suicide, scarification- on parle de geste « auto-agressif »].

Il s'agit ici de protéger l'équipe d'une violence de la part du patient, celui-ci pouvant ne plus être conscient de ses actes. Le type de contrainte utilisé sera principalement l'isolement voire une contention physique et un traitement sédatif.

Volontaire : L'idée c'était de le protéger de lui-même euh.. pour qu'il évite ben soit de se faire du mal soit de, ben soit d'agresser quelqu'un ou d'avoir des comportements qui euh.. qui pourrait lui porter préjudice par la suite. Voilà !

Extrait de l'entretien Psychiatre 1

Investigateur : D'accord, et là devant ce patient qui là refuse un sédatif et qui commence à être violent qu'est ce qui s'est passé ?

Volontaire : Ah ben il a été mis par terre et puis il a été mis en chambre d'isolement !

Investigateur : Alors, qu'est ce qui a fait que ça, ça a été décidé ?

Volontaire : : Ah mais ça a pas été décidé en fait ! Ça a été fait !

Investigateur : Ça a pas été décidé ?

Volontaire : Ça a pas été décidé parce que qu'il a commencé à être violent avec l'infirmier donc euh fallait euh du fait de la violence il a été contenu en fait.

Investigateur : Donc c'est la violence si je comprends bien qui a été un petit peu la raison principale de le contenir ?

Volontaire : : Oui, la violence, l'agitation qui a euh qui a contraint à le contenir.

Extrait de l'entretien Psychiatre 2

Volontaire : Et il dit clairement, pas dans la provocation il dit clairement « voilà, je veux mourir et je me tuerais quoi »

Heu.. Sachant qu'on était dans un service psy ouvert donc euh.. il peut facilement sortir euh... donc voilà on s'est un peu inquiété et là j'ai fait une demande pour qu'il soit mis en isolement, évidemment après lui en avoir parlé.

Investigateur : D'accord, alors quand tu lui en as parlé, tu lui as présenté ça, l'isolement, c'était quoi l'objectif, le but de l'isolement ?

Volontaire : Ah ben le mettre en sécurité !

Extrait de l'entretien Psychiatre 3

Volontaire : C'est un monsieur qui avait été hospitalisé dans le service où j'étais car j'étais à [nom de service] avant d'aller à [nom de service] euh, un patient éthylique chronique mais assez euh assez élevé qui pour parler en terme.... Qui a cause de l'alcool gérait assez bien parce qu'il avait un travail sauf que il a perdu son permis à cause de l'alcool du coup il travaillait plus aussi euh.... [...]

Donc déjà je craignais un petit peu car j'avais quand même beaucoup de doute sur le fait qu'il puisse, rester sobre. En fait il est arrivé emmené par sa mère complètement beurré qui me dit « il faut le faire hospitalisé en sous contrainte ».

Assez compliqué parce que euh Ethiquement tu peux pas tellement dire euh ... ben euh... « La mère dit qu'il faut l'hospitaliser donc on l'hospitalise ».

Investigateur : Et on va pas hospitaliser en psychiatrie tous ceux tous ceux qu'on voit bourré quoi...

Volontaire : Voilà ! Exactement. Après moi j'avais l'avantage, et c'est l'intérêt de pouvoir voir les patients à l'hôpital et au CMP, je savais que voilà euhhh je savais qu'il était retombé et qu'il allait se faire du mal donc j'ai parlé un petit peu avec lui, j'ai parlé un petit peu avec sa mère, euh... et je l'ai envoyé aux urgences où il a été vu par un autre psychiatre qui à, qui lui à Qui a évalué lui qu'il fallait faire hospitaliser sous contrainte.[...]

Investigateur : D'accord, parce que si j'ai bien compris tu savais que c'est quelqu'un qui pouvait se faire du mal comme tu m'as dit ?

Volontaire : Ouai, il y a eu des.. Il allait se détruire vraiment, il était dans une entreprise d'autodestruction

Extrait de l'entretien Psychiatre 3

- **Contraindre pour apaiser :**

Par apaiser nous entendons le fait de contribuer à la diminution d'un sentiment d'agressivité, de tension interne, d'angoisse, d'agitation, de souffrance morale chez un patient.

Ces états pathologiques sont en eux-mêmes responsables d'une souffrance chez le patient mais induisent également un risque de violence dirigée vers autrui ou vers le patient lui-même (scarification, tentative de suicide etc., ...).

Le psychiatre a la possibilité le plus souvent d'atténuer voire de contrôler ces affects, mais le patient n'est pas toujours en capacité de demander ou de recevoir les soins que le psychiatre pourrait lui proposer.

On peut distinguer deux manières d'obtenir cet apaisement : imposer un traitement et l'utilisation de la chambre d'apaisement.

Le psychiatre peut dans certaines situations (la tachypsychie de l'état maniaque [**Note** : accélération pathologique du cours de la pensée pouvant entraîner un discours accéléré et décousu ainsi qu'une agitation motrice], la souffrance morale de la mélancolie, une tension interne non contrôlable, etc.) imposer à un patient la prise d'un traitement, en général un neuroleptique sédatif.

Idéalement, pour garder la contrainte comme un choix de dernière intention ces traitements sont initialement proposés par voie orale mais peuvent également être délivrés au patient par voie intra musculaire, ce qui est fait lorsque le patient refuse ce qui lui est proposé et que le laisser sans traitement serait plus délétère pour lui que de lui imposer le traitement.

Il existe plusieurs de ces traitements, le plus fréquemment utilisé est la Loxapine (nom commercial Loxapac) car il permet une sédation rapide et n'allonge pas l'intervalle QT à l'électrocardiogramme (**Note** : l'allongement du QT pouvant être à risque de torsade de pointe) ce qui permet d'utiliser ce traitement sans avoir à faire en premier lieu un électrocardiogramme. C'est un traitement bien adapté à l'urgence.

Lorsque le patient accepte de le prendre par la bouche il peut être délivré soit en comprimés, soit en gouttes ce qui permet de choisir la posologie très librement.

Les chambres d'apaisement ne permettent pas uniquement de protéger le patient de lui-même en cas de risque auto-agressif. Cette pièce permet également de réduire les stimulations extérieures reçues par le patient. Cela peut être particulièrement utile chez le patient en état maniaque agité ou chez certains patients psychotiques qui demandent parfois d'eux même d'être isolés.

Volontaire : A un moment donné quand on met en isolement c'est pour avoir plus de possibilité d'imposer ce traitement et.... Il y avait ça... Et essayer d'éviter les stimuli car c'est un type qui a ... qui peut avoir des passages à l'acte un peu impulsif et un peu imprévisible et qui était déjà passé à l'acte sur un patient avec des stimuli avec les autres .. Bon voilà. Et de fait c'est un patient assez interprétatif et donc en évitant ça, en évitant le rapport aux autres on diminue aussi les tensions en diminuant la sensation de persécution pour éviter qu'il ait une interprétation sur un sourire ou quelque chose comme ça.

Extrait de l'entretien Psychiatre 5

Volontaire : Heureusement on est pas obligé de mettre tous les patients en iso mais ça reste un soin. Et ça je m'en étais rendu compte c'était plutôt pendant mon internat quand... Ça devait être pendant mon internat quand j'étais à [nom de lieu] où j'ai un patient qui est venu me voir, je me rappelle c'est un vieux psychotique, qui m'a dit « est ce que je peux aller quelques heures en isolement ? »

Investigateur : D'accord

Volontaire : Parce qu'on se rend compte que pour certains patients, c'est vrai que c'est souvent des patients psychotiques, euh le fait de se retrouver en isolement où les patients ne peuvent pas se faire du mal et surtout où ils savent qu'il n'y aura pas d'intrusion de l'extérieur tu te rends compte que ça les soulage beaucoup.

Extrait de l'entretien Psychiatre 3

- **Contraindre pour permettre un soin :**

Une autre raison que les médecins mettent en avant pour justifier la mesure de contrainte est de pouvoir permettre un soin qui n'aurait pas pu être fait autrement pour un patient qui le refuse et qu'il n'est pas en état de pouvoir décider pour lui-même.

Le terme de soin recoupe ici des sens très large, que ce soit une hospitalisation, un traitement, une consultation médicale, etc.

Ce type de contrainte est assez évidente à se représenter lorsqu'il s'agit d'une mesure d'hospitalisation sans consentement qui oblige le patient à être hospitalisé dans une unité où il sera de fait quotidiennement en contact avec une équipe médicale.

Ce contact quotidien permet à la fois une évaluation fréquente de son état ainsi qu'une surveillance permettant de prévenir des situations de dangers (typiquement une tentative de suicide).

C'est également le cas des mesures d'isolements qui facilitent la prise d'un traitement soit en l'apaisant et en le rendant plus disponible à recevoir des soins (fonction d'apaisement de la chambre d'isolement) soit en fournissant un lieu où il sera plus simple à l'équipe médicale d'imposer la prise d'un traitement.

Volontaire : Donc cette dame, un tableau très mélancolique pour laquelle j'ai initié la sismo contre son avis, ça aussi on pourra en discuter c'est toujours un peu compliqué, euh... du coup elle a fait 10 jours à [nom d'unité fermée] et après 3 séances de sismo ça allait nettement mieux et puis...[nom de psychiatre] a levé la mesure au bout de 10 jours .

Euh .. voilà, donc cette séance de contrainte s'est passée en plusieurs euh... étapes. Tout d'abord je voyais bien qu'il y avait une mélancolie donc en dehors de la réalité à ce moment-là.

Investigateur : Oui

Volontaire : Donc « vous allez mourir, vous allez me tuer, vous allez m'électrocuter, c'est de la ciguë c'est ça ? » Et heu, et heu... Il y avait une opposition passive d'abord puis quasiment active, elle refuse les traitements, elle est ambiguë, ambivalente et très suspicieuse, elle accepte au début et ensuite elle essaye de fuguer tu vois, une escalade dans le refus et une attitude d'opposition aux soins.

Investigateur : Mmh

Volontaire : Mais il y avait la nécessité d'un soin urgent pour pas qu'elle se mette en danger, pour pas qu'elle ait la possibilité ... D'abord un soin urgent.

Extrait de l'entretien Psychiatre 4

Volontaire : Cette prise en charge là à mon sens même si elle a eu un vécu persécutif majoré à ce moment-là et une rupture dans le lien thérapeutique au final ça a été à mon sens bénéfique parce que quelques jours après on a pu reprendre un traitement, le traitement qu'il refusait, donc une possibilité qu'il prenne son traitement pour apaiser des tensions voir Ben ne pas avoir recours à l'isolement euh... bon ben durant l'isolement il a pu avoir ce traitement ce qui du coup a permis d'améliorer les choses au bout de quelques jours.

Extrait de l'entretien Psychiatre 5

- **Contraindre pour répondre à une demande de la famille ou de la société :**

Une hospitalisation peut se faire à la demande du patient, quand celui-ci se présente à l'accueil des urgences par exemple. Il peut également être adressé par son médecin généraliste ou son médecin psychiatre qui l'aura vu en libéral. Il arrive également que le patient soit amené aux urgences ou à l'unité d'accueil d'un centre hospitalier spécialisé par un de ses proches.

Lors des entretiens tous les psychiatres interrogés ont évoqué un sentiment de pression venant des familles ou de la société sur le fait de contraindre ou non.

Concernant les demandes des familles il peut s'agir de familles inquiètes de l'évolution de la symptomatologie de leur proche et qui demandent soit une hospitalisation sous contrainte soit qui parfois mettent en avant une inquiétude lorsqu'elle est levée, ayant peur de devoir gérer une prochaine décompensation qu'ils jugent inévitable.

Les familles peuvent également peser sur la décision de contrainte en s'opposant à une mesure de contrainte. Le psychiatre peut choisir de réaliser une mesure de contrainte même si la famille s'y oppose (mesure de contrainte que la famille pourra demander de lever) mais d'une part cela complique d'autant la prise en charge et la construction d'une adhésion aux soins quand la famille pense comme le patient que les soins ne sont pas nécessaires.

Concernant des pressions qui viendraient de la société, certains des psychiatres interrogés expriment le sentiment d'être soumis à des impératifs contradictoires venant de la société et du monde politique, à savoir de respecter les libertés individuelles et à ne pas « enfermer » les citoyens mais tout en demandant dans le même temps de ne pas faire sortir les patients qui pourraient être dangereux dans la société. Ces demandes contradictoires sont perçues comme changeantes en fonction des faits

divers relayés par les médias, de l'image de la psychiatrie dans le public et des volontés politiques.

L'un des psychiatres a également justifié une mesure de contrainte pour être conforme avec la loi. Il avait fait intégrer une chambre d'apaisement à un patient présentant un risque de passage à l'acte auto agressif pour le protéger de lui-même, or le patient était en soins libres, ce qui ne permet normalement pas l'isolement du patient sur une longue période. Pour être donc « dans les clous » aux yeux de la loi il a choisi de mettre en place une mesure de soins sans consentement pour ce patient en plus de l'utilisation de la chambre d'apaisement.

Volontaire : Donc déjà je craignais un petit peu car j'avais quand même beaucoup de doute sur le fait qu'il puisse, rester sobre. En fait il est arrivé emmené par sa mère complètement beurré qui me dit « il faut le faire hospitalisé en sous contrainte ».

Investigateur : Oui

Volontaire : Et assez compliqué parce que euh Ethiquement tu peux pas tellement dire euh ... ben euh... « La mère dit qu'il faut l'hospitaliser donc on l'hospitalise ».

Extrait de l'entretien Psychiatre 3

Volontaire : [...] Ce qui a été assez emmerdant c'est que c'était un monsieur qui était en soin qui n'avait aucune famille. Donc un monsieur en soins libre qui n'a aucune famille donc aucun tiers donc du coup on a lancé euh une mesure de péril imminent.

[...]

Investigateur : Et alors là, de la même manière, qu'est ce qui, qu'elle était le but de cette mesure, pourquoi cette mesure ?

Volontaire : Parce qu'on met pas un patient en isolement qui est en soin libre.

Investigateur : D'accord, donc la raison principale c'était ça ?

Volontaire : Voilà. Parce qu'il me semble que dans les textes euh.... Qu'on peut pendant 24h mais voilà euh... Ça devait être... c'était un jeudi après-midi, le 24h ca arrivait un vendredi après-midi ça aurait voilà ça aurait été compliqué de lancer une mesure de péril imminent un vendredi soir.

Investigateur : Oui.

Volontaire : Donc voilà on a préféré prendre les devants quoi.

Investigateur : Donc là l'obligation de faire une mesure de soin sans consentement pour que d'un point de vue euh légale on soit dans les clous ...

Volontaire : C'est ça ! C'est ça.

Extrait de l'entretien Psychiatre 3

Volontaire : Et du coup j'avais déjà pris ma décision par contre c'était capital l'avis de la famille. Ça renforce forcément la décision et puis euh donc c'est le week end et puis voilà ça m'a encouragé j'étais

beaucoup plus serein tu vois euh.... Donc si, si ça joue. Le positionnement de la famille joue systématiquement, même si nous des fois on passe outre.

Extrait de l'entretien Psychiatre 4

Volontaire : [...] il y aurait plein de chose à dire sur les familles le positionnement de la famille la société par rapport à ça, ce qu'on nous impose. Euh... Et puis je fais sortir quelqu'un ... les menaces de procès... vont de pair avec les politiques..... pour protéger notre société quoi ... Une société de plus en plus procédurière où l'individu et les droits de l'individu sont respectés voilà. Mais par contre la société nous impose de par mettre des gens dehors qui pourraient être dangereux pour les autres. Nous on est pris entre deux feux quoi qu'il arrive ..

Extrait de l'entretien Psychiatre 4

Volontaire : Alors, souvent, le programme de soin répond à une contrainte extérieur. C'est aussi ça , pour sécuriser les proches, tu as souvent cette donnée-là.

Investigateur : Oui.

Volontaire : Les proches qui disent « vous le faites sortir très bien mais il va arrêter son traitement, c'est sûr, qu'est-ce que vous allez faire ? » Et ça répond à ça. On a quelque part aussi une contrainte en tant que soignant de faire ça, ce qu'on peut entendre hein, euh... Du coup, lever l'hospitalisation complète ... on sécurise l'entourage et derrière j'y crois pas beaucoup...

Extrait de l'entretien Psychiatre 5

3. Le ressenti des psychiatres concernant le fait de contraindre :

Dans cette dernière partie des résultats nous nous sommes intéressés au ressenti des psychiatres avant et pendant la contrainte et notamment le caractère inconfortable de ces décisions.

Dans la première situation le psychiatre des urgences face à un patient agressif qui menaçait l'équipe avec un pot d'eau en métal a fait le choix de ne pas contenir physiquement le patient. En entretien ce psychiatre expliquait ressentir un sentiment de peur face à ce patient qui était ancien sportif et physiquement imposant. Il y avait dans cette situation une nécessité d'apaiser le patient et un risque de violence envers l'équipe. Le psychiatre expliquait qu'essayer de le maintenir physiquement, de « lui sauter dessus » risquait d'augmenter d'un cran la violence du patient.

Le sentiment de peur ressenti ici par le psychiatre est lié à la violence effective qui se déroule devant lui mais est également lié à la violence potentielle en cas d'intervention de l'équipe sur le patient. Cette peur intervient dans la décision du psychiatre de passer la parole pour essayer d'apaiser suffisamment le patient pour qu'un « faire autrement » soit possible.

Une situation similaire a été décrite dans le cinquième entretien pendant lequel le psychiatre envisageait une situation de mise en isolement préventive pour contrôler la tension interne d'un patient ne prenant pas son traitement et qui était à risque de passage à l'acte hétéroagressif de manière impulsive [**Note** : Un passage à l'acte hétéroagressif est un terme du jargon psychiatrique qui désigne un acte de violence d'un patient sur un tiers, qu'il soit patient ou soignant]. Ici le psychiatre avait estimé qu'il n'était pas possible de se passer d'une mesure d'isolement du patient (après avoir constaté l'échec d'une proposition de traitement et de passer par le dialogue).

Mais même si la décision était déjà prise il disait ressentir une appréhension de l'annonce et de l'explication de la décision au patient : celui-ci était tendu, présentait des symptômes de persécution et lui annoncer une mise en isolement était un risque de passage à l'acte violent sur l'équipe, passage à l'acte qui devait être évité par la mise en isolement.

Derrière l'explication de la décision par la symptomatologie le ressenti du psychiatre était ici une anticipation négative du refus lié à la fois au fait qu'à priori on ne pourra pas être avec le patient dans un modèle idéal de décision partagée mais dans une situation de coercition et par la crainte de la violence du patient envers lui-même et l'équipe suite à l'annonce de la décision.

Le psychiatre de la deuxième situation expliquait qu'il trouvait « insupportable » de devoir reprendre en équipe le déroulé des événements ayant conduit à l'utilisation de la contrainte. Il exprimait qu'il voyait cette obligation comme une suspicion a priori portée sur la contrainte qui – puisse qu'il y a « débriefing » - est quelque chose « *de mal en soit, de néfaste, [...] Puisque quelque part il faut faire un débriefing parce que ça aurait pu être évité, ça veut dire que c'est mal de l'avoir fait.* ».

Concernant la contrainte en elle-même il explique que c'est un acte qui n'est jamais réalisé « de gaité de cœur », qu'il amène des obligations supplémentaires aux

soignants (de surveillance notamment) et que pour lui la contrainte est faite parce qu'il n'était pas possible de faire autrement.

Le ressenti du psychiatre est donc ici un sentiment négatif d'avoir dû réaliser une mesure de contrainte, à la charge de travail supplémentaire que la contrainte implique tout en se sentant jugé de l'avoir fait et que selon lui sa prise en charge est évaluée négativement.

Avec le psychiatre de la troisième situation, nous parlions en fin d'entretien de la contrainte d'un point de vue plus général, il a spontanément évoqué le fait que contraindre un patient était quelque chose de désagréable, qu'il préférerait toujours que la décision de soin soit prise avec le patient mais que parfois il se sentait « obligé de contraindre, de forcer le patient », que la contrainte, si elle s'imposait au patient pouvait parfois aussi s'imposer au psychiatre qui la met en place.

Ces ressentis émotionnels ou ces malaises sont le résultat soit :

- **D'objectifs non conciliables :**

Comment à la fois délivrer un soin que le psychiatre juge nécessaire et être dans un modèle idéal de décision partagée lorsque le patient refuse les soins ?

Comment respecter les demandes de respect des libertés individuelles et d'autonomie (donc de limiter la contrainte et de favoriser au maximum le choix du patient) et de contraindre ou de garder en isolement un patient qui serait jugé potentiellement dangereux ?

Le psychiatre évolue dans une marge étroite entre le renforcement nécessaire le respect du droit des patients réaffirmé et renforcé dans la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et les législations pénales et civiles encadrant de manière plus sécuritaire les troubles psychiatriques.

Le psychiatre, par ses compétences cliniques, est capable d'identifier des situations pathologiques en anticipant que l'évolution sera certainement favorable si le patient accepte les soins et qu'il existe au contraire un risque de conséquences néfastes

pour le patient en cas de refus. Il n'est malheureusement pas toujours possible de concilier l'autonomie du patient et la volonté du psychiatre d'être bienfaisant.

- **D'une prise de décision incluant nécessairement un élément néfaste non recherché mais attendu :**

L'annonce d'une hospitalisation sous contrainte à un patient, qu'il ne va pas pouvoir quitter l'hôpital et qu'il va intégrer un service de psychiatrie, en risquant de perdre une relation de confiance ou en la rendant difficile à construire dans la suite de la prise en charge.

La décision de réaliser une mise en isolement pour limiter un risque de passage à l'acte du patient mais dont la réalisation est en soit un risque de violence.

La décision de maîtriser physiquement un patient menaçant, au risque qu'un membre de l'équipe reçoive un coup dans la manœuvre.

La décision de contrainte qui est réalisée puis repensée dans un second temps en se demandant s'il n'aurait pas été possible de faire autrement (et donc implicitement qu'il aurait été préférable de ne pas faire autrement).

- **Une décision paradoxale : (5)**

L'analyse des entretiens a fait ressortir deux situations où la décision de contraindre apparaissaient paradoxale.

Durant le quatrième entretien le psychiatre avec qui nous discutons expliquait que la contrainte avait pour lui comme objectif de rétablir l'autonomie du patient pour qu'il redevienne acteur et décideur de ses soins.

Le paradoxe est ici qu'on va utiliser la contrainte qui par nature est une atteinte à l'autonomie du patient pour pouvoir aider à la restaurer. La justification que développe le psychiatre est que l'autonomie du patient étant déjà altérée par la pathologie mentale il n'est plus en capacité de faire les choix qui lui permettrait d'aller mieux et qu'imposer le soin (par une mesure d'hospitalisation sans consentement, par les traitements) permet une diminution des symptômes et donc une restauration

progressive de l'autonomie du patient jusqu'au moment où il peut décider pour lui-même. Il donne comme exemple la crise suicidaire [**Note** : Période de souffrance psychique importante où les idées suicidaires sont envahissantes et l'intentionnalité suicidaire importante. Il s'agit d'une situation pouvant s'installer de manière brutale, qui dure en général quelques jours et où le risque d'une tentative de suicide est très important] pendant laquelle il décrit le patient comme « aliéné à lui-même », non accessible à l'argumentation et qui une fois la crise passée retrouve un fonctionnement plus habituel.

La deuxième situation qui apparaît paradoxale se retrouve dans le troisième entretien pendant lequel le psychiatre évoquait le cas de patients qui demandaient d'eux même l'application de mesure de contrainte comme d'être isolé en chambre d'apaisement.

- **D'une manière générale concernant la contrainte :**

Contraindre un patient peut être un acte violent (maintien au sol, injection, enfermement dans une pièce sécurisée, l'annonce au patient qu'il ne pourra pas quitter l'hôpital, suspension du pouvoir de décision du patient, obligation d'être en pyjama dans certaines situations, incertitude quant à la durée d'hospitalisation, etc.).

Ces éléments sont difficilement dissociables de l'acte de contraindre qui tout en réduisant l'autonomie du patient induit un rapport de force entre le médecin et le patient permet également la réalisation d'un soin (permettre une surveillance médicale, mettre en place un traitement, réaliser des entretiens médicaux, etc.), et d'empêcher que le patient ne se fasse du mal ou fasse du mal à autrui.

Cette prise en charge doit permettre au patient de retrouver un état antérieur où il sera en capacité de décider pour lui-même. Il s'agit donc d'une suspension volontaire mais temporaire de l'autonomie du patient au nom d'une volonté d'agir au mieux dans l'intérêt du patient quand le psychiatre estime que celui-ci n'est plus en capacité de le faire lui-même.

La décision de contraindre est parfois responsable d'un ressenti négatif du psychiatre comme avoir le sentiment que contraindre c'est échouer à avoir pu délivrer du soin avec le consentement du patient.

Nous avons vu également que les diverses situations de contraintes laissent au patient un spectre large de niveau d'autonomie. Dans les situations où le patient est violent il

n'a en général aucun choix sur sa prise en charge et la contrainte peut se faire de manière coercitive (contention, chambre d'apaisement), parfois sous la forme d'un volontarisme contraint (prendre un traitement sédatif par la bouche ou par voie injectable). Mais parfois la contrainte se négocie, le patient est interrogé sur ses préférences et un accord peut être obtenu lorsque le patient et le médecin trouve une solution commune, même si cette solution contient sa part de contrainte.

Dans tous les cas la contrainte est justifiée initialement par l'altération ou la perte de la capacité du patient à décider pour lui-même. Les soins contraints ont pour finalité de rétablir cette capacité et par corolaire l'autonomie du patient.

Chapitre 5 : Discussion.

1. Les limites de l'étude.

Nous avons identifié dans notre étude plusieurs limites.

La première est en lien avec le contexte de la réalisation de l'étude. Celle-ci s'est déroulée pendant l'épidémie de SARS COV-2 et d'une obligation de confinement au domicile de la population, les déplacements et rassemblements devant se limiter au strict nécessaire.

Cela a eu deux conséquences. Tout d'abord il pesait sur les unités de soin une charge de travail supplémentaire qui a limité la participation de certains volontaires. (Parmi les réponses reçues n'ayant pas débouché sur un entretien une seule exprimait un refus de participation, les autres réponses mettaient en avant une volonté de participer avant de montrer des difficultés à trouver un créneau de disponibilité pour l'entretien).

Cela a amené une difficulté de recrutement nous ayant obligé à procéder à l'analyse de nos données avant d'atteindre une saturation de nos réponses.

Les résultats que nous avons obtenus mériteraient donc des approfondissements et des entretiens supplémentaires. Il serait intéressant que cette étude puisse être réalisée de nouveau ou au moins complétée par une autre session de recrutement.

Ensuite il n'a pas été possible de réaliser les entretiens en face à face comme il l'est recommandé. Nous avons donc dû réaliser les entretiens par téléphone.

Si aucun psychiatre n'a refusé l'entretien au motif que celui-ci se fasse par téléphone on peut se poser la question de la richesse de celui-ci lorsqu'il n'est pas réalisé en face à face.

Il est possible que les psychiatres ne se soient pas sentis aussi libre de verbaliser que lors d'un entretien en présentiel et que des éléments de discours n'aient pas été transmis. C'est une limite hypothétique mais à laquelle nous devons penser et dont nous devons tenir compte.

La troisième limite que nous souhaitons soulever est que les psychiatres qui se sont portés volontaires ont été amenés (plus ou moins fréquemment et longtemps) à travailler avec nous durant des périodes de stages. Il s'agit donc de personnes que nous connaissions parfois bien, ce qui a possiblement facilité le recrutement et a permis une fluidité des échanges mais a également peut être modifié les propos tenus

lors de l'entretien (les psychiatres volontaires ayant pu être plus « sensibles » au regard de l'investigateur que si l'investigateur était plus « neutre » par rapport à eux).

Nous notons également que la situation des traitements dit « retard », c'est-à-dire des traitements antipsychotiques à action prolongé par voie injectable à raison d'une injection par mois (contre une prise quotidienne du même médicaments) n'a été abordé qu'une seule fois durant les entretiens.

Ces traitements peuvent être prescrit à la demande du patient mais peuvent également s'imposer dans le cadre d'une mesure de soins sans consentement en ambulatoire via un programme de soin.

Il s'agit donc d'une situation de contrainte qui se poursuit dans le temps, possiblement le temps de réaliser plusieurs injections (donc pendant plusieurs mois de traitement) et donc sans qu'il n'y ait plus aucun caractère d'urgence.

Cette mesure de contrainte pose également la question de l'évaluation de la capacité à consentir du patient (une injection tout le mois n'implique pas nécessairement une consultation à chaque réalisation de l'injection).

Il aurait été intéressant que ce mode de contrainte et les justifications à ce type de contrainte eut été plus retrouvé dans les entretiens (prévenir une rupture thérapeutique jugée inévitable si le patient n'est pas contraint ? Evaluation d'une altération définitive - même sous traitement – de la capacité du patient à décider de ses soins ?). Il s'agit peut-être d'une conséquence de l'absence de saturation des données.

2. Les apports de l'étude.

Nous voyons plusieurs intérêts à cette étude. Tout d'abord elle permet d'explorer un thème qui correspond à des situations fréquentes en psychiatrie et qui sont régulièrement sources d'interrogations. Pour cette étude l'approche qualitative nous a paru préférable, car permettant de caractériser finement les situations qui nous ont été rapportées et de les analyser pour en tirer nos résultats. Une approche quantitative aurait été limitée car elle aurait été inefficace à faire émerger des éléments intervenants dans la décision de contraindre qui n'auraient pas été prévus par l'étude en amont.

Concernant les résultats on remarque que la place laissée au patient lors d'une mesure de contrainte est très variable, allant de l'application de la mesure sans concertation ni négociation avec le patient à l'obtention d'un compromis autour de la contrainte qui sera mise en place en passant par la contrainte appliquée mais expliquée ou mise en place seulement après l'échec d'autres mesures non contraignantes.

Nous avons vu dans la partie de ce travail consacrée aux différents modes de relation médecin malade que le paternalisme pouvait se définir comme une atteinte à l'autonomie du patient pour pouvoir décider d'un soin et l'appliquer, la nécessité de ce soin étant jugée d'un intérêt supérieur au respect de l'autonomie du patient.

Dans le cadre d'une mesure de contrainte la nécessité d'un soin, d'apaiser ou de protéger l'équipe est jugée plus importante que le respect de l'autonomie du patient. Le soin ou la mesure de contention se fera avec ou sans le consentement de la personne.

Mais toute contrainte, parce qu'elle porte atteinte à l'autonomie du patient est-elle forcément paternaliste ?

L'entretien « Psychiatre 2 » nous décrit une situation de violence d'un patient qui avait frappé le médecin et un infirmier. Dans la suite immédiate de ce passage à l'acte le patient a été maintenu au sol par plusieurs infirmiers puis a été isolé et contentonné. A aucun moment n'est évoqué la disponibilité d'une solution alternative, la mesure est appliquée immédiatement sans être négociée ni expliquée au patient. Ici aucune place n'a été laissée à l'autonomie du patient, la priorité étant la sécurité de l'équipe médicale.

Dans cette situation le patient n'est plus un sujet qui bénéficie de soin mais un objet d'une procédure médicale faite dans l'intérêt d'autrui (ici protéger l'équipe soignante).

Notons tout de même que le psychiatre interrogé décrivait cette situation comme une situation de contrainte évidemment pour le patient, mais aussi pour l'équipe. Il expliquait que la contrainte n'avait ici pas été décidée, que la situation l'imposait, que l'équipe a été « contrainte de le contenir ».

Il serait intéressant qu'une seconde étude s'intéresse à la question de la représentation du caractère paternaliste ou non d'une décision de contrainte lorsque le psychiatre a lui-même le sentiment que la décision ne lui appartenait pas.

La contrainte ne peut toutefois pas être vue que comme une décision paternaliste. D'une part l'entretien « Psychiatre 4 » décrit une situation de contrainte négociée : le médecin voulait initialement contraindre la patiente pour la protéger d'un geste suicidaire, pour lui cette protection était impérative et il était prêt à faire passer cette protection avant le respect de l'autonomie de la patiente par une mesure de contrainte. Finalement les moyens disponibles pour arriver à ces objectifs ont pu être discutés avec la patiente qui souhaitait absolument ne pas être transférée dans un service fermé (conséquence obligatoire d'une mesure de soins sans consentement). Si les objectifs du médecin et de la patiente n'étaient pas les mêmes (éviter un passage à l'acte / ne pas être dans une unité fermée) une solution via une autre forme de contrainte a pu être trouvée et qui répondait aux objectifs de la patiente et du médecin. Nous sommes ici dans une discussion et une négociation autour des préférences du patient et du médecin aboutissant à une décision conjointe, une situation proche du modèle délibératif de la relation médecin-patient.

D'autre part l'entretien « Psychiatre 3 » nous fournit également une situation où c'est le patient lui-même qui demande à être placé en chambre d'apaisement.

La contrainte est vue ici par le patient uniquement sous l'angle de l'apaisement qu'elle peut permettre et absolument pas comme une non prise en compte de son autonomie.

A titre personnel nous pouvons également décrire plusieurs situations où des patients nous ont demandé de pouvoir être mis en contentions. Il s'agissait de patients ressentant une tension interne augmenter progressivement au cours de la journée et

dont les traitements n'ont pas permis de les aider à se sentir mieux. Ils demandaient donc par eux même à l'équipe d'être isolés et contenus car ils disaient que cela les aidait et que cela leur permettait d'éviter un éventuel passage à l'acte hétéroagressif.

Dans ces deux exemples il n'est pas possible de qualifier l'attitude du médecin qui répondrait positivement à cette demande de contrainte car elle provient directement du patient.

- **Du refus à la résignation :**

Une autre notion qui est ressortie des entretiens est ce que les psychiatres ont appelé « la résignation » du patient face à une mesure de contrainte.

L'entretien « Psychiatre 3 » décrit deux situations où le patient est qualifié de résigné : un patient suicidaire qui ne souhaitait pas être admis en chambre d'apaisement mais qui s'y laissera conduire et un patient ayant une consommation pathologique d'alcool qui ne souhaitait pas se rendre aux urgences comme le voulait son psychiatre mais qui est monté de lui-même dans l'ambulance.

Nous allons essayer de définir et d'explicitier ce terme. (46) (47)

Du latin médiéval « Resignato » ce terme désigne selon le dictionnaire Larousse l'action de « céder, se démettre, d'un bénéfice, d'une fonction, d'un office », la seconde définition que le dictionnaire donne est « l'acceptation stoïque de ce qu'on ne peut empêcher ».

Le terme stoïque est un nom commun faisant référence à une école philosophique grecque antique. Le sens courant que l'on lui donne est une sérénité ferme voir une indifférence à la douleur, à la mort, aux plaisirs et aux richesses. Cette attitude s'accompagne d'un fatalisme quant à son sort. Historiquement il existait en fait plusieurs courants du stoïcisme durant l'antiquité et la définition que l'on donne couramment à ce terme ne peut pas résumer tout le concept philosophique du stoïcisme. Néanmoins la notion de fatalisme et d'attitude ferme quant à des évènements que l'on ne maîtrise pas sont des notions intéressantes pour discuter du concept de résignation.

Dans le cadre des entretiens, les psychiatres interrogés ont utilisé le terme de résignation pour parler de patients en mesure de soins sous consentement qui bien

que déclarant ne pas adhérer voire être opposés à leurs soins respectent néanmoins le cadre du service (horaires de levés, des repas) participent aux soins (entretien médical, atelier thérapeutique, prendre un traitement, se rendre en chambre d'apaisement) tout en maintenant dans leurs paroles une opposition à ceux-ci, expliquant qu'ils n'acceptent pas les soins reçus, mais « qu'ils s'y sont résignés ».

D'un point de vue personnel, nous retrouvons les mêmes attitudes et les mêmes discours dans notre pratique.

Ce genre de discours est assez proche de la deuxième définition courante de la résignation mais il faut relever qu'elle porte en elle-même une contradiction car elle parle d'une acceptation de ce qui va arriver, et qui est inéluctable.

Si quelque chose est inévitable et que ce caractère d'inévitable est admis, peut-on pour autant dire que ce qui va arriver est accepté ?

Ne serait-il pas plus juste, au moins dans le cadre de la psychiatrie, de parler de la résignation comme l'acceptation stoïque du caractère inévitable de ce qu'on ne peut empêcher plutôt que du fait d'accepter ce qu'on ne peut empêcher ?

Car ici ce ne sont pas les soins qui sont acceptés mais plutôt le caractère acté de la situation (que les soins seront délivrés que le patient les accepte ou non).

La première définition est également intéressante lorsqu'on la compare avec celle du consentement. Si le consentement est un accord pour la réalisation d'un soin après que le patient ait fait preuve de jugement en traitant les informations fournies par le médecin qu'en est-il du patient qui choisirait de lui-même de laisser toutes les décisions concernant sa santé au médecin avec un discours du type « Docteur, je ne veux pas savoir, faites ce que vous avez à faire, je veux juste aller mieux » ?

Un patient en totale capacité de décider pour lui-même qui tiendrait un tel discours donne ici un accord mais peut-on parler de consentement libre et éclairé puisqu'il choisit de ne pas participer à la délibération ni de connaître toutes les raisons amenant au choix du soin à réaliser ? N'est-on pas plutôt ici dans la première définition de la résignation ? (Céder, se démettre d'un bénéfice, d'une fonction).

Nous avons là un patient qui cède sa capacité et son droit de décision dans sa prise en charge médicale. En premier plan il semble donner, voire consentir « à tout ce qu'il y a à faire » mais en fait il se résigne pour le coup « à accepter stoïquement » ce que

le médecin fera, partant du principe que cela sera dans son intérêt, quitte à accepter de se démettre de sa participation à la décision de soin.

Dans ce contexte la résignation est une forme de consentement aux soins par délégation. Ce n'est pas ce que les psychiatres désignent lorsqu'ils parlent de résignation.

Ce que les psychiatres disent lorsqu'ils parlent de résignation désigne donc plutôt un refus de soin mais sans opposition à sa réalisation, acceptant le caractère inévitable du soin. Dans ce contexte se résigner n'est pas consentir aux soins.

A ce titre, la résignation se rapproche des notions de volontarisme contraint (« Si vous n'acceptez pas le traitement par la bouche vous aurez une injection / Si vous n'acceptez pas une hospitalisation vous serez placé en mesure de soins sans consentement ») et d'adhésion utilitaire (« faire ce qu'il faut » pour sortir plus vite d'hospitalisation ») d'Anne Lovell. Selon cette vision la résignation serait non seulement un non-consentement mais également un comportement directement induit par une contrainte. Cette définition nous semble correspondre à ce qui ressort des entretiens lorsque les psychiatres parlent de résignation.

Enfin évoquons un dernier point. Durant les entretiens deux des psychiatres interrogés émettaient comme opinion que certaines situations de contraintes étaient la conséquence d'un défaut de prise en charge antérieure, qu'une situation qui aurait pu être plus facilement résolue a évolué péjorativement du fait d'un manque de moyens ou de délais de prise en charge trop long, ce qui confronte le psychiatre à une situation plus inconfortable dans laquelle la contrainte sera nécessaire.

Conclusion



THESE SOUTENUE PAR Mr ROUSSEAU Victor

CONCLUSIONS

Dans le cadre de ce travail de recherche nous nous sommes intéressés à la question de la contrainte en psychiatrie et plus précisément à la construction de la décision de contraindre, de ce qui entre en jeu sur ce moment et les tensions éthiques qui accompagnent la décision.

Nous avons souhaité, au moyen d'une étude qualitative explorer les raisons que les psychiatres mettent en avant pour justifier l'acte de contraindre en nous appuyant sur des récits de situations cliniques.

L'analyse des différents entretiens met en évidence que les objectifs d'une mesure de contrainte peuvent être multiples et variables d'une situation à une autre. Parfois la mesure de contrainte n'est pas réalisée dans l'intérêt du patient mais de celle de l'entourage immédiat (par exemple protéger l'équipe médicale de la violence du patient).

L'acte de contraindre s'accompagne par nature d'une suspension ou de l'altération de l'autonomie du patient mais dans des proportions qui sont très variables d'une situation et d'un psychiatre à l'autre. Cette atteinte à l'autonomie du patient est justifiée dans les entretiens par d'autres impératifs comme la réalisation d'un soin urgent qui n'est pas perçu comme acceptable par le patient en raison d'une altération de son discernement et de sa capacité à consentir. Ce soin urgent ayant notamment comme objectif de permettre au patient de revenir à un état antérieur où il sera en capacité de décider pour lui-même ce qu'il souhaite concernant sa santé.

Les entretiens ont également soulevé un malaise ou des émotions négatives quant à l'acte de contraindre. Soit par un sentiment que la contrainte aurait pu ou dû être évitée, soit que celle-ci est la conséquence d'un défaut de prise en charge antérieure. Parfois les psychiatres évoquent l'idée que l'acte de contraindre ne se décide pas mais s'impose à eux.

Ce ressenti est expliqué par la confrontation d'impératifs contradictoires, en premier lieu le respect de l'autonomie du patient et la nécessité de soins mais également parce que la contrainte est un mode de soins qui diffère radicalement du modèle de relation médecin malade jugé idéal, le modèle par délibération. Il diffère car il implique généralement une attitude paternaliste du médecin qui considérant que la pathologie altère la capacité du patient de savoir ce qui est bon pour lui devra imposer les soins qu'il jugera nécessaires. L'imposition de ces soins est parfois violente, concrètement (maintien au sol, contention, injection) ou symboliquement (port obligatoire du pyjama, non-participation aux décisions).

Néanmoins tous les psychiatres interrogés ont considéré que la contrainte n'était pas un échec de la relation de soin, que si celle-ci était altérée c'était à cause de la pathologie et non de la contrainte qui a suivi et même pour certains que la contrainte, en permettant la réalisation des soins et le rétablissement du malade a permis de rétablir cette relation de soins.

Le Président du jury,

Vu et permis d'imprimer

Dijon, le 24 Février 2021
Le Doyen

Pr CHAUVET-GEI INIER

Pr M MAYNADIÉ

Annexes

Annexe 1 Modèles de certificat de soins sans consentement.

Annexe 2 Mail à destination des psychiatres à but de recrutement de volontaires.

Annexe 3 Grille d'entretien téléphonique.

Annexe 4 Retranscription intégrale des entretiens avec les psychiatres.

Annexe 1 : Modèles de certificat de soins sans consentement.



MODELE DE CERTIFICAT MEDICAL

**Admission en soins psychiatriques sans consentement à la demande d'un tiers¹
(article L. 3212-1 du code de la santé publique)**

Je soussigné Docteur.....
(adresse).....
certifie avoir examiné ce jour, Mme/M.....
Né (e) le

Et avoir constaté (description de l'état mental et du comportement) :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Les troubles mentaux dont souffre l'intéressé (e) rendent impossible son consentement et nécessitent des soins psychiatriques immédiats, assortis d'une surveillance médicale justifiant une hospitalisation.

Fait à.....
le.....

Signature

¹ Le 1^{er} certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade. Le 2nd certificat peut être établi par un médecin extérieur ou exerçant dans l'établissement accueillant le malade.
Les deux médecins ne doivent pas être parents ou alliés, au quatrième degré inclusivement, ni entre eux, ni du directeur de l'établissement qui prononce la décision d'admission, ni de la personne ayant demandé les soins ou de la personne faisant l'objet de ces soins.

Annexe 2 : Grille d'entretien téléphonique.

Questionnaire d'entretien semi dirigé sur la décision de contraindre en psychiatrie.

Comment se construit la décision de contraindre en psychiatrie ?

- **Pouvez-vous me raconter comment s'est déroulé la dernière mesure de contrainte que vous avez réalisé ? Quel était notamment le contexte autour de la décision (lien antérieur avec le patient, place de la famille, etc.)**
- **Pouvez-vous me raconter comment a été exprimé le refus du patient / comment ça lui a été proposé, avez-vous pu en discuter avec lui ? Quelle a été la place de cette discussion dans la décision ?**
- **Comment vous sentiez vous face à cette situation ? Sauriez-vous expliquer pourquoi ?**
- **Avez-vous eu l'impression que c'est une situation qui a été difficile à gérer, simple, et pourquoi ?**
- **Qu'est ce qui a fait que vous avez dû prendre cette décision ?**
- **Il y a-t-il eu un élément particulier qui a eu plus de poids que les autres dans la décision ?**
- **Quel était l'objectif principal de cette mesure de contrainte ?**
- **A posteriori auriez-vous fait différemment ?**
- **La contrainte a-t-elle eu des conséquences sur la relation de soin ? Sur la prise en charge ?**
- **Qu'est ce qui a manqué pour que cette situation « se passe mieux » ? (Question volontairement flou, peut à la fois vouloir dire que la contrainte se fasse plus simplement ou qu'il n'y ait pas besoin de contraindre)**
- **D'une manière plus générale est ce que vous considérez que la contrainte est un échec de la relation de soin ?**
- **Et l'inverse ?**
- **La contrainte en général ?**

Il est à noter que cette grille d'entretien a pu évoluer au fur et à mesure des entretiens. Nous n'avons pas utilisé cette grille comme une liste d'objectifs à atteindre mais comme un guide que nous adaptions à la situation.

Annexe 3 : Retranscription intégrale des entretiens avec les psychiatres.

A noter qu'ont été conservés lors de la retranscription les hésitations (parfois signalé par des pointillés), répétitions, silences ou erreurs de langage.

Psychiatre 1.

Investigateur : Est-ce qu'en premier lieu vous pourriez m'évoquer comment s'est déroulée pour vous la dernière mesure de contrainte que vous avez réalisée ?

Volontaire : Alors, ben .. Euh, c'est un peu compliqué car moi il y en a que je réalise de A à Z, et il y en a que je fais c'est les internes qui s'en occupent et moi j'arrive pour faire le certif, alors peut être plutôt la dernière que j'ai réalisée de A à Z ce serait plus intéressant ?

Investigateur : Hum hum, tout à fait.

Volontaire : Hummm, ben je pense à un monsieur, là que j'ai vu il y a 15 jours, qui est un monsieur qui est probablement bipolaire ... euh, qui est arrivé dans un état d'anxiété très très important, avec beaucoup d'agressivité euh... où euh Où il avait des propos délirants hein, qu'il y avait un complot contre lui, c'était au début du confinement, enfin peut être une semaine après, mais il y avait un complot contre lui heu, et que euh.. tout était empoisonné, qu'il ne pouvait plus faire confiance à personne à part à son père, qu'il allait mourir, qu'il avait la sensation d'étouffer ect ect et puis heuh c'est son père qui l'a emmené aux urgences à sa demande à lui hein parce qu'il avait peur de mourir et quand en fait on l'a vu dans cet état-là aux urgences et qu'on a voulu l'installer en box et en l'occurrence un box d'apaisement parce qu'il était vraiment dans un état d'agressivité important avec un risque de fugue ect, on voulait le mettre en box d'isolement et là ça a encore grimpé d'un cran...

Investigateur : Alors que c'était lui qui voulait venir aux urgences ?

Volontaire : Ouai ouai, c'est lui qui voulait au départ, mais il avait déjà vécu une hospitalisation sans consentement il y a de nombreuses années euh.... Et il se rappelait avoir déjà être installé dans le box d'isolement et il se rappelait qu'une fois qu'il avait été dans ce box là ben en fait euh... on lui avait un peu sauté dessus euh.. qu'il avait eu une injection de neuroleptiques, qu'il avait été mis en contention et qu'après il avait perdu connaissance et qu'il s'était réveillé en psychiatrie.

Investigateur : Hum.. Ça c'est ce qu'il a exprimé...

Volontaire : Ouai, mais il s'est exprimé dès le départ ! Et du coup il était très très .. heu ca a aggravé encore son agitation et là il a carrément pris un, euh il y avait un pot à eau en fer qui était posé sur une tablette hein pour un autre patient et du coup il l'a saisi il a vidé le pot à eau il nous menaçait enfin si on s'approchait il nous menaçait de nous frapper avec euh.. en nous disant que il savait se battre euh..qu'on pouvait appeler des renforts et qu'il nous démolirais tous un par un enfin voilà des choses très très

Investigateur : Menaçantes ...

Volontaire : Très très violentes et menaçantes. Et puis on a réussi quand même à établir un contact euh.. Et puis finalement on a réussi finalement à discuter, il est descendu de son état de grande

méfiance, il a pu nous faire un peu confiance, il s'est installé de lui-même dans le box et puis il a même finis par accepter de lui-même un traitement pour s'apaiser. On a pu l'examiner, on a pu lui faire la prise de sang, l'analyse d'urine, l'ECG, en même temps il était demandeur de tout ça donc euh voilà... Et puis il s'est reposé en attendant les résultats et quand on a eu les résultats le traitement avait quand même fait effet, il avait pu se reposer, il était beaucoup plus calme. Là on lui a dit que tous les résultats étaient rassurants mais qu'on allait quand même l'hospitaliser en psychiatrie et du coup-là il s'est un peu résigné ... il était pas ... enchanté mais il n'était plus du tout dans l'agressivité du départ et ça s'est passé comme ça. C'est son papa qui a fait la demande de tier.

Investigateur : Et vous, quand vous lui avez annoncé ça, qu'il allait être hospitalisé en psychiatrie, qu'est ce qui a fait que vous avez choisi, que vous avez pris la décision que ce monsieur allait être hospitalisé ?

Volontaire : Oh ben c'était euh ... c'était le le le,... son état de désorganisation là quand il est arrivé qu'il y avait de l'angoisse majeure qu'on pouvait plus du tout communiquer avec lui de manière adapté enfin il a menacé d'arracher la carotide de l'urgentiste avec les dents quoi enfin ! Alors que c'est un monsieur qui normalement est complètement intégré, il travaille enfin voilà, c'était complètement inadapté avec des propos délirants euh... enfin voilà je veux dire... Il est dans un état d'angoisse dépassée et il arrivait plus du tout à maîtriser et il désorganise son comportement et il risque de se mettre en danger. Et puis au fond il avait quand même une demande hein, il avait cette demande de « sauvez moi la vie » quoi , parce que en fait c'était ça, c'était « je me sens étouffer », d'ailleurs c'est pour ça qu'il avait demandé à son père de le conduire aux urgences, parce qu'il se sentait vraiment étouffer.

Du coup euh.. Une fois qu'on a vu qu'il y avait rien à l'ECG, rien à la prise de sang, y avait pas de toxiques euh rien bon ben euh et qu'on a vu les antécédents dans le dossier ben on a eu les éléments du papa aussi qui a précisé un peu les choses, que c'était croissant depuis un mois, et euh, et le monsieur une fois qu'il a été plus calme il a pu nous raconter ce qui s'était passé les dernières semaines avec la montée progressives de l'angoisse, parce qu'il avait des douleurs dans le cou et qu'on lui avait diagnostiqué une névralgie cervico brachiale et qu'il y a eu un moment où on a eu peur qu'il ait des séquelles au niveau neurologique et musculaire sur son bras alors qu'il exerce un métier où il fait beaucoup de sport ect donc ça remettait pleins de choses en question pour lui enfin voilà, il nous a, il a pu nous exprimer un peu le cheminement de l'angoisse qui a monté monté monté jusqu'à devenir insupportable alors même si lui il ne le formulait pas comme ça. Mais il nous donnait les éléments pour qu'on puisse reconstituer ça quoi.

L'idée c'était de le protéger de lui-même euh.. pour qu'il évite ben soit de se faire du mal soit de, ben soit d'agresser quelqu'un ou d'avoir des comportements qui euh.. qui pourrait lui porter préjudice par la suite. Voilà ! Et puis de permettre de mettre en route un traitement pour l'apaiser quoi.

Investigateur : L'objectif principal de l'hospitaliser sans son consentement, si j'ai bien compris c'était donc le protéger lui-même ?

Volontaire : Oui

Investigateur : Et l'apaiser ?

Volontaire : Oui, protéger et apaiser, protéger puis soulager quoi.

Investigateur : Et vous, par rapport à ce patient qui à la base avait à la fois une demande qu'on l'aide et qui en même temps était très violent et qui en suite s'est calmé, comment vous vous sentiez par rapport à cette situation-là, à l'instant t ?

Volontaire : Ben là quand il a , quand il a le pot à eau qu'il nous a tous menacé, très agressif euh... là il y a eu un moment où j'ai eu peur quand même... Parce que il était.. ben voilà, sportif, ancien sportif de haut niveau, bien musclé et puis plus aucune inhibition quoi donc je me suis dit « effectivement, si on lui saute dessus ... je pense qu'il va être très violent ». Et l'ouverture qu'on a eu c'est qu'il arrêtait pas de répéter euh... donc qu'il avait peur hein, il exprimait clairement qu'il avait peur et qu'il ne faisait confiance à personne et que la seule personne en qui il avait confiance c'était son père, et donc il arrêtait pas de répéter ça, et il nous demandait d'appeler son père.

Investigateur : Hum hum

Volontaire : Et euh.. Et c'est ce qu'on a fait ! En fait, et le problème c'est que son père il l'avait déposé aux urgences et que son père il s'occupait du fils du patient et il avait déposé le patient aux urgences et ensuite il était allé déposer le fils ailleurs. Et donc en fait il ne répondait pas à son téléphone. Et on s'est un peu démené aussi bien moi que un autre infirmier qui était là, pour réussir à contacter le père. Donc on a appelé sa mère qui nous a donné un autre numéro pour contacter le père ect. Et j'ai l'impression que ça ça l'a aidé à nous faire confiance et on finalement réussit à avoir le père et le père a dit « j'arrive » et c'est en gros à partir de là qu'il s'est un peu rassuré. Et c'est une fois qu'on a réussi à rétablir un peu la communication finalement et qu'il a accepté ce qu'on lui proposait là moi je n'étais plus du tout dans la peur.

Investigateur : Oui...

Volontaire : Euh... Et j'étais plutôt dans le .. ben voilà ! On fait les choses dans l'ordre et puis ben ... On fait la procédure habituelle quoi ! C'est-à-dire ben... qu'on recueille les éléments, les examens nécessaires et en fonction des résultats ben... si il y a rien de somatique ben c'est une hospitalisation en psychiatrie et puis voilà !

Investigateur : Alors, c'est facile de refaire l'histoire après mais à posteriori, maintenant que ce moment-là est terminé, est ce que vous auriez fait quelque chose différemment ?

Volontaire : [long silence] Non. Je ne pense pas.

Investigateur : Là vous avez le sentiment que la manière dont ça s'est fait c'est ce qui pouvait se faire de mieux au vu de ce qui se passait ?

Volontaire : Je pense oui. Vu, vu comme ça démarrait et vu comme ça c'est terminé, je pense ouai, que c'était la meilleur.... Après ce qui était différent par rapport à d'habitude, un peu lieu au contexte aussi, je veux dire avec le contexte de confinement ect les urgences sont beaucoup plus vides que d'habitude et du coup ben on voit beaucoup moins de monde et finalement quand il y a des patients psy comme ça qui arrivent les collègues nous appellent tout de suite et on est là tout de suite. On est là des l'accueil en fait quasiment. Et ça je pense que c'est une bonne chose même si c'est une chose qu'on aime pas faire d'habitude, nous on dit « oui on arrive qu'après, on est que consultants, c'est aux urgentistes de les accueillir mais en pratique en fait ils ne savent pas les accueillir euh... Et là euh je me dis que c'était une bonne chose... j'y étais moi pour l'accueil et il y avait aussi, il y avait deux internes, on était donc trois psychiatres au milieu de, de tout le monde qui était mobilisé là par ce que comme il

était très agressif il y avait beaucoup d'infirmiers qui avaient appelés des renforts, il y avait beaucoup de monde pour l'accueillir, mais parmi tout ce monde-là il y avait déjà trois psychiatres.

Investigateur : D'accord.

Volontaire : Et je pense que c'était euh.. je pense que c'était une bonne chose. Alors peut être que d'autres personnes auraient réussi aussi à communiquer mais peut être que si on n'avait pas été là les psychiatres ça aurait plus facilement dégénéré. C'est ce que je me dis.

Investigateur : Et qu'est ce qui selon vous à manqué à ce moment-là ou qui était là et qu'il y aurait pas du avoir pour que la situation se passe, entre guillemets, mieux ?

Volontaire : [Silence] Ben je pense que si ca s'était mieux passé lors de sa première hospit..

Investigateur : Oui ?

Volontaire : On aurait pas eu quelque chose comme ça. Euh... Je pense que ça a été très tres dur pour lui la première hospit là. Et bon, en même temps si il s'était présenté dans le même état je comprends les collègues aussi hein. La c'est pareille il y avait pas beaucoup de monde aux urgences, donc quand c'est un jour avec du monde partout ect bon ... On prend moins le temps de .. je... Sans doute qu'il aurait été mis en sédation et contention d'emblée quoi....

Investigateur : Et ça, vous pensez que ca aurait rendu la décision de réaliser la mesure de contention plus difficile, plus simple, ou au final ça n'aurait pas changé grand-chose ?

Volontaire : Je pense que pour nous ça aurait été plus difficile, par ce que du coup on serait arrivé après et on aurait pas, on aurait pas eu le tableau ni tout les éléments ... voilà ! Ca aurait été plus difficile aussi pour établir un contact avec le patient, quand on lui dit, quand il voit qu'il se réveille de leur sédation, qu'il sont en contention c'est tout de suite plus difficile de faire un entretien, et puis pour lui ca aurait été beaucoup plus difficile aussi. Tandis que là finalement, comme il s'est apaisé tout seul, et après il a été très coopérant, donc on n'a jamais eu à fermer la porte de l'isolement par exemple.

Investigateur : D'accord.

Volontaire : : Ou alors on l'a fermé une fois qu'il était endormi. Euh.. Pareil son père une fois qu'il est revenu, moi j'ai pris le père a part pour faire la demande de tier et son père est ensuite revenu le voir et alors le père était en larme de voir son fils dans cet état mais comme il s'était calmé ils ont pu quand même discuter un peu, son père est parti en lui faisant un bisou, c'était voilà c'était euh.. au niveau relationnel c'était quand même très riche alors que si on avait eu une sédation d'emblée ...

Investigateur : Ça aurait été moins riche ...

Volontaire : Voilà

Investigateur : L'hospitalisation, elle lui a été annoncée, ça c'est quelque chose qui a été acté, est ce qu'il y a eu un temps où ça lui a été proposé ?

Volontaire : Oui

Investigateur : Alors j'imagine qu'il l'a refusé ?

Volontaire : Ouai

Investigateur : Alors comment il l'a exprimé ça ce refus ?

Volontaire : Ben qu'il ne voulait pas aller chez les fous, qu'il y était déjà allez, que ça avait mené à rien, que c'était pas de ca donc il avait besoin euh.. ; voilà c'est ça.

Investigateur : Et donc à la fois l'expression de son refus et à la fois ce qu'il disait est ce que c'est quelque chose qui a pesé dans la décision de contraindre ou est-ce que à l'instant t il y avait déjà les éléments pour prendre la décision ?

Volontaire : Ben si il m'avait dit euh je ne sais pas .. Non je pense que même si il m'avait dit « allez ok on y va » j'aurais fait le soin sans consentement quand même parce que là vu comme il était instable j'aurais eu peur que... qu'il reparte.

Investigateur : Ça n'aurait pas été l'élément principal pour décider d'une contrainte ou pas ?

Volontaire : Non, là c'était vraiment son état de désorganisation à son arrivé, de le voir se mettre dans un état pareil, là voilà, là je me suis dis « bon ben de toute manière s'il y a pas d'étiologie toxique ou organique là c'est sur que ce sera une hospitalisation en psychiatrie et c'est quasiment sur que ce sera une hospit sans consentement ».

Investigateur : C'était assez clair.

Volontaire : Hum hum, ouai.

Investigateur : Une dernière question beaucoup plus générale qui concerne la contrainte en général. Est-ce que vous considérez que la contrainte c'est un échec de la relation de soin ?

Volontaire : [silence] non.

Investigateur : Alors, pourquoi ?

Volontaire : [silence] alors je parle pour moi hein, pour mon expérience personnelle, euh, non pour moi c'est pas un échec parce que euh je me dis qu'on fais tout ce qu'on peut pour faire des soins libres mais que il y a des moments où c'est pas possible. Et euh et pour moi la contrainte, enfin la justification de la contrainte c'est vraiment les critères d'urgences et de dangerosité. C'est pas tant les critères de sévérité psychiatrique même si plus la pathologie psychiatrique est sévère plus il y a un risque de dangerosité mais pour moi euh, c'est vraiment euh ce qui me décide à contraindre à un moment donné c'est cette personne-là se met en danger de manière imminente et à un moment donné je n'ai plus d'autre chose que de la contraindre pour la protéger. Voilà c'est ça.

Investigateur : Quand vous dites « dangerosité » c'est pour elle-même.

Volontaire : Oui ! Oui, oui, pour elle-même. Et du coup euh.. Et puis je me dis que c'est pas un échec de la relation c'est juste à un moment la relation elle est plus possible du fait de la pathologie, du fait de l'état de désorganisation qui est tellement avancé... je pense que à un moment donné les patients n'ont plus acces à leur capacité à consentir en fait, et que c'est pas une question d'échec, c'est juste que c'est comme ça à un moment, c'est plus accessible et dans ces moments-là euh .. il y a as d'autres choix, on décide à leur place et puis après on le reprend avec eux quoi.

Investigateur : Alors du coup est ce qu'on pourrait même aller jusqu'à dire l'inverse, pour rebondir à ce que vous dites, que comme là de toute manière la relation de soin elle n'est plus possible de pars la pathologie puisqu'il faut contraindre, est ce qu'on pourrait aller jusqu'à dire que la contrainte en permettant le soin pourrait permettre de retrouver cette relation de soins ?

Volontaire : Ben c'est l'objectif !

Investigateur : C'est l'objectif ?

Volontaire : Ben pour moi l'objectif ce n'est pas de retrouver la relation de soin c'est de pouvoir faire du soin.

Investigateur : C'est de pouvoir faire du soin.

Volontaire : En tout cas pouvoir en proposer. Et ben après c'est surtout pouvoir passer le cap de la dangerosité quoi, bon après derrière on n'arrive pas forcément à transformer l'essai hein. Et c'est pour ça aussi que je pense que la manière dont ça se passe au moment de la mise euh.. de la décision de la réalisation du soin sans consentement, de la manière dont on s'occupe du patient à ce moment-là, de comment on va le mettre en contention si il y a besoin de le mettre en contention,, de comment on va le mettre en isolement si il y a besoin de le mettre en isolement, de comment on va faire l'injection si il y a besoin ect . Tout ça pour moi c'est super important parce que mieux ça se passe et plus a de chance de transformer l'essai entre guillemets.

Investigateur : Oui bien sûr.

Volontaire : Si ça se passe pas bien je pense que derrière, derrière ça fonctionnera pas et je ... pour moi c'est pas, c'est pas [silence] comment dire ? Je pense que la relation, même si le patient ne peut pas s'engager dans la relation du fait de son état nous en tout cas on doit toujours s'engager dedans et euh et décider d'une mesure de soins sans consentement c'est pas du tout se dégager de la relation ou euh ou à la place de la relation ou quoi que ce soit, c'est dans notre engagement dans la relation que dans un moment il n'y a plus d'autres choix que de faire un soin sans consentement mais c'est parce qu'on est engagé à un moment dans la relation qu'à un moment on le fait. C'est seulement si on est engagé dans la relation qu'il y a une chance à mon avis d'aboutir derrière vers du soin. Si il y a une mesure de soins sans consentement sans relation je pense qu'il y a peu de chance que ça fonctionne.

Investigateur : Très bien. Alors moi de mon côté j'ai balayé mon questionnaire, est ce que vous il y a des choses particuliers que vous voulez dire sur la contrainte en psychiatrie, quelque chose sur lequel vous souhaitez revenir sur ce que vous avez dit ou des choses sur lesquels vous voulez rebondir ?

Volontaire : Apres euh... Apres pour lui c'était facile entre guillemets parce que on avait réussi à établir une relation. Et qu'il a pu nous expliquer tout ça C'est souvent plus difficile quand on n'arrive pas à discuter avec le patient ou alors à l'inverse je pense à une autre situation là ou à l'inverse le patient il était venu tout seul pour être hospitalisé et puis c'était un jeune avec un trouble grave de la personnalité, une histoire de maltraitance, d'abandon et puis de consommation d'alcool, de vie à la rue ect donc quelque chose d'assez lourd niveau bibliographique et niveau trouble de la personnalité et trouble de l'attachement je pense et du coup avec lui on a passé toute la soirée à euh.... A répondre à sa demande et effectivement à organiser une hospitalisation libre parce qu'il était tres alcoolisé du coup ça ne pouvait pas se mettre en place tout de suite mais il ne supportait pas de rester en dégrisement... enfin... voilà. Et avec lui il a quand même fallu que ça se termine en contention dans l'iso parce qu'il faisait n'importe quoi et on arrivait plus à le canaliser juste avec la parole pour le coup et juste avec la relation et là c'était plus compliqué de décider quoi. Parce que là pour le quoi.. ouai là on n'avait pas l'impression d'avoir beaucoup de prise et que ça allait uniquement avec la contrainte qu'on allait arriver derrière à établir quelque chose quoi .

Ça c'était plus difficile, c'est plus difficile à accepter. On a un peu un sentiment d'échec quand ... quand il y a Quand c'est comme ça. Mais bon. Apres moi dans ces cas-là moi je me raccroche dans ces moments-là en me disant que c'est l'idée de la protection, que ç un moment donnée c'est la sécurité de la personne euh... à court terme euh et c'est ça qui justifie la décision. Et pour moi la décision, pour moi

je la prends au moment où je fais mon certificat et en fait la décision m'appartient pour 24h. Maximum. Je raisonne beaucoup avec ça aussi. Euh et parfois je le dis aux patients, je leur dis « écoutez là moi vu votre état pour moi ça justifie une hospitalisation, vous ne pouvez pas l'accepter mais pour moi c'est comme ça c'est non négociable mais c'est mon avis ! Et dans les 24h vous allez voir d'autres médecins qui auront peut être un avis différent du mien et peut être que demain ce sera différent et peut être que vous serez dans un autre état ect « Mais euh.... Mais pour moi c'est vraiment une décision à court terme quand même.

Investigateur : Oui

Volontaire : Mais c'est aussi parce que moi je travaille aux urgences et je travaille au moment où on les initie. Après moi c'est rare que je fasse des certif de 24, de 72 de huitaine de mensuel et après c'est aussi un autre aspect quoi.

Investigateur : Tout à fait.

Volontaire : Hum

Investigateur : Très bien, est ce qu'il y avait autre chose que vous vouliez ajouter ?

Volontaire : [silence]Non [silence] Oh ben si [rires] peut être une dernière question, enfin une question, une dernière remarque, l'impression que euh... des fois de euh... [souffle] de ... pour le coup tout à l'heure on parlait d'échec de la relation des fois le fait d'arriver à des soins sans consentement parce qu'on n'a pas réussi avant à mieux prendre en compte les gens peut être.

Des fois le soin sans consentement qui arrive le jour où la personne pête vraiment les plombs alors qu'en fait elle avait tiré des sonnettes d'alarme avant et qu'on l'avait pas pris au sérieux ça c'est ... c'est agaçant.

Investigateur : Donc ça pourrait être un échec des soignants ?

Volontaire : Ben euh.. en tout cas une difficulté à apprécier réellement la souffrance des gens des fois ouai. A minimiser ou a banaliser ou a pas réussi à proposer des choses suffisamment personnalisées ou Et avec des gens qui comme ça qui demande de l'aide mais qu'on n'arrive pas à aider et qui finalement ça se termine en soins sans consentement et on est pas sûr qu'on arrivera mieux à les aider après quoi.

Investigateur : En se disant que si on arrivait à voir les choses soit mieux soit plus tôt on aurait pu ne pas en arriver là quoi.

Volontaire : Et ouai. Et l'impression des fois qu'il faut vraiment que ça devienne une catastrophe pour qu'on se dise « ah ben oui il a besoin de soins »

Investigateur : Oui

Volontaire : Et puis ben voilà quoi les soins sans consentement ben oui on les prend, on a pas le choix mais les soins libres c'est comme si ça pouvait toujours attendre des fois.

Investigateur : Hum.

Volontaire : Je pense qu'il y a quand même une partie des soins sans consentement qui est une fâcheuse conséquence de l'insuffisance de moyen ... Dans les soins en général.

Investigateur : C'est pas C'est pas impossible.

Volontaire : [silence], voilà c'est tout c'est [rires] c'est le moment politique.

Investigateur : Eh bien merci beaucoup.

Psychiatre 2.

Investigateur : En premier lieu est ce que tu pourrais me raconter la dernière mesure de contrainte que tu as réalisé ?

Volontaire : Euuuuuh, ça devait être [date] je pense à [nom de lieu].

Investigateur : Oui, alors, comment ça s'est passé ?

Volontaire : C'était un patient, pour lequel le CMP nous avait appelé le matin, mais bon, comme c'est que des gens qui ne parlent pas français dans les CMP ils ont fait de la merde hein ... Un mec qui était totalement persécuté et qui a commencé à nous frapper dans le bureau avec l'infirmier.

Investigateur : D'accord, donc tu l'avais vu en consultation dans un bureau ?

Volontaire : Non non, enfin oui, dans le service quoi.

Investigateur : Dans le service d'accord. Quand il était dans le service il était sous quel mode d'hospitalisation ?

Volontaire : Ah il était en soin libre ! Parce que en fait il n'était pas bien au CMP donc il a été hospitalisé.

Investigateur : Oui.

Volontaire : Mais comme il devait être [nom de nationalité] ou [nom de nationalité] et qu'il ne parlait pas français si tu veux ben ils l'ont juste hospitalisé quoi.

Investigateur : Hum d'accord. Est-ce que tu te souviens si lui était demandeur de cette hospitalisation ?

Volontaire : Mhmmmm, je ne pense pas trop, non je ne pense pas trop.

Investigateur : D'accord. Donc tu le vois en entretien, et alors ?

Volontaire : Alors il refuse tout, il commence à taper sur la table, il a fallu qu'on l'emmène pour prendre je ne sais plus quel traitement, un petit sédatif et là il commence à frapper l'infirmier quoi.

Investigateur : Alors « il refuse tout », qu'est ce qui lui avait été proposé ?

Volontaire : Oh, ça devait être un peu de Loxapac et un peu de Valium quoi.

Investigateur : D'accord, et est-ce que tu te souviens de pourquoi est-ce qu'il ne voulait pas ?

Volontaire : Ah ben il était totalement délirant et persécuté ! C'est à cause de ses symptômes qu'il était pas apte, et qu'il refusait tout quoi.

Investigateur : D'accord, et là devant ce patient qui là refuse un sédatif et qui commence à être violent qu'est ce qui s'est passé ?

Volontaire : Ah ben il a été mis par terre et puis il a été mis en chambre d'isolement !

Investigateur : Alors, qu'est ce qui a fait que ça, ça a été décidé ?

Volontaire : : Ah mais ça a pas été décidé en fait ! Ça a été fait !

Investigateur : Ça a pas été décidé ?

Volontaire : Ça a pas été décidé parce que qu'il a commencé à être violent avec l'infirmier donc euh fallait euh du fait de la violence il a été contenu en fait.

Investigateur : Donc c'est la violence si je comprends bien qui a été un petit peu la raison principale de le contenir ?

Volontaire : : Oui, la violence, l'agitation qui a euh qui a contraint à le contenir.

Investigateur : Hum. Donc ça c'était la raison, c'est le « pourquoi », et l'objectif c'était quoi ?

Volontaire : Ah ben pas qui nous tape dessus ! Et puis le protéger quoi, contenir l'agitation ect quoi.

Investigateur : D'accord. Et toi dans cette situation tu te sentais comment toi par rapport à ce qui se passait ?

Volontaire : Ben bien.

Investigateur : Alors qu'est ce qui faisait que toi tu te sentais bien par rapport à ça ?

Volontaire : En fait non c'était le bordel parce que c'était un hôpital de merde, nan mais on était en nombre donc ce n'était pas compliqué !

Investigateur : Ouai... Donc c'était le fait qu'il y ait du nombre qui fait que c'était pas compliqué ?

Volontaire : Oui et que le patient c'était un nain, il y avait pas de difficulté heu... que physiquement il y avait pas de difficulté à agir parce que voilà. Par ce que [nom de lieu] c'est un hôpital de merde devait y avoir qu'une contention de poignet et de jambe parce que, parce que les ASH avait du faire la lessive des autres contentions et qu'on avait plus rien, enfin c'était un bordel comme ça mais comme on était suffisamment nombreux c'était pas grave on est resté allongés sur le patient par terre le temps qu'on amène d'autres contentions.

Investigateur : Ok. Donc la réalisation de la contrainte, ça c'est quelque chose qui était simple de ce que tu me disais par ce qu'il y avait le nombre, et si je comprends bien aussi la décision en elle-même elle était simple de par la violence ?

Volontaire : Oui !

Investigateur : D'accord. Est-ce qu'il y avait d'autres éléments ou d'autres facteurs qui avaient peut-être plus de poids que d'autres dans la décision de ...

Volontaire : Ah non non ! Là c'était juste l'agitation hein ! Et les propos qu'il tenait et qu'il était totalement délirant euh... que c'était un malade psychotique chronique voilà quoi.

Investigateur : Alors c'est facile de refaire l'histoire après mais à postériori est ce qu'il aurait fallu faire quelque chose différemment ?

Volontaire : Euh ... Que le CMP nous prévienne ?

Investigateur : Oui, alors que le CMP prévienne de quoi ?

Volontaire : Ben en fait que c'était pas un patient d'hospitalisation libre ! Qu'il était totalement persécuté et que ça allait déconner.

Investigateur : Et alors qu'est-ce que ça aurait permis qu'il y ait cette information ?

Volontaire : Eh bien qu'on vérifie les contentions par exemple.

Investigateur : D'accord. Qu'il y ait plus de préparation pour faire mais ça aurait peut-être pas changé la décision de faire.

Volontaire : Ah non la décision je pense qu'elle aurait été prise de toute façon mais euh... euh pour le patient euh je veux dire ben forcément quand tu maintien quelqu'un longtemps, que tu exerces une contrainte au niveau des articulations, au niveau des membres ben c'est plus dangereux que quand il est attaché sur son lit là il est moins en danger quoi.

Investigateur : Hum, c'est un patient que tu connaissais ou pas ?

Volontaire : Ah non, je ne le connaissais pas.

Investigateur : D'accord, et tu avais accès à quelle information à part ...

Volontaire : Rien.

Investigateur : Rien du tout ?

Volontaire : Si, « cher confrère merci de recevoir » voilà quoi.

Investigateur : D'accord...

Volontaire : Et peut être son ordonnance mais je ne sais même plus.

Investigateur : Et le fais que le patient comme ça ait été contentonné, j'imagine que l'isolement la contention c'est pas quelque chose qui a été levé dans l'heure qui suis, est ce que ça c'est quelque chose qui a eu des conséquences sur la relation de soin par la suite ?

Volontaire : Non.

Investigateur : Non ? Comment ça s'est passé après, pour ce patient ?

Volontaire : Ben comme on a pu lui mettre son traitement neuroleptique il allait mieux hein ! Non, non il y a pas eu .. non.

Investigateur : Et est-ce que ça a été possible de reprendre avec lui, ce qui s'est passé, le pourquoi de la mesure ?

Volontaire : Non, non je ne pense pas. Et puis ce n'était pas très intéressant non plus quoi.

Investigateur : Oui, pas forcément intéressant ?

Volontaire : Ben pour lui c'était pas une demande de sa part et comme je pense qu'il y avait un fonctionnement un peu limite, pas au niveau intellectuel mais sûrement au niveau cognitif je ne sais pas si il avait la capacité d'abstraction pour revenir sur ce genre de chose là quoi. Pour faire des liens sur ces trucs-là quoi.

Investigateur : Alors d'une manière plus générale sans forcément parler de ce patient là en particulier, est ce que tu considères, ou pas, que la contrainte c'est un échec de la relation de soin ?

Volontaire : Laquelle contrainte ?

Investigateur : La contrainte.

Volontaire : Non.

Investigateur : Alors pourquoi ?

Volontaire : Ben parce que ça fait partie des troubles. [silence] Tu as le trouble en lui-même qui entre guillemets qui fait euh que la contrainte doit être mise en place.

Investigateur : d'accord.

Volontaire : Alors peut-être parce que... Oui peut être que c'est par ce que c'est aussi les soins qui ne sont pas forcément assez riches entre guillemets, euh mais souvent quand il y a des mises en danger ou quelque chose comme ça tu peux difficilement faire autrement.

Investigateur : D'accord. Alors du coup, vu que là il n'y a pas possibilité de faire autrement au contraire on peut dire, peut être, que la contrainte va permettre de retrouver cette relation de soin ?

Volontaire : Ah ben oui !

Investigateur : Alors de quelle manière ?

Volontaire : Ben parce que les gens ils vont mieux !

Investigateur : Oui ..

Volontaire : Ils sont moins angoissés, ils sont moins persécutés, ils sont moins agités, ils sont moins heu totalement maniaque, ou l'anorexique elle va pouvoir retrouver un fonctionnement cognitif parce qu'elle aura un peu mangé par exemple, elle va pas que te parler des macarons qu'elle doit couper en

10 pour prendre moins de calories et les essuyer avec 4 feuilles de sopalins pour essuyer la graisse qu'il y a dessus quoi.

Investigateur : Hum hum

Volontaire : Donc tu peux, les gens peuvent retrouver un jugement un peu plus normal quoi.

Investigateur : Est-ce que tu pourrais éventuellement me raconter une mesure de contrainte qui là a été moins évidente où là ça a été plus difficile de prendre la décision ?

Volontaire : [long silence] euh... Mais j'ai pas la réponse.

Investigateur : C'est-à-dire tu n'as pas la réponse ?

Volontaire : Eh ben en fait c'est un monsieur, c'était à [nom de lieu], un monsieur qui devait avoir a peut près euh.... Je sais pas 45-50 ans et euh une de ses filles avait dû se faire violer un truc comme ça, un truc de [nom de lieu] quoi euh... et il était déprimé ce monsieur euh et sans trop de ressource, un peu la misère quoi et il voulait aller tuer la personne qui avait fait ça à sa fille quoi.

Investigateur : D'accord

Volontaire : Euh... Et je voilà. Et donc la question qu'on se posait c'est dans ce cadre-là est ce qu'il pouvait être mis sous contrainte pour le protéger un peu de l'acte qu'il protégeait de faire en sortie d'hospitalisation alors que pour le reste il allait plutôt pas trop mal entre guillemets quoi.

Investigateur : Et donc qu'est ce qui a posé problème pour prendre la décision ?

Volontaire : Euh, ben du coup j'ai pas la réponse par ce qu'après j'ai terminé mon contrat d'intérim. Mais du coup on a fait un signalement au procureur heu... pour lui demander un peu son avis.

Investigateur : Mais au moment où lui parlait, ou en parlait, à priori il n'y avait pas de mesure qui courrait, qu'est ce qui fait que ça n'avait pas encore été mis en place, qu'est ce qui fait que ça n'avait pas encore été fait ?

Volontaire : Parce qu'il n'avait pas de trouble du jugement ce monsieur. Et il n'avait pas de maladie mentale entre guillemets qui l'empêchait de consentir aux soins. Et il était en hospitalisation libre. Mais il exprimait clairement un projet euh criminel quoi, oui de tuer quelqu'un. Mais ce n'était pas inscrit dans quelque chose de délirant ou de mélancolique. Il était déprimé mais ce n'était pas la hauteur de sa dépression qui euh ... qui fait l'idée de tuer la personne qui a fait du mal à sa fille.

Investigateur : Donc là si je te suis bien, si il y avait eu contrainte, ça n'aurait pas été pour répondre à une symptomatologie marquée comme dans le premier cas que tu m'a raconté ?

Volontaire : Non là ça aurait été une contrainte judiciaire entre guillemets, mais ça ne relevait pas trop du champs de la maladie mentale à mon sens, après.....

Investigateur : D'accord, donc c'est ça qui aurait été la raison un peu principale de ne pas le faire ? Parce que là il n'était pas dans les clous.

Volontaire : Parce qu'il n'avait pas de maladie mentale qui l'empêchait de consentir aux soins.

Investigateur : D'accord. Est-ce que d'une manière plus générale tu as quelque chose que tu aimerais dire sur la contrainte en psychiatrie, quelque chose sur lequel tu soutais rebondir ou quelque chose que tu voudrais préciser ?

Volontaire : Oui, qu'il faut arrêter tous ces délires à la con là, maintenant faut faire des débriefings avec le patient avec l'équipe après avoir mis le patient en chambre d'isolement, je trouve que c'est assez insupportable.

Investigateur : Alors, pourquoi ça ?

Volontaire : Euh parce que on sous-entend euh, c'est comme si on sous entendait entre guillemets que derrière la contrainte il y avait une volonté du soignant de faire du mal au patient ou que c'était quelque chose qui était néfaste.

Investigateur : Alors qu'est ce qui te fais dire que d'une manière générale on peut penser que la contrainte c'est quelque chose de néfaste ou qu'il y a une volonté de nuire au patient ?

Volontaire : Ben parce que s'il y a un débriefing c'est qu'il s'est passé quelque chose de mal ! On fait un débriefing après un évènement négatif. On fait un débriefing médico psychologique quand il y a eu une catastrophe naturelle ou quand je ne sais pas moi.

Investigateur : Mais même si l'évènement en lui-même pour reprendre tes termes n'était pas forcément négatif, est ce que le vécu du patient lui ne peut pas être négatif ?

Volontaire : Oui ! Mais là dans les textes, je dis peut-être des conneries, euh c'est un débriefing dans l'équipe non ?

Investigateur : Alors oui effectivement il me semble que c'est en équipe, pour essayer de voir le déroulement des faits pour voir si il n'y a pas quelque chose qui aurait pu être fait ou qui aurait pu ne pas être fait pour qu'il n'y ait pas besoin de la mesure de contrainte.

Volontaire : Mais du coup, ça sous-entend qu'il y a quelque chose un peu de mal, selon moi à mon sens. Puisque quelque part il faut faire un débriefing parce que ça aurait pu être évité, ça veut dire que c'est mal de l'avoir fait. Si je caricature. Enfin c'est mon raisonnement après. Mais ça je trouve ça un peu pervers quelque part.

Investigateur : D'accord. Parce que donc pour toi ce n'est pas quelque chose de mal en soit.

Volontaire : Non. [silence] Non parce que c'est comme si on sous entendait que c'était de gaité de cœur qu'on mettait les patients en chambre d'isolement. Alors que euh... quand on fait bien les choses c'est quand même très contraignant pour tout le monde euh ça demande une surveillance accrue, ce qui est normal hein ! C'est du travail en plus de mettre quelqu'un en isolement c'est jamais, enfin moi j'ai jamais fait ça de gaité de cœur quoi. Mais euh à chaque fois que euh que j'ai fait ça, fallait quoi.

Investigateur : Okay. Alors est ce qu'il y a quelque chose d'autre que tu voudrais ajouter ?

Volontaire : Ben c'est que cette situation elle aurait été plus compliqué aux urgences.

Investigateur : Alors c'est-à-dire ?

Volontaire : Ben en fait le problème des contraintes pour moi, quand ça a été violent à chaque fois, quand il a fallu se battre, c'était aux urgences psychiatriques.

Investigateur : Alors qu'est ce qui fait qu'aux urgences c'était différent ?

Volontaire : Eh ben en fait, dans un service c'est plus facile, les portes elles sont fermées, tu appelles « Robert, Michel et Jean-Jacques », le mec il est tout seul donc voilà c'est facile. Au niveau logistique. Tu as la chambre à côté, tu as les produits sans problèmes bla bla bla bla bla ! Mais le problème c'est quand tu es aux urgences psychiatriques et que tu n'as pas les moyens de faire ton travail correctement !

Investigateur : Donc le fait d'avoir les moyens de faire une mesure de contrainte ça rendrait le fait de pouvoir faire la mesure plus facile ?

Volontaire : Ah ben oui ! Sinon ça peut être très pénible pour tout le monde. Parce que bon c'était à [nom de lieu] t'était tout seul avec l'infirmière pour attacher le patient sur un brancard moisi euh c'était très compliqué et là c'était dangereux. Parce que là du coup tu prends des risques pour tout le monde. Parce que t'as pas voilà. Quand tu es dans un endroit plus facile, quand tu es en nombre, t'as la chambre d'isolement, tu as le matériel euh il y a pas de soucis. Mais c'est quand tu n'as pas le matériel et tout tu prends des risques soit pour le patient soit pour toi, tu te prends des coups de chaises là c'est compliqué !

Investigateur : Hum hum

Volontaire : Et peut être que là effectivement ça peut poser question, que c'est violent ect ect mais c'est parce que les conditions de réalisation ne sont pas correctes.

Investigateur : Est-ce que ça peut poser question jusqu'à ne pas faire ?

Volontaire : Ben si t'es obligé dans ces cas-là surtout aux urgences c'est que Sinon tu les fais sortir mais euh...

Investigateur : Donc à faire quand même mais fait de manière un peu dégradée.

Volontaire : Ben c'est les locaux qui ne sont pas adaptés, t'es que trois et il n'y a personne c'est dans ce genre de chose là que t'es amené à faire des « 280 » des trucs comme ça. **[Note de l'investigateur : « 280 » est un surnom faisant référence à un cocktail spécifique de neuroleptiques sédatifs à une posologie importante pour obtenir une sédation profonde, durable et rapide devant une situation de violence importante.]**

Investigateur : Hum, d'accord.

Volontaire : Parce que des fois c'était ça parce qu'il n'y avait pas de quoi mettre en sécurité tout le monde aussi quoi. Mais en ayant conscience que c'est des posologies qui sont un peu Exagérées mais qui dépendent aussi du contexte de prescription ! Ce que je veux dire c'est que quand tu es en service fermé que tu es en nombre, que tu as la caméra euh.. que machin il est dans la chambre avec des meubles scellés euh bon ben euh tu peux mettre des posologies que tu peux réévaluer souvent, quand tu es aux urgences, que tout est plein, que le mec va être attaché sur un lit ou un brancard dans le couloir tu prends un peu plus de marge thérapeutique parce que, sinon c'est plus dangereux.

Investigateur : Parce que les conditions font qu'effectivement là c'est plus compliqué...

Volontaire : Voilà. C'est ça.

Investigateur : Eh bien merci.

Psychiatre 3.

Investigateur : Alors, en premier lieu est ce que tu peux me raconter la dernière mesure de contrainte que tu as été amené à réaliser ?

Volontaire : Oui bien sûr ! La dernière fois je m'en rappelle très bien c'était un patient, euh, c'était un patient [nom de nationalité] qui est réfugié politique qui fait des séjours réguliers euh au CHS pour des gros épisodes dépressifs couplés quand même à des états de stress post traumatiques assez cognés euh.. parce que c'est quand même un mec qui a connu la guerre là-bas, qui en a pris plein la gueule. Euh... Donc en fait c'est un patient qui est suivi par euh.. qui est ce qui le suis ? Par euh... Par [nom de psychiatre] je crois et euh voilà, c'était un jour où j'étais seul et en fait c'était les collègues qui sont venus me voir en me disant « Voilà c'est Mr machin, il est très mal, il parle, il a des idées noires, morbides, il dit que euh voilà il trouvera ce qu'il veut ... »

Investigateur : Donc là il était déjà hospitalisé ?

Volontaire : Ouai, ouai ouai, il était déjà hospitalisé depuis euh... ça devait faire une dizaine de jours.

Investigateur : D'accord.

Volontaire : A peu près. Euh. Voilà euh.. Donc du coup moi je le vois, je le vois avec l'équipe et puis la cadre aussi pour parler un petit peu avec lui, absolument pas dans la critique de ses paroles. La lui ben actuellement il a aucune famille, je crois que sa fille elle s'est faite tuer enfin... Vraiment une histoire de vie toute merdique. Et il dit clairement, pas dans la provocation il dit clairement « voilà, je veux mourir et je me tuerais quoi »

Heu.. Sachant qu'on était dans un service psy ouvert donc euh.. il peut facilement sortir euh... donc voilà on s'est un peu inquiété et là j'ai fait une demande pour qu'il soit mis en isolement, évidemment après lui en avoir parlé.

Investigateur : D'accord, alors quand tu lui en as parlé, tu lui a présenté ça, l'isolement, c'était quoi l'objectif, le but de l'isolement ?

Volontaire : Ah ben le mettre en sécurité !

Investigateur : Et lui en disait quoi ?

V : Ben lui au début il était pas forcément bien content. Voilà, bien sûr quand je lui ait dit je lui ait pas dis « ce sera une chambre d'isolement », « ce sera une chambre sécurisé où vous... vous serez en sécurité, vous pourrez pas vous faire de mal ». Alors au début il a essayé de négocier un petit peu voilà, il voulait pas être seul dans une chambre euh... fermé mais il a été assez vite euh voilà. J'ai repris ses propos, en lui expliquant pourquoi je faisais ça...

Investigateur :: Oui..

Volontaire : Et euh... Voilà il a pas ... Il a pas euh je l'ai pas forcé à aller en isolement, on a pas appelé la sécurité pour l'emmener de force, il y est aller tranquillement. Ce qui a été assez emmerdant c'est que c'était un monsieur qui était en soin qui n'avait aucune famille. Donc un monsieur en soins libre qui n'a aucune famille donc aucun tiers donc du coup on a lancé euh une mesure de péril imminent.

Investigateur : D'accord.

Volontaire : Oui.

Investigateur : Et alors là, de la même manière, qu'est ce qui, qu'elle était le but de cette mesure, pourquoi cette mesure ?

Volontaire : Parce qu'on met pas un patient en isolement qui est en soin libre.

Investigateur : D'accord, donc la raison principale c'était ça ?

Volontaire : Voilà. Parce qu'il me semble que dans les textes euh.... Qu'on peut pendant 24h mais voilà euh... Ça devait être... c'était un jeudi après-midi, le 24h ca arrivait un vendredi après-midi ça aurait voilà ça aurait été compliqué de lancer une mesure de péril imminent un vendredi soir.

Investigateur : Oui.

Volontaire : Donc voilà on a préféré prendre les devants quoi.

Investigateur : Donc là l'obligation de faire une mesure de soin sans consentement pour que d'un point de vue euh légale on soit dans les clous ...

Volontaire : C'est ça ! C'est ça.

Investigateur : Le patient, lui, il « accepte » d'être en isolement, on lui dit qu'il y a une mesure de soins sans consentement quand même, lui qu'est ce qu'il en dit ?

Volontaire : Le soins sans consentement il m'a juste dit « oui », mais voilà il n'a pas cherché enfin j'ai pas l'impression que ça l'ait particulièrement euh atteint... Le fait de la mesure de soins sans consentement parce que .. ou alors il a mal compris, c'est pas impossible je veux dire c'est un type qui a un peu de mal à ce niveau-là mais voilà moi je lui avais tout expliqué, pourquoi c'était en soin sans consentement... A mon avis il était tellement dans une détresse psychique vraiment qui était palpable que c'est passé au second plan si tu veux.

Il était tellement envahie par ses pensées morbides, de mourir que euh... voilà, voilà il a accepté, il s'est résigné.

Investigateur : Il s'est résigné oui..

Volontaire : Ouai, ouai c'est le terme je pense que ça correspond mieux

Investigateur : Et alors la décision que ce patient soit en chambre d'apaisement, d'isolement, c'est une décision qui a été simple à prendre, difficile à prendre, comment ça s'est passé ? Pourquoi cette solution et pas une autre ?

Volontaire : Par ce qu'honnêtement moi sur le coup il y avait une urgence. Voilà, donc il a fallu que je fasse au plus vite et euh... là honnêtement je ne voyais pas d'autres solutions.

Investigateur : D'accord, il n'y avait pas d'autres solutions.

Volontaire : Voilà, d'autant plus que après ça aurait été le Dr [nom de psychiatre] qui le connaissait bien, et puis elle a plus d'expérience que moi elle aurait peut-être réussi à avancer un peu la chose mais j'en doute. Au vu de la clinique. Euh..... Voilà, moi c'est un patient que je ne connaissais pas même en lisant un peu les mots dans le dossier c'est la première fois que je lui parlais à ce patient.

Donc vraiment je me suis dit euh je m'en suis tenu à la clinique voilà, il était en danger, il y avait un risque suicidaire du coup il fallait que je le protège je l'ai donc mis en isolement. Voilà.

Investigateur : D'accord. Alors c'est facile de refaire l'histoire à posteriori mais est ce que après coup tu penses qu'il y a quelque chose qui aurait pu être fait ou qui aurait pu ne pas être fait pour que entre guillemets, cela se passe mieux ?

Volontaire : [soupon] j'en doute honnêtement.

Investigateur : Oui ?

Volontaire : j'en doute ouai, j'en doute.

Investigateur : Donc là a priori la manière dont ça c'est passé c'est la manière dont ça devait se passer ?

Volontaire : Ben voilà, moi je le vois pas voila, à postériori je ne vois pas ce que j'aurais pu faire d'autre.

Investigateur : D'accord. Alors est ce que le fait qu'il y ait une mesure de contrainte donc là à la fois l'isolement, la mesure de soin sans consentement est ce que c'est quelque chose qui a eu des conséquences sur la relation de soin, sur la prise en charge ?

Volontaire : Non, pas que je sache. Non, non, c'est le Dr [nom de psychiatre] qui a continué à le suivre, il a dû rester euh... si mes souvenirs sont bons il a du rester quelques jours en isolement, pas non plus euh il est pas resté longtemps. De tête il a dû rester 3-4 jours.

Investigateur : Oui

Volontaire : Euh, en isolement le traitement a pu être réadapté, euh et ensuite il a pu revenir dans notre service alors qu'il était en soins sous contrainte mais comme il avait créé un lien avec le Dr [nom de psychiatre] elle a préféré le reprendre chez nous.

Investigateur : Alors tu dis que le traitement a pu être adapté, donc pendant qu'il était encore en isolement euh, pareille c'est un petit peu facile de refaire l'histoire, mais est ce que cette adaptation de traitement elle aurait été possible sans l'isolement, est ce que c'est l'isolement qui la rendu possible, qu'est ce que tu en pense ?

Volontaire : Alors non, c'est un monsieur qui accepte facilement les traitements si tu veux, moi ce qui m'inquiétais c'était l'urgence de la situation alors peut être effectivement que j'aurais pu le séder et qu'il reste au lit pendant deux jours dans le service ça aurait peut être fonctionné..

Investigateur : Oui

Volontaire : Eventuellement mais j'en ai pas la certitude. Après l'adaptation de traitement je crois qu'ils ont changés son anxiolytique euh j'ai un doute, ils ont dû changer son anxiolytique, augmenter son antidépresseur et faire une bi thérapie. Mais pareille ça si j'avais augmenté son antidépresseur devant lui dans le bureau euh ça aurait pas fait passer la crise.

Donc non non, ouai, là non non rétrospectivement je pense que là l'isolement était, était indispensable. J'ai repris avec [nom de psychiatre] après les tenants et les aboutissants voilà, en gros elle aurait fait la même chose.

Investigateur : Oui. Alors question plus générale qui ne porte pas spécifiquement sur ce patient-là, volontairement un peu flou. D'une manière générale est ce que tu considères que la contrainte c'est un échec de la relation de soin ?

Volontaire : Non.

Investigateur : Alors pourquoi ?

Volontaire : Non. Ben parce que on est en face parfois de certaines pathologies et de certains cas et de certaines situations qui fait que là, moi je considère la contrainte comme un soin. Un soin d'exception, c'est-à-dire vraiment heureusement on est pas obligé de mettre tous les patients en iso mais ça reste un soin. Et ça je m'en étais rendu compte c'était plutôt pendant mon internat quand... Ça devait être

pendant mon internat quand j'étais à [nom de lieu] où j'ai un patient qui est venu me voir, je me rappelle c'est un vieux psychotique, qui m'a dit « est ce que je peux aller quelques heures en isolement ? »

Investigateur : D'accord

Volontaire : Parce qu'on se rend compte que pour certains patients, c'est vrai que c'est souvent des patients psychotiques, euh le fait de se retrouver en isolement où les patients ne peuvent pas se faire du mal et surtout où ils savent qu'il n'y aura pas d'intrusion de l'extérieur tu te rends compte que ça les soulage beaucoup. Voilà moi je vois pas l'isolement comme une punition ou comme euh voilà comme un échec de la prise en charge.

Investigateur : Alors du coup on peut penser à la question inverse, est ce qu'on peut considérer que dans un certain contexte la contrainte peut favoriser ou permettre de retrouver la relation de soin ?

Volontaire : Oui ! Par exemple. Pourquoi pas. Pourquoi pas. Si ça permet au patient de se euh de se euh recentrer un petit peu et de pas être parasité par ce qu'il y a à l'extérieur effectivement pourquoi pas.

Investigateur : Ok. Est-ce que d'une manière générale est ce que tu as quelque chose de particulier que tu voudrais dire sur la contrainte en psychiatrie ou un point sur lequel tu voudrais rebondir ou revenir ?

Volontaire : Alors par rapport à la contrainte et l'isolement je pense qu'il faut... comment dire ? Je pense que c'est pas un soin à prendre à la légère c'est vraiment un soin qui... tu mets pas une contrainte enfin tu mets pas un isolement à chaque fois qu'il y a... qu'un patient s'énerve ou est un petit peu.. avec des éléments agressifs, mais néanmoins voilà, je pense que c'est pas une punition pour le patient, c'est un soin, un soins psychiatrique qui doit être utilisé avec beaucoup de parcimonie mais ça reste un soin.

Investigateur : Très bien. Est-ce qu'il y avait d'autres choses que tu voulais ajouter ?

Volontaire : Hummm Ecoutes, là ... Si, une autre histoire qui me reviens, c'était peu après que heu.. ce que je t'ai raconté. C'est un monsieur que j'ai vu au CMP.

Volontaire : C'est un monsieur qui avait été hospitalisé dans le service où j'étais car j'étais à [nom de service] avant d'aller à [nom de service] euh, un patient éthylique chronique mais assez euh assez élevé qui pour parler en terme.... Qui a cause de l'alcool gérait assez bien parce qu'il avait un travail sauf que il a perdu son permis à cause de l'alcool du coup il travaillait plus aussi euh.... Il est resté hospitalisé assez longtemps, il a dû rester un mois et après il avait un suivi CMP à [nom de lieu].

Investigateur : Oui

Volontaire : Donc déjà je craignais un petit peu car j'avais quand même beaucoup de doute sur le fait qu'il puisse, rester sobre. En fait il est arrivé emmené par sa mère complètement beurré qui me dit « il faut le faire hospitalisé en sous contrainte ».

Investigateur : Oui

Volontaire : Et assez compliqué parce que euh Ethiquement tu peux pas tellement dire euh ... ben euh... « La mère dit qu'il faut l'hospitaliser donc on l'hospitalise ».

Investigateur : Et on va pas hospitaliser en psychiatrie tous ceux tous ceux qu'on voit bourré quoi...

Volontaire : Voilà ! Exactement. Après moi j'avais l'avantage, et c'est l'intérêt de pouvoir voir les patients à l'hôpital et au CMP, je savais que voilà euhhh je savais qu'il était retombé et qu'il allait se faire du mal donc j'ai parlé un petit peu avec lui, j'ai parlé un petit peu avec sa mère, euh... et je l'ai

envoyé aux urgences où il a été vu par un autre psychiatre qui à, qui lui à Qui a évalué lui qu'il fallait faire hospitaliser sous contrainte.

Investigateur : Et il avait accepté d'aller aux urgences ?

Volontaire : Non ! Non, non. Je, ça a été ... euh il a fallu que je convaincs, j'ai appelé une ambulance qui est venu le chercher.

Investigateur : D'accord

Volontaire : Mais voilà il ne s'est pas débattu, il n'est pas parti en courant.

Investigateur : Il s'est pas opposé même si il n'était peut-être pas complètement d'accord ?

Volontaire : Voilà, exactement.

Investigateur : D'accord, parce que si j'ai bien compris tu savais que c'est quelqu'un qui pouvait se faire du mal comme tu m'as dit ?

Volontaire : Ouai, il y a eu des.. Il allait se détruire vraiment, il était dans une entreprise d'autodestruction

Et puis au final je suis bien content d'avoir fait ça parce qu'il a été réhospitalisé pendant assez longtemps, il a fait un séjour en unité fermé et en addicto, il est sorti en janvier, je l'ai vu trois fois depuis janvier et écoute pour l'instant il a pas rebu. En tout il me dit qu'il a pas rebu. Mais en tout cas quand je le vois en entretien c'est le jour et la nuit.

Investigateur : D'accord

Volontaire : Donc voilà, sur le coup ben faire hospitaliser quelqu'un sous contrainte c'est toujours un petit peu ... euh ben c'est pas forcément agréable....

Investigateur : Alors question un peu naïve, pourquoi est-ce que ce n'est pas agréable ?

Volontaire : Parce qu'on préfère toujours que le patient en face soit d'accord avec ce qu'on dit.

Investigateur : Oui, alors pourquoi ça ?

Volontaire : Ben parce qu'on a l'impression de les forcer ! Quand on met une mesure de sous contrainte on a quand même l'impression de forcer le patient à prendre soin de lui voilà quoi moi je préfère quand les patients écoutent ce que j'ai à leur dire et soient d'accord pour prendre le traitement. Après euh.... J'en ai aussi au CMP, que je vois je leur dit ben ... « je vais mettre ce traitement en place », ils ne veulent pas bon ben je le met pas ! Par ce que je sais que ça va pas engendre de euh un risque pour eux ou pour autrui. Là ce patient si il ne se prenait pas en charge il y avait un risque important pour sa santé.

Investigateur : C'est là où il y avait la différence ?

Volontaire : C'est ça ! Parce que voilà si tu veux quand je mets une mesure de soins sous contrainte je... tu te sens obligé. Tu te sens obligé de forcer les gens à se soigner et j'aime pas ce sentiment-là .

Investigateur : D'accord. Eh ben merci.

Psychiatre 4.

Investigateur : Est-ce qu'en premier lieu tu peux me raconter la dernière situation de contrainte que tu as dû réaliser ?

Volontaire : Alors euh... Il y en a plein, même si je travaille en HL [**Note. HL : Hospitalisation libre**]. Alors qu'est ce que j'ai eu ?

Cette semaine j'ai eu une menace de contrainte par exemple, il y a une patiente qui a essayé de se pendre à [nom d'unité] Euhhh donc, je la vois qui arrive, délirante, mélancolie sur un problème somatique de fond mais mélancolique.

Et du coup heuh... je décide de la passer à [nom d'une unité fermée] pour la sécurité ect.

Vu comme elle a réagi et qu'elle s'est braquée tout de suite sur le secteur fermé qu'elle avait déjà fait elle a accepté tout pleins de contrainte que je lui aie imposée comme une chambre juste à côté de l'office, qui est juste à côté du bureau des infirmières, enfin il y a plein.... Une chambre ouverte, enfin il y a pleins de contrainte à l'hospitalisation mais dans le cadre de l'HL, et comme elle acceptait tout ça ben du coup on s'est arrêté là j'ai pas fait de SPDT [**Note : Soins psychiatrique à la demande d'un tiers**]. Mais je l'ai contraint que son cadre d'hospitalisation, qui est déjà réduit à la base, avec le confinement ils ne sortent plus, il n'y a plus de visite, enfin ils sortent moins, en ce moment c'est des règles imposées tu vois.... Euh.. 30 minutes dans le parc, plus de visite et nous on a fermé [Nom d'unité] pour te dire, notre service est quasiment un service fermé.

Investigateur : D'accord.

Volontaire : Donc euh... Il y a le fait qu'elle accepte toute ces contraintes sans que je passe en hospitalisation sous contrainte, pour moi c'était déjà une contrainte tu vois, je pesais le pour et le contre pour la passer en HDT, en SPDT, et quand, quand on a finalement trouvé un accord elle a accepté les conditions de sécurité qui me rassuraient moi pour un week end euh.. Avec un risque de pendaison.

Investigateur : Hum

Volontaire : Euh... Ben du coup ça s'est arrêté là, mais du coup c'est déjà passé par la contrainte c'est ce que j'ai fait à ce moment-là.

Donc ça c'est une situation de contrainte récente, sinon la semaine d'avant en garde ben j'ai fait des certifs, des gens délirants persécutés, ect. Donc des situations de contrainte il y en a tout le temps et des récentes c'est celle-là.

Après... Tu veux que je développe sur une situation particulière, les certifs peut être ?

Investigateur : Hum, peut-être dans une situation dans laquelle tu aurais initié la contrainte ? Que ce soit une hospitalisation, une contention ou un isolement ou ce que tu veux.

Volontaire : Ouai. Une situation de contrainte que j'ai initiée ? Ouai ouai ouai, alors euh il y en a pleins. Mais tu veux une situation qui se passe bien ou une situation qui peut être était un peu tendu ? Je ne sais pas.

Investigateur : Une situation dont tu te souviens bien.

Volontaire : Ok. La dernière euh, ben c'est pas très original je ne sais pas si ça apportera quelque chose à ton moulin mais, la dernière c'était euh... une patiente euh.. qui arrive mélancolique, c'était il y

a très peu de temps, mélancolie délirante « vous allez mourir, on va tous mourir » avec incurabilité, « de toute façon vous allez m'agresser, vous allez m'électrocuter, ect »

Euh au début elle est orientée par [unité d'accueil et d'orientation] en HL parce que ... bon elle disait trop rien mais en fait sur le parcours pour venir à [nom d'unité] elle avait fait deux fois mine de se barrer et Une fois à [nom d'unité] elle refusait tous les traitements et au bout d'un moment ce n'était plus du tout possible, enfin ça ne me semblait plus du tout adapté de la garder en situation libre quoi.

Parce que à un moment il y a eu une tentative de fugue. Donc cette dame, un tableau très mélancolique pour laquelle j'ai initié la sismo contre son avis, ça aussi on pourra en discuter c'est toujours un peu compliqué, euh... du coup elle a fait 10 jours à [nom d'unité fermée] et après 3 séances de sismo ça allait nettement mieux et puis...[nom de psychiatre] a levé la mesure au bout de 10 jours .

Euh .. voilà, donc cette séance de contrainte s'est passée en plusieurs euh... étapes. Tout d'abord je voyais bien qu'il y avait une mélancolie donc en dehors de la réalité à ce moment-là.

Investigateur : Oui

Volontaire : Donc « vous allez mourir, vous allez me tuer, vous allez m'électrocuter, c'est de la ciguë c'est ça ? » Et heu, et heu... Il y avait une opposition passive d'abord puis quasiment active, elle refuse les traitements, elle est ambiguë, ambivalente et très suspicieuse, elle accepte au début et ensuite elle essaye de fuguer tu vois, une escalade dans le refus et une attitude d'opposition aux soins.

Investigateur : Mmh

Volontaire : Mais il y avait la nécessité d'un soin urgent pour pas qu'elle se mette en danger, pour pas qu'elle ait la possibilité ... D'abord un soin urgent.

Il y a eu l'appel de la famille. Et euh on a repris la situation de cette patiente qui avait déjà fait un épisode de mélancolie délirante auparavant, qui avait eu 6 séances de sismo, qui était agitée à l'époque. Et donc du coup le mari il s'est engagé et il y a pas eu de soucis et il nous a même demandé de le faire quoi. Là-dessus on est parti sur une contrainte assez facile on va dire.

Investigateur : Alors le fait que la famille t'appelle en te disant que cette dame avait déjà eu un épisode similaire, qu'il y avait déjà eu une mesure de contrainte, que de ce que je comprends donc la famille est également potentiellement soutenance, comment est-ce que tout ça, ça a pesé dans ta décision ? Est-ce que ta décision était déjà prise et ça t'a conforté ou est-ce est ce que c'était la chose qui a manqué ? Est-ce que ça n'a pas intervenu du tout ? Comment ça s'est passé ?

Volontaire : Non tu as raison, c'est quelque chose qui conforte totalement dans la décision que j'avais déjà prise c'était indispensable, si il s'était débiné, c'est souvent le cas hein « non je ne veux pas, je ne veux pas la braquer, elle m'en veut encore pour la dernier fois toussa » ça arrive très souvent quand même, même si le positionnement de la famille il faut pas juger les juger la dessus hein... « je veux le bien pour untel mais euh.. Je ne prendrais pas la décision contre ma famille, faites le vous-même », moi j'étais déjà prêt à faire ça, dans ma tête la décision était prête, elle a besoin d'un soin, est ce que ça passera pas la sismo ? Ce n'était pas encore actée mais ... euh vu comme elle avait réagi la dernière fois je suis largement parti sur cette voie.

Et du coup j'avais déjà pris ma décision par contre c'était capital l'avis de la famille. Ça renforce forcément la décision et puis euh donc c'est le week end et puis voilà ça m'a encouragé j'étais beaucoup

plus serein tu vois euh.... Donc si, si ça joue. Le positionnement de la famille joue systématiquement, même si nous des fois on passe outre.

Si la famille n'est pas fiable, si la famille refuse ce qu'on lui dit, quand même moi je suis beaucoup plus serein que dans d'autres situations

Celle-là elle est trop simple entre guillemets, ça... dans des situations plus ambiguës... chez un névrotique, chez quelqu'un qui est en dehors de la réalité, qui a des tendances suicidaires, qui est passé à l'acte mais qui nie devant moi ... Tu vois, plusieurs fois les complications, dans ces cas-là c'est plus simple tu vois d'avoir la famille derrière moi pour me seconder pour dire « ben si il est suicidaire faut l'aider je signe ! » dans ce cas-là je suis un peu plus droit dans mes bottes notamment quand le patient va dire « je vais porter plainte contre vous »

Investigateur : Qu'est ce qui fait que dans ce cas-là tu as eu le sentiment que c'était une situation qui était simple à gérer ?

Volontaire : Alors, ce qui a fait que c'était pour moi simple c'était d'un le délire de la patiente, la patiente en dehors de la réalité. Deux, il y a un soin qui l'aiderais à revenir rapidement dans la réalité, dans beaucoup de patients délirants c'est le cas, et heu notamment un soin qu'elle a déjà eu, qui s'est bien passé, euh.... La mise en danger et la fugue.

Donc voilà, le délire, en dehors de la réalité, la nécessité d'un soin, le fait qu'elle se mette en danger en fuguant, et puis après l'accord de la famille. Pour moi tu vois c'était simple vraiment.

C'est pas le cas dans d'autres situations beaucoup plus complexes quoi..

Investigateur : Il y avait plusieurs éléments...

Volontaire : Tout à fait ! Il y avait plusieurs éléments qui allaient dans le même sens euh voilà. Mais des situations plus complexes, même quand tu as un peu de bouteille il y a toujours des situations qui restent difficile, qui sont pas simple avec le recul.

Investigateur : Ah bien sur. Si tu devais pointer vraiment un élément unique pour dire quel aurait été

Volontaire : L'élément unique ça aurait été ben ... pffff Ben il y en a quand même deux importants je pense c'est protéger la patiente vue qu'elle est délirante et lui administrer un soin qui va l'aider à être moins délirante et à se mettre moins en danger.... Ouai.

Investigateur : D'accord. Alors est ce que ça cette mesure de contrainte ça a eu un impact sur la relation de soin ?

Volontaire : Alors ben, très rapidement il y a eu comment dire un retour à un état moins délirant, qu'elle a critiqué au bout de 3 séances, et du coup cette mesure de contrainte était très bien vécue par la patiente.

Investigateur : D'accord.

Volontaire : Voilà, elle m'a dit « vous avez eu raison de faire ça, je ne me reconnais pas quand j'ai dit ça, c'est pas possible que je vous ai dit ça » des propos comme ça tout de suite. Euh comment dire, donc il y a vraiment pas eu de clash pour le coup après, ça n'a pas du tout nuit à notre alliance. Et encore une fois c'était peut-être parce que c'était un cas assez simple. Voilà elle était délirante, elle ne s'apercevait pas de ce qu'elle disait, une mélancolie délirante typique.

Investigateur : Donc là ça n'a pas nui à la relation de soin. Est-ce qu'on peut aller jusqu'à dire que ça a contribué à la relation de soin ?

Volontaire : Ouai tout à fait, tout à fait, il y a un côté paternaliste qu'elle a,... elle était contente que j'ai agi de la sorte. Elle a dit « heureusement que vous avez fait ça » euh... comment dire, ça a finalement renforcé cette situation de soin d'une certaine manière le côté paternaliste.

Moi je trouve dans la situation de mettre sous contrainte c'est toujours le droit de l'individu par rapport à un paternalisme médical qui fait du mieux que ce qu'il peut Et du coup t'oscille entre ces deux bords. Le paternalisme à outrance ça peut nuire « je vous injecte je sais ce qui est le mieux pour vous et puis... » c'est pas le mieux pour l'observance et puis le droit de l'individu inaliénable ... c'est une utopie.

Quand la maladie euh c'est-à-dire évidemment ça aliène l'individu et notamment dans ses choix et donc euh... Il faut osciller entre ses deux pôles et elle je pense elle était bien, elle trouvait qu'il y avait, elle trouvait que cette décision paternaliste contre elle était une bonne décision et du coup ça n'a pas du tout nuit à notre relation bien au contraire.

Investigateur : Parce qu'elle a vraiment eu l'impression que ça a été fait dans son intérêt peut être ?

Volontaire : Tout à fait, elle a ressenti l'efficacité du soin. [silence] Hum mais encore une fois je te parle de prise en charge dont je me souviens bien, récente, ce qui est pas toujours le cas.

Investigateur : Mais aussi intéressant de se pencher sur les situations simples où les décisions paraissent évidentes parce que ça permet d'interroger sur pourquoi est-ce que ça semble aussi simple ou évident.

Volontaire : Hum hum. Donc là il y avait la critique des idées suicidaires, plus délirant, plus persécutée ect. Le fait que le mari abondait dans notre sens, le fait que lui après il y ait du renforcement positif tu vois. Euhh... Et puis la patiente était moins angoissée aussi ... Voila. Pour elle ça a été bénéfique, pour la relation de soin ça a pas du tout impactée, au contraire ça là renforcée et du coup j'ai continué le suivi avec elle, j'ai eu un entretien récemment.

Investigateur : D'accord. Alors c'est facile de refaire l'histoire après coup mais rétrospectivement est ce que tu penses qu'il y a quelque chose qui aurait pu être fait ou ne pas être fait pour que la situation se déroule autrement ?

Volontaire : Mouai alors euh... L'orientation initiale était déjà pas très top. Enfin je crois qu'il y a pas eu une bonne orientation, quand on la voyait stuporeuse comme ça arriver dans mon service on pouvait déjà douter de l'adhésion aux soins de cette patiente. Bon c'est jamais facile quand on travaille en service-porte de savoir comment ça va se passer Euh.... Mais je pense qu'elle aurait pu être orientée autrement, elle est arrivée en disant directement dans le service « je ne veux pas rester, je ne veux pas rester, je pars » en faisant deux fois demi-tour avant d'arriver dans le service et « les médicaments que vous voulez me donner je vois bien que c'est pour m'empoisonner ».

Et tout de suite je me dis qu'il aurait suffi de demander simplement « est ce que vous acceptez le soin », elle aurait dit non et on aurait vu que ça allait être compliqué euh l'acceptation pleine et entière de la prise en charge aurait été compliqué. Donc ça, ça aurait pu... enfin c'est pas grave ! On réévalue à chaque fois le statu de l'hospitalisation libre ou pas d'un patient dans le service en fait...

Investigateur : Donc ça, ça aurait permis peut-être qu'elle soit dans un service plus adapté, ça n'aurait pas permis qu'on se passe de la mesure de soins sans consentement ?

Volontaire : Non, tout à fait, je ne pense pas. Pour elle je pense que c'était pas possible de s'en passer.

Investigateur : Pour elle ça n'aurait pas été possible.

Volontaire : Je pense que c'était pas possible ouai. Ouai, elle était trop délirante pour être accessible aux explications.

Investigateur : D'accord. D'une manière générale, est ce que tu as quelque chose à dire de particulier sur la contrainte en psychiatrie ?

Volontaire : [rires] Ouai ouai il y a pleins de choses à dire ! Il y a des romans à faire ...pleins pleins pleins de choses Euh.... Ben tu as lu l'article que je t'ai envoyé ? Je l'avais écrit parce que j'avais réfléchi un peu là-dessus parce que c'est un sujet compliqué quoi. Et heu... heu .. Moi je pense que c'est indispensable déjà. Parce que si on peut dans d'autres maladies accepter que le patient ne se soigne pas parce que c'est sa liberté première euh.... T'a le droit d'avoir un cancer et ne pas te soigner enfin bref quand t'es pleinement conscient, en pleine conscience de, de, de tes facultés mentales pour décider c'est un aspect inaliénable du soin, c'est gravé dans le marbre de notre soin que ... quand les gens sont conscients de ce qui se passe.

Mais ! En psychiatrie le problème c'est justement que la personne est aliénée. C'est parce qu'elle est autre à elle-même, qu'elle prend pas les bonnes décisions, qu'il y a une altération de son jugement.

Investigateur : Donc c'est l'altération du jugement qui est le critère principal la contrainte ?

Volontaire : Moi je dirais que c'est le critère qui justifie pleinement d'imposer des soins, mais que tu peux imposer qu'en psychiatrie. Et en gériatrie que les patients Alzheimer quoi, et chez les enfants qui ne sont pas considérés comme des... comme des ... qui ne donnent pas leur consentement mais on prend celui des parents quoi, et pour les Alzheimer c'est les soignants qui décident quoi ... Un patient qui a besoin de Risperdal, qui refuse et qui s'agite... Mais c'est des gériatres qui récupèrent quand c'est pas possible... Et je dirais que c'est les seules situations, en dehors de la psychiatrie pure où tu peux imposer des soins enfin je, j'en vois pas d'autres.

Les urgences vitales tu ne demandes pas l'avis aux personnes mais ... Et donc du coup ça explique que dans la psychiatrie, que dans les maladies mentales, comment dire ... t'es aliéné a ta propre... a ton propre jugement habituel donc bref t'as une altération qui fait que tu peux pas prendre les décisions pour toi-même et en tout cas pas en pleine conscience.

Et il suffirait de traiter ce trouble là pour que tu acquières de nouveau tes facultés entières de jugement, de ce qui est bon ou pas pour toi et que après tu décides mais tant que tu les as pas acquises.... Ben t'es en danger et tu peux pas juger toi-même de ce qui est bon pour toi ou pas quoi, ou difficilement.

Investigateur : Potentiellement en passant par la contrainte ?

Volontaire : Oui tout à fait, c'est ce qui justifie complètement le soin sous contrainte, à mon avis. C'est ce qui le défini d'un point de vue médical le soin sous contrainte. Dans toutes les autres spé tu peux dire ... heu, ben j'en ai eu la récemment, je les voyais au CMP, pour un cancer du sein qui la bouffe mais elle veut pas se soigner. Alors pas de problème sauf qu'elle était persuadée que moi j'étais dans le complot et qu'ne fait c'était une parano tu vois. Euh... C'était pas du tout « je veux me laisser mourir parce que ma religion m'interdit la chimio ou quoi, je veux passer les derniers temps de ma vie avec mon mari » enfin des choses qu'on aurait pu entendre, qui auraient été légitimes, là c'était « oui je vois

que vous voulez ça, ma gynéco qui a essayé de me violer » enfin voilà elle était délirante. Mais elle tu ne pouvais pas accéder aux soins. Là pour le coup le mari était vraiment négligeant, il voulait pas donc j'ai pas fait de contrainte.

Investigateur : Hum hum

V : **Volontaire :** J'ai pas pu le faire parce que... Il y avait pas de danger immédiat et le généraliste a pu la ramener vers le soin.... En discutant ect, en me mettant en « bad cop ».. Enfin il y avait quand même une altération du jugement qui aurait pu justifier ou questionner en tout cas sur imposer des soins et je pense que c'est ça qui justifie le soins sous contrainte et que ce soit limité à la psychiatrie c'est vraiment d'imposer, de permettre au patient de retrouver ses facultés de jugement entières euh.. et donc du coup de pouvoir juger réellement ce qui est bon ou pas pour lui quoi.

Par exemple la crise suicidaire c'est typiquement le cas.

Ben tu vois, la psychotique ça peut parler à tout le monde... quand tu es un peu aliéné à toit même tu es autre que toi-même, tu penses que tout le monde est contre toi pour le parano que tout va s'écrouler quand tu es mélancolique voilà et la crise suicidaire je trouve que c'est très souvent pareil quoi.

C'est d'autant plus impressionnant que je trouve que ça se résout, la crise hein, en quelques jours quoi... Des gens qui arrivent prêt a mettre fin à leur vie et du coup toi tu les obligent, ils t'insultent, menaces de procès ect mais ça dure moins d'une semaine. Après ils te disent « je peux pas rester je dois retourner aux boulot » ils se projettent sur autre chose tu vois. Au bout d'un moment quand tu as pris un temps pour voir avec eux ce qu'ils se passent la crise suicidaire passe tu vois. Avec la réassurance ils peuvent mobiliser autre chose et tu vois que le moment où il y a eu le craquage, la crise suicidaire, qui s'inscrit dans un trouble dépressif et ben du coup je trouve que en imposant la contrainte tu peux aider à ce qu'il y ait des ressources pour passer la crise suicidaire et après tu peux travailler la dépression.

Investigateur : Hum

Volontaire : Et du coup je trouve que c'est la réversibilité de la crise suicidaire qui est la plus impressionnante, les psychotiques aussi c'est impressionnant, quelques comprimés d'Haldol et du coup ils reviennent à des enfin ils critiquent les propos passés et il adhère aux soins quoi.

Mais dans la crise suicidaire je trouve que c'est encore plus impressionnant quoi, en quelques jours « ben ok je veux bien être hospitalisé », on passe en HL et voilà.

Donc euh... Oui oui ce qui justifie ... enfin, il y aurait plein de chose à dire sur les familles le positionnement de la famille la société par rapport à ça, ce qu'on nous impose. Euh... Et puis je fais sortir quelqu'un ... les menaces de procès... vont de pair avec les politiques..... pour protéger notre société quoi ... Une société de plus en plus procédurière où l'individu et les droits de l'individu sont respectés voilà. Mais par contre la société nous impose de par mettre des gens dehors qui pourraient être dangereux pour les autres. Nous on est pris entre deux feux quoi qu'il arrive .. L'évolution, tu vois demain si tu prends l'historique de la loi de 2011 c'est ça hein c'est politique vraiment, par ce que euh... il y a eu un étudiant qui a été poignardé du coup tout une réaction en chaine pour faciliter ... tu vois et c'est après en réaction qu'ils ont mis un juge, ce qui avait pas eu lieu en 150 ans par ce que le droit et la psychiatrie était différencié depuis la loi de 1848, 1838 ? Enfin depuis 150 c'était que nous qui nous occupions de ça, le droit avait pas à entrer la dedans tu vois.

Enfin bref, il a remis un juge Sarkozy pour équilibrer un peu le super pouvoir que le médecin avait de faire l'HDT, la facilité de faire de l'HDT donc il y a plus d'HDT, il y a un SPI simple. Avant tu devais te mettre la famille dans la poche, tu avais HL, HDT, HO point. Et du coup à partir de 2011 et 2013 eh ben n'importe quel médecin et n'importe quel urgentiste peut faire un SPI.

Et du coup il y a une explosion exponentielle du taux de De ... le pourcentage d'hospitalisation qui explose ces dernières années vient notamment du fait des urgentistes et des généralistes hein pas nous. Et du coup ils ont dit que pour contrebalancer ça on met... on met un juge à J 12 pour qu'il régule tout ça quoi.

Investigateur : Hum hum

Volontaire : Et donc du coup voilà, la société pour le coup c'est t'as un phénomène une fois de violence d'un psychotique qui a entraîné la réaction politique et du coup un changement complet de la manière d'interner quelqu'un quoi, d'hospitaliser sous contrainte quelqu'un.

Du coup la société nous demande d'hospitaliser sous contrainte. Là tu as un psychiatre qui a été condamné alors je sais pas si en appel ça a été confirmé je suis pas sur, enfin un ans avec sursis parce qu'un de ses patients avait tué quelqu'un. Et du coup elle avait été... c'était en 2013 je crois, 2014, eh ben du coup elle a été condamnée par ce qu'on lui a reproché de pas avoir fait l'HDT ! De ne pas avoir fait l'HDT assez vite.. Du coup elle voulait jouer l'alliance en disant « je vais continuer à vous voir au CMP, vous voulez tuer quelqu'un ok... » Et tu vois c'est quand même une première... Première fois qu'un psychiatre est condamné pour... comment dire ça ben pour le meurtre commis par l'un de ses patients.

Investigateur : Oui avec une affaire là récente d'un psychiatre condamné pour avoir autorisé un patient à être en permission dans le parc de son CHS, il s'est barré, avec pareille un discours avec des doubles impératifs un peu contradictoire avec à la fois il faut pas laisser sortir ce patient parce qu'il est dangereux et en même temps vous le laissez sortir dans le parc sans jamais avoir évalué sa dangerosité Euh.... Enfin à avoir évalué sa capacité à rester dans le parc donc il aurait fallu le faire sortir dans le parc pour voir si il pouvait mais en même temps ne pas le faire sortir parce qu'on savoir pas si il pouvait...

Volontaire : Complètement.... Et là les injonctions paradoxales sont permanentes ! A ce niveau-là .. Il y a la société qui nous reproche en permanence d'hospitaliser trop c'est la surveillance des libertés là comment ça s'appelle ?... Tu sais c'est la... la hantise des directeurs de CHS d'être étiqueté comme le Auschwitz de la société c'est jamais très bon pour la relation public derrière et notre image dans la société...

Et en même temps dès qu'il y a un truc tu vois dès qu'il y a quelqu'un qui sort qu'il y a une violence ou plus simplement des que il y a quelque chose de politique, comme le terrorisme, ça c'est vraiment récurrent ! Quand tu vois la réaction du public... Même de Macron ! Il y a eu ça il y a pas longtemps, tu sais avec une attaque, une vieille, il y avait eu une marche blanche pour elle. Elle était juive, il y a une attaque il cri « Halla You Akbar » pour eux... ambiancer un peu, l'attaquant, et heu... du coup marche blanche pour dénoncer l'antisémitisme. Et en fait le mec était en délire ! Tu as eu plusieurs expertises de psychiatres. Du coup quelque chose qui n'aurait pas du être forcément pénal eh ben du coup la société à demander réparation ! Et même Macron est sorti de son rôle en disant aux juges « il faut quand même qu'il comparaisse au procès même si c'est pour dire après qu'il est pénalement

irresponsable ». Le positionnement du président de la république, pas mal hein, c'est de dire « il faut quand même qu'il y ait un procès, il faut quand même qu'il rende des comptes », là on a une double injonction très forte entre les libertés individuelles et en même temps notre responsabilité quant à la société donc je trouve qu'on est dans une situation très inconfortable.

Mais après.... Voilà il y a énormément de chose à dire... Tu vois il suffit qu'il y ait 2-3 attentats de grandes ampleurs beaucoup de morts avec des terroristes ect pour que ça facilite les choses et puis à un moment qu'il y ait un scandale, un scandale qui éclate par exemple il y a des médecins qui veulent la zéro contention à l'hôpital je sais pas si tu avais vu ça... non, t'en a entendu parlé ? Au CHS à un moment ils voulaient qu'il y ait zéro contention.

Investigateur : Non je n'en ai pas entendu parlé.

Volontaire : Ben en fait quand on connaît la réalité de terrain on sait que c'est juste le médecin qui va prendre des coup de poings c'est quand même compliqué quoi Après la zéro contention c'est quand il y a des associations de patients ou [nom d'une association de famille] qui est là bien sur, il y a aussi la presse qui guette la moindre chose... les avocats ! Il y a pleins d'avocats qui tournent autour du CHS, qui attaquent, qui cherchent notamment à attaquer Enfin tu vois, les juges aussi sont très sensibles à ça... Le deni de liberté de plus en plus... Donc euh.. ca rend les choses tres compliqué..

Je te conseille de voir le film juge et jugement, il est pas mal quoi en tant que psychiatre pour voir ce qu'il se dit dans ses moments-là.

Donc ouai en gros on est toujours.... C'est des choses qui évoluent en fonction des débats politiques ect et du coup c'est une question qui reste quoi, faut trancher, voir au cas par cas. Mais il y a énormément de chose à en dire en tout cas.

Investigateur : Tout a fait.

Psychiatre 5.

Investigateur : Est-ce qu'en premier lieu tu pourrais me raconter une mesure de contrainte dans laquelle la décision de contraindre a été difficile à prendre ? Où ça a été compliqué ?

Volontaire : [silence] Hum.... Une mesure de contrainte dans laquelle la décision a été difficile à prendre ? C'est compliqué d'en choisir une, c'est souvent difficile de contraindre. Je peux te parler de situations au pluriel on va dire ?

Investigateur : Bien sur

Volontaire : Euh.... Moi je trouve difficile la contrainte, la mise en isolement en prévention on va dire d'un passage à l'acte.

Investigateur : Oui

Volontaire : C'est une contrainte en soi. Euh... Dans le sens où on est pas en ... on est dans l'anticipation, on est euh... d'abord sur une contrainte dure, c'est souvent déjà des patients qui sont déjà en soin sous contrainte vu qu'on est en service fermé, on va restreindre encore plus leur liberté en les mettant en isolement avec tout ce que ça implique c'est-à-dire la mise en pyjama, le retrait de tout objet...

Alors qu'il y a pas eu de ... de ... de passage à l'acte et ça il va falloir l'expliquer au patient, lui dire, trouver les mots pour lui dire que c'est un soin, que c'est pas un isolement c'est un apaisement euh... Je pense que c'est important même si je suis pas sûr que le patient puisse l'entendre à ce moment-là. Pour des patients qui sont du coup en état psychotique aigue souvent avec qui du coup peuvent pas entendre ce qu'on peut leur dire ils ne peuvent pas entendre le bénéfice immédiat euh... ni à long terme donc c'est forcément quelque chose qui est je trouve difficile parce que on a, on est dans une prévention d'un passage à l'acte et euh voilà, les mots sont jamais facile à trouver, on est toujours dans un rapport de force mais un rapport de force mais euh... qui va péjorer la relation avec le patient je pense . Voilà... Si ça te va....

Investigateur : Qu'est ce qui dans cette décision qui peut être difficile à prendre, qu'est ce qui peut faire qu'on décide de pas le faire justement ? Ce sera peut être plus simple si tu as une situation en tête.

Volontaire : Alors, j'ai une situation en tête oui... Un patient psychotique chronique d'une vingtaine d'années qui Qui est hospitalisé assez régulièrement, qui est dans un déni total des troubles, qui est totalement discordant au point d'avoir des actes le matin, des troubles du comportement et les nier l'après midi donc probablement dans un coté un peu euh... un peu manipulateur peut être mais très à mon sens pathologique avec un trouble cognitif de euh ... de la maladie.

Un patient du coup qui est hospitalisé depuis 2-3 jours, on voit que ça monte progressivement, on essaye de majorer les traitements, on essaye de créer une alliance thérapeutique avec le patient mais qui marche pas parce que y a une déni des troubles, y a un déni même de la nécessité d'hospitalisation et du coup on est perçu uniquement comme contraignant et pas comme euh.... Comme soignant et d'ailleurs il le dit oralement euh... Il y a euh.... Donc euh qu'est ce qu'on pourrait faire dans ce cas là pour éviter la mise en isolement préventive ? Euh ... à mon sens peut être pas grand-chose car il y a une telle tension psychique, une telle persécution, un tel déni des troubles que euh... ne pas le faire c'est

aussi risquer un passage à l'acte euh imprévisible durant le repas, avec les patients, avec les soignants donc ... Je ... je ... les alternatives là-dessus j'en vois pas trop et au final euh ... cette prise en charge là à mon sens même si elle a eu un vécu persécutif majoré à ce moment-là et une rupture dans le lien thérapeutique au final ça a été à mon sens bénéfique parce que quelques jours après on a pu reprendre un traitement, le traitement qu'il refusait, donc une possibilité qu'il prenne son traitement pour apaiser des tensions voir Ben ne pas avoir recours à l'isolement euh... bon ben durant l'isolement il a pu avoir ce traitement ce qui du coup a permis d'améliorer les choses au bout de quelques jours et malgré tout le lien thérapeutique a pas été péjoré, en tout cas il est pas bon du fait de la maladie mais euh il est pas pire non plus....

Investigateur : Donc l'isolement là préventif, comment ça lui a été proposé ?

Volontaire : [silence] Alors ça lui a été initialement proposé en lui disant que ... non ça ne lui a pas été proposé, pas pour ce patient. Ca ne lui a pas été proposé parce que il était pas en chambre d'isolement, il était en chambre simple euh... donc que donc que on est passé en chambre d'apaisement. Comment je lui ai proposé la chose ? Eh ben déjà pas tout seul euh... On a fait ça dans sa chambre déjà parce qu'il a refusé l'entretien au bureau, euh.. donc du coup on était quoi, 3-4 infirmiers et moi. Bon ben j'ai essayé de lui expliquer la situation actuelle, qu'on pouvait pas laisser sa tension psychique menacer les autres, les autres patients que également il pouvait se faire du mal que voilà... j'ai essayé d'argumenter la dessus, sur le risque de passage à l'acte et voilà le risque de passage à l'acte.

On a essayé d'évoquer ça parce que encore une fois je pense que c'était important, j'ai parlé de chambre d'apaisement, voilà ;.. Après il a été imposé ce changement de chambre, changement de chambre et imposé de se mettre en pyjama.

Investigateur : Oui. Alors tu as dans les raisons que tu as évoqués au patient, les passages à l'actes, se protéger un peu lui, et puis un peu protéger les autres. Est-ce qu'il y avait d'autres choses qui sont intervenues dans la décision de passer en isolement préventif ?

Volontaire : Alors ce qui est intervenu c'est qu'il y avait pas de prise de traitement non plus. A un moment donné quand on met en isolement c'est pour avoir plus de possibilité d'imposer ce traitement et.... Il y avait ça... Et essayer d'éviter les stimuli car c'est un type qui a ... qui peut avoir des passages à l'acte un peu impulsif et un peu imprévisible et qui était déjà passé à l'acte sur un patient avec des stimuli avec les autres .. Bon voilà. Et de fait c'est un patient assez interprétatif et donc en évitant ça, en évitant le rapport aux autres on diminue aussi les tensions en diminuant la sensation de persécution pour éviter qu'il ait une interprétation sur un sourire ou quelque chose comme ça.

Il y en a eu d'ailleurs ! A la levée de l'isolement, dès la levée de l'isolement au bout de 3-4 jours il y a eu un sourire de soignant très mal interprété parce que très halluciné euh... et donc du coup il y a eu de nouveau un passage en chambre d'isolement à ce moment-là.

Donc pour lui réduire les stimuli c'était aussi très important.

Investigateur : D'accord. Alors tu disais que les isolements de manière préventive c'est une décision plus difficile à prendre. Chez ce patient là qu'est ce qui faisait que c'était plus difficile ?

Volontaire : Plus difficile que pour un autre ?

Investigateur : Oui.

Volontaire : Ca ne l'était pas. Je ne pense pas que ça l'était. Il y a toujours cette difficulté où encore une fois c'est euh.... On se pose la question, on est pas dans un rapport de certitude. Quand un patient passe à l'acte on le met en isolement point barre, on est obligé de protéger on peut pas faire autrement. Là on a toujours ce petit doute qui nous fait dire « il y a peut être un autre moyen d'arriver à diminuer l'agitation, l'angoisse, les hallucinations, les interprétations... » autrement que par la mise en isolement. C'est une situation qui dérange, c'est une solution qui est difficile à prendre.

Investigateur : Oui alors tu as évoqué « on se pose la question, est ce qu'on aurait pu faire autrement », est ce qu'il y a autre chose qui fait que c'est une décision difficile à prendre ?

Volontaire : [silence] Alors après il y a toujours le risque de violence aussi.

En service fermé il y a toujours un risque de violence, que le patient n'accepte pas la décision et qu'il y ait un passage à l'acte qui soit provoqué par la mise en isolement mais ça tu as le côté préventif, thérapeutique de la mise en isolement mais de l'autre côté le fait qu'on peut se dire qu'on peut provoquer un regain de violence ça fait que euh... qu'on est un peu sur le qui-vive quoi.

Que euh... si on avait pas pris cette décision de mise en isolement il n'y aurait peut-être pas eu cette réponse violente du patient. Là il y en a pas eu pour le coup mais je pense qu'il y a ce côté-là, le risque de passage à l'acte au moment de l'annonce qui est important aussi. C'est pour ça qu'on y est allé à 4 infirmiers, par ce qu'il y a un rapport de force qui s'installe et voilà.

Investigateur : Oui, que effectivement c'est quelque chose euh qu'on peut avoir en tête en se disant « le moment de l'annonce peut être compliqué donc on va y aller en nombre ».

Volontaire : Voilà.

Investigateur : Alors là tu as parlé du fait que pendant l'isolement un traitement qui a été refusé à pu être délivré mais en début de l'entretien tu as même dit que l'isolement c'était un soin. Alors est ce que tu peux me dire en quoi selon toi ça peut être un soin ?

Volontaire : Ben par ce que un isolement c'est de l'apaisement également, on est dans l'apaisement, dans la diminution des stimuli euh.... Donc c'est un soin, enfin à mon sens, c'est réduire les insinuations, réduire les interprétations par une autre manière que par le traitement euh.... Si le traitement est un soin, l'isolement ou le ... l'entretien aussi, en diminuant les tensions et les hallucinations donc forcément on va le prendre en considération comme un soin.

Investigateur : D'accord. D'une manière plus générale, c'est toujours facile de refaire l'histoire mais rétrospectivement est ce qu'il y a quelque chose qui aurait pu être fait ou ne pas être fait pour que cette situation se passe mieux ?

Volontaire : Alors je vais dire rétrospectivement ça c'est pas trop mal passé car encore une fois le patient euh.... Le patient s'est retrouvé apaisé même si une fois l'isolement levé au bout de 72h il y a eu ce regain de violence verbale, de menace et qu'il y a eu du coup un autre isolement euh donc en soit ça c'est pas mal passé. En soi la manière d'annoncer la décision au patient tu la refais hein, tu la refais toujours je pense heu.... Tu te dis « ben mince, j'aurais du utiliser d'autres mots, j'aurais pu être moins dans la contraindre, peut-être pas être dans essayer d'imposer les choses, essayer d'être euh... plus dans la proposition, peut être que j'aurais pu différer l'isolement et donc euh permettre de sursoir à ça » tu peux refaire ça, surtout pour les éléments lexicaux... trouver les bons mots pour le patient qui plus est dans une situation où tu n'es pas maître de tout ce qui fait du coup que tu as l'impression de

ne pas avoir fait les choses correctement. Peut être ça. Après derrière, encore une fois ça c'est pas si mal passé. Mais l'annonce de l'isolement c'est ça à mon sens le plus difficile.

Et je suis pas sûr que ça ait un réel impact encore une fois parce que le patient que tu mets en isolement c'est un patient qui est en situation aigue et dans ce qu'il peut entendre et dans ce qu'il peut euh.. Percevoir des mots je crois pas que ce soit... Là qu'il faut regarder mais plus peut être dans les attitudes, dans les.... Le nom verbal, que le patient dans cette situation aigue va retirer des choses donc c'est pas forcément avec les mots qu'on va être le plus percutant dans cette période-là. Même si c'est ça que tu remets en cause dans les minutes et dans les heures qui suivent.

Investigateur : Dans un autre type de contrainte, est ce que tu as déjà réalisé un programme de soin ? Je t'explique un peu ma réflexion, tu as parlé de manière très juste du caractère aigue qui peut justifier une contrainte. Dans le cadre d'un programme de soin on est en général sur un traitement retard avec un suivi, on est plus dans l'aigue surtout qu'on est en général sur quelque chose qui se maintient sur quelques mois, on peut penser que grâce au traitement, grâce au suivi la personne va être un peu mieux et donc je suis tombé un peu sur un paradoxe : on met en place une contrainte pour que le patient prenne et bénéficie de tous les soins qui font que normalement il n'y a plus besoin de contrainte. J'aimerais que tu puisses me dire ce que toi tu penses être l'intérêt d'un programme de soin et l'objectif ?

Volontaire : Alors l'intérêt et l'objectif du programme de soin c'est compliqué parce ce que je trouve que le programme de soin... le programme de soin le problème c'est en quoi il est contraignant, en quoi il y a toujours une contrainte. Si c'est qu'on se réfère, qu'on donne un compte rendu entre guillemets, enfin des certificats au juge pour lui dire voilà il a suivi ou il a pas suivi son traitement ou son suivi et que ça simplifie son retour en hospitalisation parce qu'il y a pas la famille à solliciter il y a juste un certificat de réintégration à fournir euh.... La contrainte à mon sens elle n'y est pas trop et à mon sens tu ne peux pas demander à mes équipes notamment d'aller chercher le patient si il respecte pas le contrat, c'est pas A notre équipe, enfin à une équipe infirmière d'aller chercher le patient dans on milieu, en plus on est dans une rupture de soin donc avec une potentielle hétéro-agressivité. Euh je trouve que ce serait mettre en danger mon équipe et voilà.

La contrainte à mon sens elle est un peu factice, c'est un peu de la poudre au yeux...

Investigateur : Oui.

Volontaire : Là je l'ai fait une fois... Là dans l'année si tu veux je l'ai fait une fois, euh pour une patiente qui euh... était dans un trouble bipolaire à la base mais plutôt psychotique aigue avec des troubles schyzo-affectif à mon sens euh.. avec un épisode à la base étiqueté comme maniaque et euh avec un passage en isolement pendant une semaine / dix jours avec des injections et elle était résistante au traitement en plus donc on a du mal à la faire redescendre euh.. donc on la garder un mois et demi en hospitalisation et dans les quinze derniers jours il y a eu une évolution dans son discours euh... Mais mais avec l'impression que c'était un peu factice comme évolution avec l'impression que c'était parce qu'elle voulait un peu sortir de l'hôpital.

Mais ça rejoint aussi le programme de soin, le programme de soin ca permet aussi d'être moins dans une contrainte, dans une contrainte amoindrie car sortie de l'hôpital, dans son milieu euh.. normal entre guillemet mais tout en maintenant des soins.

Alors après il me semble que le programme de soin contrairement à l'hospitalisation complète c'est à mon sens qu'il y ait plus la surveillance quotidienne et continue du patient, donc que c'est ça dans les articles de loi qui différencie les deux, alors après je me trompe sûrement j'ai pas cherché...

Euh donc rappelle moi la question de base c'est qu'elles sont les Les ?

Investigateur : Quels sont les objectifs, à quoi sert le programme de soin ?

Volontaire : Ben ça permet de sortir de l'hôpital, sortir d'un mois ferme. Euh, à mon sens si je fais une réponse claire.

Investigateur : Alors après si ça permet uniquement de sortir entre guillemets pourquoi est-ce qu'on ne lève pas la mesure trois jours après la sortie ?

Volontaire : Alors, souvent, le programme de soin répond à une contrainte extérieure. C'est aussi ça , pour sécuriser les proches, tu as souvent cette donnée-là.

Investigateur : Oui.

Volontaire : Les proches qui disent « vous le faites sortir très bien mais il va arrêter son traitement, c'est sûr, qu'est-ce que vous allez faire ? » Et ça répond à ça. On a quelque part aussi une contrainte en tant que soignant de faire ça, ce qu'on peut entendre hein, euh... Du coup, lever l'hospitalisation complète ... on sécurise l'entourage et derrière j'y crois pas beaucoup...

Alors après elle, elle habitait à [nom de lieu] donc un peu loin donc ça permettait de la faire venir en consultation sur son secteur d'origine, ça permettait de garder les soins en la contraignant à venir régulièrement en consultation ici. Bon après il y a le confinement qui est venu par-dessus donc les entretiens sont téléphoniques. Euh... Donc qu'elle habite [nom de lieu] ou pas ça ne change pas grand-chose.

Donc pour répondre clairement à ta question le programme de soin moi je n'y crois pas vraiment je trouve qu'on est dans une fausse contrainte en fait et je trouve que c'est surtout pour répondre à contrainte des proches qui disent « oui on le fait sortir mais on faut le mettre sous contrat »... Ça peut surtout servir pour les patients qui ont une certaine rigidité et qui vont mettre un point d'honneur à respecter ce contrat ce qui ne correspond pas à toutes les situations.

Donc si dans l'année je n'en ai fait qu'un de programme de soin c'est pas pour rien. C'est pas un outil particulièrement très utile.

Investigateur : Okay, et d'une manière générale pour finir, est ce que tu as quelque chose de particulier à dire sur la contrainte en psychiatrie ?

Volontaire : Oh c'est très général effectivement [rire]. Alors, la contrainte en psychiatrie. Eh bien il me semble que c'est nécessaire du fait de la pathologie qui ne rend le discernement pas toujours euh possible et donc ça paraît nécessaire d'avoir un encadrement légal à une pratique que le patient ne souhaite pas de par sa pathologie. Euh donc ça me paraît absolument nécessaire.

Investigateur : Alors, nécessaire pour quoi ?

Volontaire : Bha pour prodiguer des soins à des patients qui Qui ne se reconnaissent pas malade, pour soigner ces patients... A mon sens c'est le cadre nécessaire au soin dans certaines pathologies psychiatriques.

Investigateur : Donc prodiguer des soins, et ça permet aussi de permettre un cadre.

Volontaire : Oui.

Investigateur : Bon, est ce qu'il y a quelque chose que tu voulais rajouter ou quelque chose sur lequel tu souhaitais revenir ou rebondir ?

Volontaire : Sur le.. Sur le fait que le programme de soin pour toi ça nécessitait, qu'il fallait une injection, c'est pas toujours des injections mais même si ça permet que le traitement soit bien pris après c'est pas toujours nécessaire.

Investigateur : Oui. C'était pour avoir une situation un peu « classique », un peu type.

Volontaire : En général les programme de soin quand j'en voit je trouve pas trop l'utilité... Et c'est compliqué d'expliquer au patient pourquoi je vais les obliger à venir alors qu'on voit qu'en pratique euh... je ... on va pas dire aux soignants de venir les chercher ça va les mettre en danger...

Là où ça peut avoir du sens c'est quand on contraint, qu'on force le lien et les consultations au début et qu'après ça permet... un cadre où privilégier la rencontre... un lieu un peu plus neutre qu'à l'hôpital, où forcément l'hôpital est vécu comme ... comme plus compliqué... Et donc ça permet de créer plus de lien thérapeutique. Donc ça, ça permet peut-être de sortir du cadre hospitalier pour proposer un cadre à l'extérieur mais un cadre imposé malgré tout.

Investigateur : Merci

Bibliographie

1. Spranzi M. Le travail de l'éthique [Internet]. Mardaga; 2018 [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/le-travail-de-l-ethique--9782804706098.htm>
2. Larousse É. Définitions : contrainte - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/contrainte/18670>
3. contraindre — Wiktionnaire [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://fr.wiktionary.org/wiki/contraindre#fr>
4. Y. Khazaal C. Bonsack F. Borgeat. La contrainte en psychiatrie : actualités et perspectives. Rev Médicale Suisse [Internet]. 2005 [cité 3 mai 2020];1. 30144. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2005/RMS-7/30144>
5. Geller JL. Rx: a tincture of coercion in outpatient treatment? Hosp Community Psychiatry. oct 1991;42(10):1068-70.
6. Lovell AM. Coercion and Social Control. In: Dennis DL, Monahan J, éditeurs. Coercion and Aggressive Community Treatment: A New Frontier in Mental Health Law [Internet]. Boston, MA: Springer US; 1996 [cité 12 juill 2020]. p. 147-66. (The Springer Series in Social Clinical Psychology). Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-1-4757-9727-5_10
7. Louzoun C, Salas D. Justice et psychiatrie: normes, responsabilité, éthique. Erès; 1998. 324 p.
8. Larousse É. Définitions : consentement - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/consentement/18359>
9. Neilson G, Chaimowitz G. Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie. Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr. avr 2015;60(4):1-12.
10. Code de la santé publique | Legifrance [Internet]. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCode.do?idSectionTA=LEGISCTA000024316589&cidTexte=LEGITEXT000006072665>
11. Grisso T, Appelbaum PS. Assessing Competence to Consent to Treatment: A Guide for Physicians and Other Health Professionals. Oxford University Press; 1998. 244 p.
12. Berthon G. Respect de l'autonomie, consentement... et usage de la contrainte en psychiatrie [Internet]. Traité de bioéthique. ERES; 2010 [cité 29 juin 2020].

Disponible sur: <https://www.cairn.info/traité-de-bioéthique-3--9782749213071-page-140.htm>

13. Meyer P, Triadou P. Leçons d'histoire de la pensée médicale: sciences humaines et sociales en médecine. Odile Jacob; 1996. 404 p.
14. Jacquart D. Muriel Laharie. — La folie au moyen âge, XIe- XIIIe siècles. [Préf. de Jacques le Goff]. Paris, Léopard d'Or, 1991. Cah Civilis Médiév. 1995;38(150):190-1.
15. Ben Yahia B. Les origines arabes du De melancholia de Constantin l'Africain. Rev Hist Sci. 1954;7(2):156-62.
16. MEYERS C. Les lieux de la folie: D'hier à aujourd'hui dans l'espace européen. Eres; 2005. 175 p.
17. Quételet C. Histoire de la folie, de l'antiquité à nos jours. Tallandier; 2014. 435 p.
18. Magon R. Jean-Baptiste Pussin (1745-1811). mars 2008;57(138).
19. Archives nationales, 27 AP8. La lettre adressée par Pinel à François de Neufchâteau est accompagnée des Observations du citoyen Pussin sur les fous.
20. Loi du 30 juin 1838 [Internet]. [cité 5 avr 2020]. Disponible sur: <http://psychiatrie.histoire.free.fr/legisl/intern/elaborloi.htm>
21. Fauvel A. Avant-propos. Romantisme. 2008;141(3):3-9.
22. Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. J Francais Psychiatr. 2010;n° 38(3):12-5.
23. Rhenter P. La réforme des hospitalisations psychiatriques sans consentement : un éclairage historique. J Francais Psychiatr. 2010;n° 38(3):12-5.
24. [isolement_et_contention_en_psychiatrie_generale_-_recommandations_2017-03-13_10-13-59_378.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03-13_10-13-59_378.pdf) [Internet]. [cité 7 avr 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2017-03-13_10-13-59_378.pdf
25. Contrôleur général des lieux de privation de liberté (France). Isolement et contention dans les établissements de santé mentale. Paris: Dalloz; 2016.
26. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode. Rech Qual Hors Ser. 2013;(15):435-52.
27. Dubreucq J. La contrainte: un outil de soins en psychiatrie? 2012;233.
28. Palazzolo J. L'évolution de la relation médecin malade. Cerveau&Psycho. 2006;(18):6.

29. [synthese_avec_schema.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf) [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/synthese_avec_schema.pdf
30. Corvol A. Refus de soins : de la confrontation à la négociation | article | Espace éthique/Ile-de-France [Internet]. [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: <https://www.espace-ethique.org/ressources/article/refus-de-soins-de-la-confrontation-la-negociation>
31. Lafaye CGLafayeNC JM Henry et V Ravix. Imposer la contrainte en psychiatrie: une question éthique? Actes Sémin. 6 avr 2014;15-32.
32. Emanuel EJ, Emanuel LL. Four Models of the Physician-Patient Relationship. JAMA. 22 avr 1992;267(16):2221-6.
33. CHARAVEL. SHARED DECISION-MAKING IN QUESTION. 2001;10:93-102.
34. [bergeron-colloque-mars2007.pdf](http://www.cso.edu/upload/pdf_actualites/bergeron-colloque-mars2007.pdf) [Internet]. [cité 25 juin 2020]. Disponible sur: http://www.cso.edu/upload/pdf_actualites/bergeron-colloque-mars2007.pdf
35. Jaunait A. Comment peut-on être paternaliste ? Confiance et consentement dans la relation médecin-patient. Raisons Polit. 2003;no 11(3):59-79.
36. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303 mars 4, 2002.
37. DGOS. Fiche 4 : les soins aux personnes majeures protégées [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2020 [cité 24 févr 2020]. Disponible sur: <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-de-sante-vos-droits/modeles-et-documents/guide-usagers-votre-sante-vos-droits/article/fiche-4-les-soins-aux-personnes-majeures-protgees>
38. Ngatcha-Ribert L. Alzheimer : la construction sociale d'une maladie [Internet]. Dunod; 2012 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www-cairn-info.sirius.parisdescartes.fr/alzheimer-la-construction-sociale-d-une-maladie--9782100563715.htm>
39. Code de la santé publique - Article R4127-36. Code de la santé publique.
40. Besse A. La psychiatrie française et sa représentation internationale [Internet]. La psychiatrie en péril. ERES; 2006 [cité 29 juin 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/la-psychiatrie-en-peril--9782749206738-page-187.htm>
41. Traité de bioéthique [Internet]. [cité 12 juill 2020]. Disponible sur: <https://www.cairn.info/traite-de-bioethique-2--9782749213064.htm>
42. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte - Vassilis Kapsambelis - Google Livres [Internet]. [cité 16 janv 2020]. Disponible sur: <https://books.google.fr/books?id=PjNKDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=Manuel+de+psychiatrie+clinique+et+psychopathologique+de+l%27adulte&hl=fr&sa=X&ved=0ahUKEwiev0KC5YfnAhUqBWMBHayDDVsQ6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false>

43. Gillet J. Le consentement et la contrainte en psychiatrie : aspects historiques, juridiques et éthiques. [Dijon]: Bourgogne; 2017.
44. Chicaneau de Neuville D-P (1720-1781) A du texte. Dictionnaire philosophique, ou Introduction a la connoissance de l'homme (Nouv. éd., rev., corr., & augm. considérablement) [Internet]. 1762 [cité 19 juill 2020]. Disponible sur: <https://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k2055493>
45. Netgen. Capacité de discernement [Internet]. Revue Médicale Suisse. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2012/RMS-325/Capacite-de-discernement>
46. Larousse É. Définitions : résignation - Dictionnaire de français Larousse [Internet]. [cité 3 mai 2020]. Disponible sur: <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/r%C3%A9signation/68610>
47. Gourinat J-B. Introduction. Que Sais-Je. 20 nov 2014;4e éd.(770):3-6.

TITRE DE LA THESE : Comment se construit la décision de contraindre en psychiatrie : ce qu'en disent les psychiatres.

AUTEUR : ROUSSEAU VICTOR

RESUME :

La contrainte est un outil utilisé en psychiatrie lorsque que l'état psychique d'un patient est estimé comme relevant d'un soin urgent, que le malade refuse les soins et que de respecter le refus serait plus délétère pour le patient que d'imposer ce que le médecin juge nécessaire.

Derrière cette définition simple se déroule en fait tout un processus amenant ou non à une décision de contraindre. Cette décision s'acte dans une relation médecin-patient particulière où s'évalue la capacité du patient à décider pour lui-même et la mise en compétition de valeurs éthiques non conciliables.

Pour explorer les justifications des psychiatres dans la décision de contraindre et d'explicitier les enjeux éthiques qui accompagnent ce processus décisionnel nous avons mené une étude qualitative à l'aide d'entretiens semi dirigés auprès de psychiatres réalisant régulièrement des mesures de contrainte.

MOTS CLEFS : Contrainte – Psychiatrie – Décision de contraindre – Ethique – Relation médecin-malade – Altération du discernement