

UNIVERSITE DE NANTES
FACULTE DE MEDECINE

Année : 2010

N° 001

THESE

pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Médecine Générale

par

Stanislas KOWALSKI

Né le 17 septembre 1979 à Quimper

Présentée et soutenue publiquement le 05 janvier 2010

**L'impact sur l'alliance thérapeutique
d'une hospitalisation sous contrainte
par le médecin traitant**

Président : Monsieur le Professeur POTEL

Directeur de thèse : Monsieur le Dr GAUDEAU

« Lorsque le médecin a substitué à la plainte du malade et à sa représentation subjective des causes de son mal, ce que la rationalité contraint de reconnaître comme la vérité de sa maladie, le médecin n'a pas pour autant réduit la subjectivité du malade. Il lui a permis une possession de son mal différente. Et s'il n'a cherché à l'en déposséder, en lui affirmant qu'il n'est atteint d'aucune maladie, il n'a pas toujours réussi à le déposséder de sa croyance en lui-même malade, et parfois même de sa complaisance en lui-même malade. En bref, il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade. Ce n'est donc pas dans cette impuissance qu'il faut chercher la défaillance caractéristique de l'exercice de la médecine. Elle a lieu dans l'oubli, en son sens freudien, du pouvoir de dédoublement propre au médecin qui lui permettrait de se projeter lui-même dans la situation de malade, l'objectivité de son savoir étant non pas répudiée mais mise en réserve. Car il revient au médecin de se représenter qu'il est un malade potentiel et qu'il n'est pas mieux assuré que ne le sont ses malades de réussir, le cas échéant, à substituer ses connaissances à son angoisse. »

— *Le Normal et le Pathologique*. Canguihem

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	5
PREAMBULE : L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE	8
1- Quelques repères historiques :	8
2- Les composants de l'alliance thérapeutique :	10
3- Le rôle de l'alliance thérapeutique :	10
4- L'évaluation de l'alliance thérapeutique :	10
MATERIEL ET METHODE	12
1- Méthodologie	12
2- Analyse	15
2.1- Présentation	15
2.2- Le lien et la prise en charge des patients	18
2.2.1- Les caractéristiques et les différences ou difficultés de cette relation..	18
2.2.2- La prise en charge des patients :	20
2.3- L'alliance thérapeutique lors de la crise	22
2.3.1- Le contexte	22
2.3.2- Les critères utilisés par le médecin	22
2.3.3- L'alliance avec le patient.....	23
2.3.4- La prise en charge de la crise.....	23
2.4- Impact sur l'alliance thérapeutique	25
2.4.1- Le retour sur expérience	25
2.4.2- Le lien	26
2.4.3- La prise en charge	27

DISCUSSION :	29
1- Limites	29
2- L'alliance thérapeutique et le consentement.....	31
2.1- Le consentement éclairé	31
2.2- Les limites	31
2.3- Respecter l'autonomie du patient.....	32
2.4- Pistes de réflexions	34
3- La Contrainte	35
3.1- La loi.....	36
3.2- Le concept et ses conséquences	37
3.3- Le rôle de la société	38
3.4- L'impact sur les médecins	38
3.5- Le rôle du médecin traitant lors de la crise	39
3.6- Propositions et limites	40
4- La Place du Médecin Traitant en Psychiatrie.....	41
4.1- Médecin de premier recours.....	41
4.2 - La Santé Mentale en médecine générale.....	41
4.2.1- Les patients	41
4.2.2- La prise en charge et ses limites	42
4.3- Propositions.....	44
CONCLUSION :	45
BIBLIOGRAPHIE :	47
ANNEXE 1 : QUESTIONS DIRECTRICES	52
ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN	53
ANNEXE 3 : ENTRETIENS	55

INTRODUCTION

La relation médecin-malade est de nos jours un sujet central pour notre société qui voit son rapport à la maladie évoluer en raison des progrès de la médecine moderne. En effet, quelle est la place du patient et du médecin au milieu des examens complémentaires et des traitements de plus en plus complexes ? Pour autant la liberté du patient de choisir son traitement reste la pierre angulaire de l'exercice médical.

Le médecin se voit dans la nécessité de rendre son travail plus accessible à son patient pour qu'il puisse décider de sa thérapeutique en connaissance de cause. Cette obligation, inscrite dans la loi du 4 mars 2002 (Art. L. 1111-4 du code de la santé publique)(1) avec la notion de consentement éclairé, change radicalement cette relation qui était auparavant le plus souvent liée à une position paternaliste de la part du corps médical.

Les progrès de la médecine rendent cette tâche de plus en plus complexe car le patient n'est pas obligatoirement en mesure de comprendre toutes les informations scientifiques qui lui sont remises. Mais ce temps entre le médecin et le patient ne doit pas être qu'un échange d'informations techniques. Il ne doit pas faire oublier le devoir pour le médecin de recueillir les inquiétudes et les attentes du patient car il est essentiel de tenir compte de la subjectivité du malade.

En effet, la relation ne peut pas se limiter à la seule information du patient, elle est faite de la rencontre de deux subjectivités (2), ce qui implique d'analyser plus en profondeur le lien entre elles.

Cette notion a été plus approfondie en psychologie, au cours du XXème siècle, par le concept de l'alliance thérapeutique qui prend en compte plus globalement le lien mais aussi la prise en charge du patient par le thérapeute. Toutefois ce concept est applicable aussi en médecine car l'intérêt majeur porté à l'alliance thérapeutique est d'évaluer, en fonction de son intensité, le devenir de la prise en charge et donc son succès ou son échec.

Il existe pourtant une exception permettant au médecin de passer outre le choix du patient ; il s'agit de l'hospitalisation sans consentement en milieu psychiatrique. Cette démarche est encadrée par la loi du 27 juin 1990 (3), relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs

conditions d'hospitalisation, qui remplace la précédente loi datant de 1838 (4), pour prévenir tout abus.

Avec l'arrivée des anti-psychotiques au milieu du XXème siècle la psychiatrie a connu des progrès notables sur le plan pharmacologique, qui ont permis de prendre en charge les patients à l'extérieur de l'hôpital. Depuis les années 60 et la circulaire du 15 mars 1960 (5) définissant la sectorisation, les structures de suivi en extra-hospitalier se sont développées, avec une nette diminution des lits d'hospitalisation dans les Centres d'Hospitalisation Spécialisés.

Mais c'est surtout le manque d'informations précises au sujet de la contrainte en générale qui est mis en évidence par les enquêtes réalisées ces dernières années.

Il est convenu que la grande majorité des patients reconnaît a posteriori la nécessité d'avoir été hospitalisé contre leur volonté, selon le principe de la « Thank you theory » de Stone (6). Mais un élément reste le plus souvent ignoré lorsque l'on traite de l'hospitalisation sans consentement, il s'agit de l'impact que peut avoir l'utilisation de la contrainte sur le patient et donc sur sa prise en charge future. Pour cela il serait nécessaire de faire état des conséquences de la coercition, sur les acteurs de cette expérience, par une analyse subjective du devenir de la prise en charge à distance de l'hospitalisation sans consentement.

Par ailleurs, la société moderne voit le nombre de personnes souffrant de plaintes psychologiques augmenter que ce soit pour des raisons sociales, sociétales ou démographiques. Nous n'avons qu'à observer les patientèles des médecins généralistes dont près d'un tiers présentent des troubles psychologiques (7).

Face à cette population croissante présentant des troubles psychiques et devant les prises en charge spécialisées en psychiatrie qui se font de plus en plus hors les murs de l'hôpital, le médecin de premier recours qu'est le médecin généraliste voit sa participation aux soins inévitablement augmenter.

La prescription de psychotropes en médecine de ville n'est-elle pas un exemple des difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge de ces troubles psychologiques alors qu'il a été démontré qu'elle n'est en rien associée avec la crise sociale actuelle (8)? Les médecins sont-ils en mesure de pouvoir répondre aux attentes de leurs patients indépendamment de la seule prescription médicamenteuse ? Donc hormis la question pratique qu'en est-il de la relation qu'a le médecin traitant avec ses patients en souffrance sur le plan psychologique?

Pour étudier cette question nous avons souhaité l'aborder à travers le prisme de l'hospitalisation sous contrainte qui est caractérisée par la notion de crise. Comme nous l'avons vu précédemment, cette pratique va à l'encontre de l'exercice médical habituel qui consiste à recueillir le consentement du patient avant de réaliser des soins.

De nombreuses études ont déjà été réalisées à propos de l'hospitalisation sous contrainte mais elles n'ont jamais étudié ses conséquences subjectives que ce soit pour les médecins ou bien pour les patients.

Notre enquête porte sur la singularité de l'utilisation de la coercition lorsqu'il s'agit du médecin traitant. Sa position est unique lorsqu'il s'agit d'hospitaliser sans son consentement un patient qu'il a suivi avant la crise et dont il connaît l'histoire.

Analyser l'alliance thérapeutique entre le médecin traitant et son patient, grâce à ce catalyseur, nous a paru intéressant pour accéder à des éléments subjectifs qu'une étude plus générale à propos de la relation n'aurait probablement pas pu mettre en évidence. En effet évoquer le concept de l'alliance n'est pas chose facile pour les médecins donc nous avons voulu recueillir le vécu de médecins généralistes à propos de cette question : Quel est l'impact sur l'alliance thérapeutique de l'expérience de l'hospitalisation sous contrainte lorsqu'il s'agit du médecin traitant ?

PREAMBULE : L'alliance thérapeutique L'ALLIANCE THERAPEUTIQUE

L'alliance thérapeutique est un concept qui est communément employé dans les sciences psychologiques mais il reste assez peu utilisé dans les autres domaines, où il peut s'appliquer, comme la médecine dans notre cas. Pour cette raison nous avons décidé de proposer une revue des différentes définitions ayant été proposées et de présenter les caractéristiques de l'alliance thérapeutique dans le cadre de la relation médecin malade, ses composants, son rôle et enfin son évaluation.

1- Quelques repères historiques :

La définition de l'alliance thérapeutique a longtemps été l'objet de débats qui sur le plan historique peuvent être résumés par quelques grandes étapes.

La première notion approximative de l'alliance thérapeutique est suggérée par Freud. Il évoque le « besoin d'avoir la collaboration du patient » et la compliance du patient avec la situation analytique. « *Le premier but de l'analyse est d'attacher l'analysé à son traitement et à la personne du praticien* ». Il distingue la relation de travail et le transfert du patient avec le médecin (9).

En 1934, Sterba souligne l'importance de l'autonomie du patient et sa sensibilité à la réalité pour faciliter l'alliance avec le thérapeute permettant de séparer l'alliance du transfert. Il parle « *d'ego alliance* » (10).

Rogers, en 1951, pose comme hypothèse que la relation d'aide a une fonction thérapeutique et ne se limite pas qu'aux thérapeutes mais aussi aux éducateurs...Il souligne l'importance de l'empathie du thérapeute dans le travail thérapeutique. Ces trois hypothèses sont les suivantes :

Premièrement, la relation que le thérapeute apporte est responsable de l'efficacité de la thérapie plutôt que les techniques employées. Deuxièmement, la valeur de la

relation est la même quelle que soit la technique appliquée. Enfin, le thérapeute est tenu responsable des conditions de la relation.

Les théories de Rogers ont permis de mettre en évidence l'influence de la perception qu'a le patient de sa relation avec le thérapeute pour le succès de la thérapie (11).

Pour la première fois les termes d'alliance thérapeutique ou alliance de travail sont utilisés par Zetzel en 1956. Elle évoque l'interpénétration entre le transfert et l'alliance. L'alliance fait appel à l'autonomie du patient ainsi qu'à sa part de « soi » non pathologique et est nécessaire au thérapeute à l'interprétation de l'analyse (en aidant à dépasser les résistances du patient liées à son inconscient) (12).

Greeson en 1965 est dans la continuité de la théorie freudienne, il met en avant une relation rationnelle entre le patient et l'analyste. C'est une collaboration basée sur la réalité avec trois composantes : le transfert, l'alliance de travail et la relation réelle (13).

L'alliance fera ensuite l'objet de deux définitions rassemblant ces différentes théories :

Bordin, en 1975, qui reprend les travaux de Greeson, est d'accord sur la notion d'alliance comme générique de l'ensemble du processus thérapeutique. Il met en évidence la nécessité d'une collaboration entre le thérapeute et patient, avec une relation dans les deux sens.

Cette définition comprend l'association de trois éléments : le lien entre le patient et son thérapeute (la confiance), l'accord sur les objectifs de la thérapie (accord sur le devenir à court et long terme) et l'accord sur les tâches à réaliser (qu'est-ce qui va être fait ?) (14).

Luborsky, en 1976, insiste sur l'aspect dynamique de l'alliance thérapeutique avec au début de la thérapie une position d'aide et de soutien de la part du thérapeute (contenant) puis progressivement une responsabilité partagée. C'est le concept « *d'alliance aidante* » (15).

2- Les composants de l'alliance thérapeutique :

Le concept de l'alliance thérapeutique et son interprétation ont été à l'origine de confusions en ne se référant qu'aux concepts théoriques.

Mais la relation entre le thérapeute et le patient est établie par différents composants qui peuvent être résumés par : l'empathie, la responsabilité partagée, l'autorité, la liberté du patient et son autonomie, la relation de confiance et l'éthique.

Ils sont essentiels à l'élaboration de l'alliance thérapeutique et peuvent servir de repères au thérapeute pour améliorer des aspects relationnels ne dépendants pas du seul transfert (16).

3- Le rôle de l'alliance thérapeutique :

Durant le XXème siècle, l'alliance thérapeutique a été l'objet d'un grand nombre d'études, en partie, en raison de la mise en évidence de son rôle de facteur prédictif de la réussite de la thérapie (17)

En effet il a été mis en évidence que l'évolution de la thérapie dépend de la force de l'alliance entre le patient et le thérapeute (18).

Mais le point essentiel est que l'alliance thérapeutique est le facteur principal pour pronostiquer l'évolution d'un traitement psychiatrique dans des domaines très variés comme la psychothérapie psychanalytique, cognitive ou comportementale mais aussi la toxi-dépendance (19).

Ainsi nous comprenons mieux l'importance de la recherche à propos de ce concept.

4- L'évaluation de l'alliance thérapeutique :

Une fois mis en évidence le rôle de l'alliance thérapeutique, il a donc été mis en place différentes échelles pour mesurer la qualité de la relation thérapeutique. Il existe 11 outils de mesures communément utilisés dont : The California

Psychotherapy Alliance Scale, Penn Helping Alliance Rating Scale, Vanderbilt Therapeutic Alliance Scale, et la Working Alliance Inventory.

Ces échelles varient selon la perspective utilisée (l'observateur, le thérapeute ou le patient) ou bien selon l'orientation théorique de la thérapie.

Malgré leurs différences il a été démontré que ces échelles de mesure permettent d'évaluer le devenir de la thérapie de façon quasi similaire même si elles peuvent influencer la force du pouvoir prédictif de l'alliance thérapeutique (20).

Donc l'évaluation de la qualité de l'alliance entre le patient et son thérapeute, au début de la thérapie par l'une ou l'autre des échelles existantes, est un bon prédicteur de l'évolution de la thérapie.

Nous pouvons en conclure que le concept de l'alliance thérapeutique est spécifiquement étudié dans les domaines de la psychologie et de la psychiatrie et semble faire défaut dans les autres champs de la Médecine.

Pourtant ce concept peut s'appliquer à toute relation entre un patient et un thérapeute.

L'alliance existe aussi bien lorsqu'il s'agit d'un médecin généraliste et les caractéristiques définies par Bordin (lien avec le patient, accord sur les moyens et les tâches à mettre en œuvre pour la thérapie) s'appliquent aussi bien lorsqu'il s'agit de l'alliance avec son médecin traitant.

Dans notre étude nous avons choisi d'utiliser la définition de Bordin pour analyser l'impact de l'hospitalisation sous contrainte sur les composants de l'alliance thérapeutique.

MATERIEL ET METHODE

1- Méthodologie

Dans le cadre de notre recherche, qui porte sur le ressenti des médecins à propos d'une expérience vécue, l'utilisation d'une méthodologie qualitative a été retenue (21). L'approche qualitative nous a semblé plus appropriée pour étudier ce sujet car le concept de l'alliance thérapeutique, qui est ici analysée à travers l'hospitalisation sous contrainte, n'a été étudié que dans le cadre de la psychologie clinique et il n'existe pas d'échelle d'évaluation de l'alliance thérapeutique, qui soit validée, dans les contextes de crise. Ainsi la méthodologie quantitative nous a paru limitée en terme de rigueur en raison du peu d'éléments connus, dans la bibliographie actuelle, pour constituer un questionnaire d'étude. Par ailleurs malgré la possibilité de laisser un espace d'expression aux personnes interrogées dans un questionnaire, le caractère fermé des réponses souvent obtenues dans ces études nous a semblé limiter l'accès à certaines informations plus personnelles.

Nous avons donc fait le choix pour cette étude de réaliser des entretiens individuels semi-dirigés, car les questions sur la relation des médecins avec leurs patients pouvaient être difficiles à aborder sans une aide directive du chercheur (22). Ainsi en limitant l'entretien à deux personnes, nous avons voulu éviter l'effet "meneur" lors de "focus groupe" pouvant conduire à une perte d'informations.

Pour que l'entretien puisse être productif, cinq questions ouvertes ont été prédéfinies (cf. annexe) associées à une grille d'entretien contenant quatre thèmes (cf. annexe). Les questions ouvertes devaient permettre de garder le caractère «semi-dirigé» à l'entretien, donc elles ont été définies comme cinq axes de réflexion de notre sujet d'étude. La première permettait au médecin de se présenter (son activité et son expérience en psychiatrie). La deuxième question concernait la relation qu'il entretient avec ses patients et la troisième ciblait cette relation au cours d'une crise (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers ou Hospitalisation d'Office). La quatrième interrogeait le vécu de cette expérience et la dernière question abordait son impact

sur l'alliance thérapeutique. La grille d'entretien a été construite sur un mode chronologique, en dehors du premier thème consacré à la présentation du médecin. Nous avons étudié l'alliance thérapeutique avant, pendant et après l'hospitalisation sous contrainte. Ces thèmes ont été complétés par des sous-thèmes qui ont été établis à partir de références bibliographiques récoltées par l'intermédiaire de « PubMed », le Sudoc et « Google », puis complétés suite au premier entretien exploratoire.

Cet entretien a été réalisé avec un médecin généraliste connu du chercheur et a eu pour objectif d'évaluer la grille d'entretien et la technique du chercheur. Il a été conduit au cabinet du médecin, le matin avant ses consultations par manque de disponibilité. Suite à cet entretien nous avons pu redéfinir les questions ouvertes et la façon d'aborder le sujet de l'étude. Il nous a semblé nécessaire de se concentrer sur l'alliance thérapeutique au cours de l'entretien et de ne pas s'enfermer dans la description de l'hospitalisation sous contrainte avec toutes ses anecdotes et ses difficultés pratiques qui n'étaient pas le sujet de notre étude même s'il ne faut pas les négliger par leurs impacts sur l'alliance. Par ailleurs nous avons pu revoir l'approche «semi-dirigée» de l'entretien car le médecin présentait quelques difficultés à se livrer spontanément nécessitant une attitude plus directive de la part du chercheur.

La grille d'entretien a été utilisée comme un plan et non de manière systématique pour garder une certaine fluidité et le caractère «semi-dirigé» à l'entretien (23-24).

Notre recherche a porté sur un groupe restreint de 8 médecins, tous des hommes, ayant pour un seul d'entre eux moins de dix ans d'exercice de la médecine générale, deux autres avaient entre dix et vingt ans d'expérience et les quatre derniers avaient plus de vingt ans d'expérience. La taille du corpus a été définie à l'avance en raison de la nature spécifique de l'étude et confirmée par la saturation des données lors de l'analyse. Le premier entretien a été un entretien exploratoire et les sept suivants ont été retenus. Toutes les personnes interrogées ont été des médecins généralistes, ne dépendant pas du même secteur psychiatrique, qui ont été contactés par téléphone avec un taux de réponse positive de 100%. Soit les médecins étaient déjà connus du chercheur soit ils ont été recrutés par bouche à oreille. Les entretiens ont tous été réalisés au cabinet médical des médecins entre mai 2008 et mars 2009. Ils pouvaient

être faits après les consultations (le midi ou le soir) ou lors de leur jour de congé. Les entretiens ont duré en moyenne 35 minutes (allant de 25 à 50 minutes) et ont été enregistrés par un dictaphone. Il faut noter qu'avant chaque entretien il a été fait une petite présentation du déroulement de l'interview et un rappel du sujet de recherche. Une fois l'interview terminée, elle a été retranscrite à la main puis mise au format Word sur ordinateur.

L'analyse du contenu des entretiens a été une analyse thématique catégorielle (25). Elle a consisté, dans un premier temps à regrouper toutes les idées exprimées en catégories à l'aide du guide d'entretien qui a servi de grille d'analyse (contenant les thèmes principaux et secondaires).

Pour chaque catégorie, qui constitue une unité de sens, il a été réalisé un comptage de ses occurrences dans les sept entretiens. Chaque occurrence correspond à un ensemble de mot, pouvant aller jusqu'à un ensemble de phrases. Ces catégories ont été élaborées en respectant les règles d'homogénéité, d'exhaustivité, d'exclusivité, d'objectivité et de pertinence (26) de l'analyse de contenu (27).

Cette démarche a permis de faire émerger des modèles récurrents pouvant être interprétés par la suite. En raison du matériel recueilli suite aux entretiens, la simple analyse catégorielle ne suffisait pas à retranscrire la complexité (ou la richesse) des catégories mises en évidence. Il a donc été réalisé un résumé regroupant toutes les catégories pour chacun des «sous-thèmes» avec une référence à un des sept entretiens pour illustrer cette catégorie. Ces citations ont été présentées entre parenthèse par un numéro pour l'entretien, suivi de la ligne correspondante à celui-ci.

Ces résumés ont permis de décrire certaines contradictions à propos d'une même unité de sens, mais aussi de les décrire plus précisément sans pour autant nuire à l'objectivité de l'analyse grâce au référencement au texte produit par les entretiens.

2- Analyse

2.1- Présentation

Les médecins interrogés sont tous des médecins généralistes qui exercent en majorité en cabinet de groupe (7, l.6), autant en zone urbaine (7, l.9), rurale (2, l.13) que semi-rurale (3, l.12) et ce, pour la plupart depuis plus de dix ans (5, l.8).

La perception de la psychiatrie est différente selon les médecins, elle suscite l'intérêt (3, l.30-31) ou le rejet. Ce dernier peut être caractérisé par un désintérêt pour cette spécialité ((2, l.19-20)) ou une incompréhension de sa pratique et de ses patients (4, l.396-399) et à l'opposé le rejet peut résulter d'une attente, déçue, vis-à-vis des spécialistes (5, l.544-555).

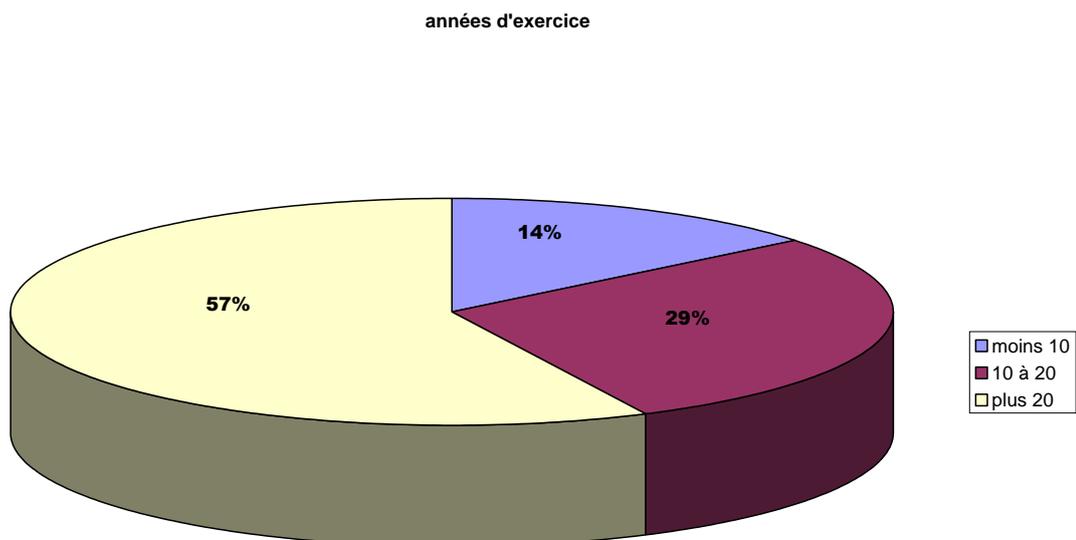
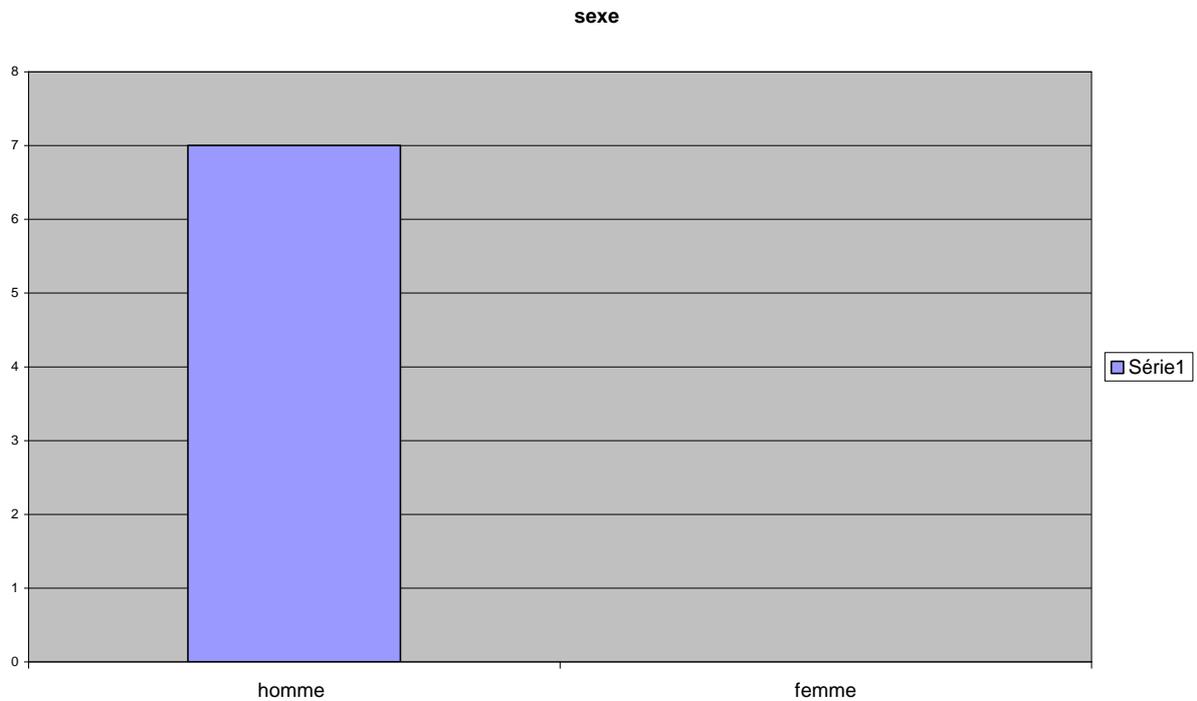
Les médecins interrogés soulignent leur difficulté à aborder cette spécialité même si le sujet les intéresse. En effet on remarque un manque de compétence en psychiatrie en raison de l'absence de formation spécifique en dehors de celle reçue au cours des études à la faculté (1, l.23-24).

Certains ont eu une expérience de la psychiatrie au cours d'un stage en tant qu'externe (3, l.26-27) ou en tant qu'interne (7, l.12). La formation à la psychothérapie dans le cadre de la prise en charge des patients dépendants des drogues est assez isolée (5, l.67-68).

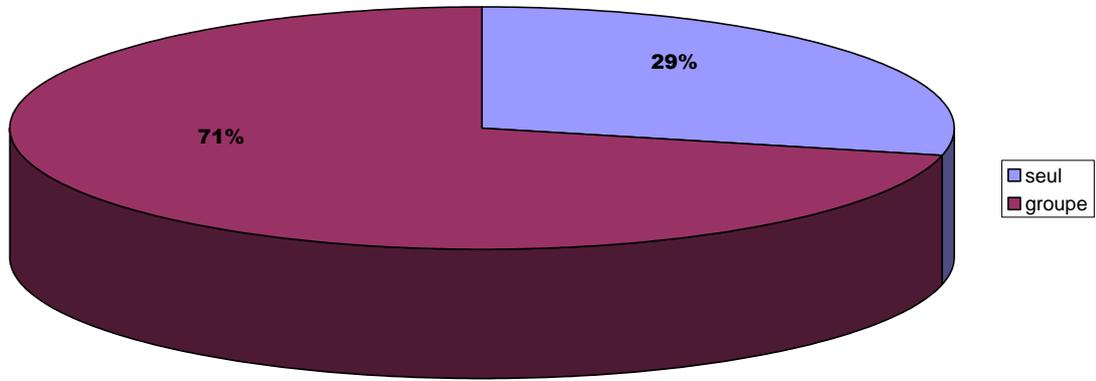
Les médecins généralistes prennent plus fréquemment en charge des patients ayant des pathologies dépressives (7, l.39-40), alcooliques (3, l.17-18) que des patients psychotiques (7, l.56) ou dépendants des drogues (5, l.11-12).

L'expérience de la contrainte pour l'ensemble des médecins interrogés a rarement lieu dans le cadre de l'activité au cabinet médical (6, l.16), elle fait plus souvent partie d'une prise en charge relevant de l'activité des gardes médicales (4, l.563). Les médecins précisent que tout est fait pour éviter de recourir à cette modalité d'hospitalisation (1, l.112). En effet on note une tendance à la diminution de la

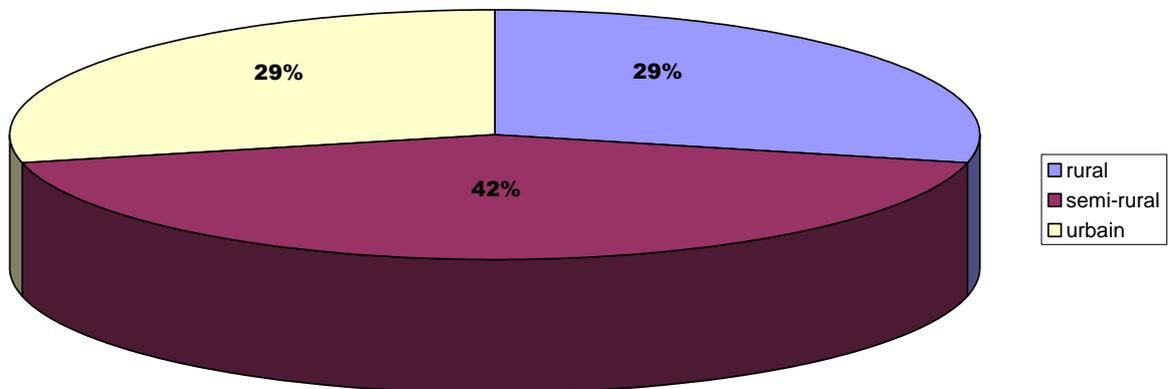
fréquence des hospitalisations à mesure que l'expérience des médecins augmente (2, l.60). Ceci en lien soit avec une diminution des gardes soit avec le développement de structures d'urgence médicale de type « 15 » ou SOS médecin (2, l.56-57) soit avec la volonté des médecins d'éviter ces situations d'urgence (6, l.16-17).

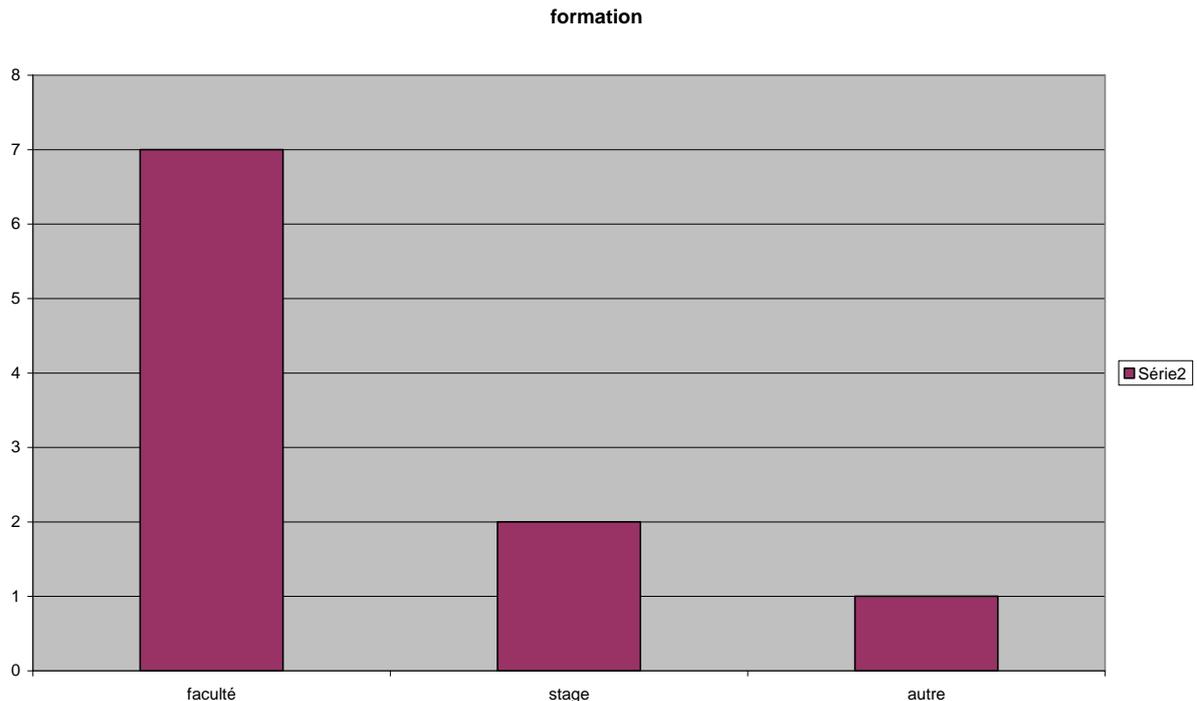


mode d'exercice



lieu d'exercice





2.2- Le lien et la prise en charge des patients

2.2.1- Les caractéristiques et les différences ou difficultés de cette relation

Pour les médecins, parler de la relation qu'ils peuvent entretenir avec leurs patients présentant des troubles psychiques est difficile.

Dans l'ensemble, la totalité des caractéristiques définissant la relation médecin-malade est évoquée.

Ainsi l'écoute, l'empathie, la confiance, le partenariat et la transparence semblent être, à des degrés différents, intégrées dans le lien entre les médecins et leur patient. L'empathie est essentielle pour que la relation puisse exister (5, I.456-457). Ainsi, lorsque celle-ci est absente, parfois refusée par les médecins ou par le patient, le lien est impossible (6, I.267-269).

On remarque que cette relation particulière entre les médecins et leur patient nécessite qu'elle s'inscrive dans la durée (3, I.637-638). Ce temps est nécessaire pour connaître le patient et l'écouter se livrer (3, I.92). Cela permet de créer un climat

de confiance facilitant le lien (1, l.212-213) et allant jusqu'à une relation affective (1, l.163).

Parfois la confiance est liée au caractère non psychiatrique de la médecine générale. En effet l'examen clinique est un atout pour les médecins car le contact avec le corps des patients leur permet de les prendre en charge dans leur globalité (psychique et physique) ce qui peut déstigmatiser leur pathologie psychiatrique (4, l.595-597).

Même si cela n'est pas prononcé par les médecins, le travail en partenariat, comme l'empathie et la confiance, est essentiel car il devient impossible dans les situations où les médecins n'ont pas réussi à tisser de lien avec leur patient (4, l.654).

Tout cela implique qu'il existe de la transparence entre les médecins et leur patient, même si les médecins peuvent parfois douter de leur franchise (3, l.93-94).

La difficulté principale de cette relation, pour les médecins traitants, est celle de leurs propres limites face aux patients ayant des troubles psychiques (6, l.37-38).

Elles s'expliquent, de nouveau, par le manque de formation spécifique des médecins généralistes pour gérer ces patients qui sont compliqués et qui les dépassent parfois (1, l.167-170).

Ces limites tiennent compte du poids, mais aussi des caractères chronophage et instable de cette relation.

En effet les attentes de ces patients, ainsi que la compréhension de leurs pathologies, sont parfois difficiles à gérer pour les médecins (4, l.122-124).

Malgré ces difficultés les médecins sont souvent disponibles pour leurs patients. Ils consacrent du temps à l'écoute, au conseil, sans pour autant qu'ils connaissent la meilleure prise en charge dans certains cas (4, l.360). Mais ce temps, ils ne peuvent pas toujours l'accorder en raison de leurs autres activités en cabinet (3, l.170).

Les médecins reconnaissent que cette relation est instable en raison des fluctuations liées à la pathologie (7, l.91-93), et du risque de rechute, mais aussi nous remarquons que l'entourage du patient peut être une difficulté supplémentaire. Le médecin peut, en effet, être l'objet de manipulations de la part du patient ou de la famille dans les conflits familiaux (4, l.333-334). Ces situations peuvent conduire le médecin à prendre ses distances avec son patient, rendant alors la relation plus difficile (2, l.78).

L'incompréhension de la pathologie et leur incapacité à s'impliquer dans le domaine psychiatrique peuvent conduire les médecins à refuser de s'investir dans la relation

avec leur patient (4, l.307). Nous notons pour l'expliquer, qu'un sentiment de respect peut les animer pour ne pas faire d'erreur et laisser ainsi d'autres personnes, selon eux plus qualifiées, établir un lien avec leur patient (2, l.160-161).

Toutefois les médecins ont bien conscience de leurs difficultés (2, l.173), (2, l.527). Cela ne les empêche pas d'accepter parfois ce poids, au risque de minimiser l'impact de celui-ci sur leur propre personne (3, l.699).

Paradoxalement ces caractéristiques relationnelles ne semblent pas être à l'origine de différences dans le rapport que certains médecins peuvent entretenir avec les patients ayant des troubles psychiques (5, l.83-84) (Contrairement à d'autres qui sont vigilants à ne pas avoir de comportement plus autoritaire vis-à-vis d'eux (5, l.461)).

2.2.2- La prise en charge des patients :

La prise en charge des patients avec des troubles psychiques est fonction de la pathologie présentée.

En effet les médecins généralistes voient le plus souvent des patients présentant des troubles dépressifs. Mais plus rarement, ils peuvent être amenés à prendre en charge des pathologies psychotiques, le plus souvent lorsque le patient a perdu tout contact avec l'hôpital.

Le rapport qu'ils ont avec leur patient et sa maladie, en particulier l'entente sur la prise en charge, influence beaucoup leurs liens avec les autres acteurs de santé en psychiatrie.

Le médecin de premier recours suit (1, l.160-161), et est à proximité (1, l.33), de son patient dans un cadre très différent et moins stigmatisant que la psychiatrie (3, l.110-113). Cette position lui permet de repérer les premiers signes de décompensation et de pouvoir mettre en place une prise en charge adaptée avec parfois l'intervention des psychiatres ou d'autres soignants (7, l.72-73).

L'entente partagée est nécessaire à une bonne prise en charge. Elle consiste pour les médecins à tenir compte des attentes, et des demandes, de leur patient pour établir un schéma thérapeutique efficace (5, l.126).

Dans les pathologies dépressives les médecins généralistes prennent le suivi, le plus souvent seuls, alors que dans les pathologies psychotiques ils sollicitent plus les psychiatres (6, l.276-277). Car ces derniers patients sont plus difficiles à prendre en

charge en raison de la complexité de leur maladie et des difficultés de compliance au traitement (4, l.101-102),(4, l.664-665).

Les médecins savent bien aussi que ces patients présentent un risque de rechute important auquel ils doivent être vigilant (7, l.105-107).

Les médecins traitants demandent souvent confirmation de leurs inquiétudes, auprès des spécialistes, en cas de signes de décompensation (1, l.409-410).

Mais aussi la coordination des soins avec les psychiatres porte sur l'adaptation de leur traitement médicamenteux car les patients ont parfois des traitements anti-psychotiques difficiles à adapter (7, l.107-110).

Cependant le lien entre confrères n'est pas toujours facile. Les médecins sont parfois isolés, sans information, mais avec l'obligation de continuer la prise en charge du patient (3, l.335-336), (3, l.360-362). Nous remarquons que certains médecins ayant développé des compétences en psychothérapie, par exemple, sont moins dépendants de leurs confrères psychiatres pour la prise en charge de leur patient (5, l.57), (5, l.163-168).

Le lien : Caractéristiques et difficultés	Limites personnelles du médecin	25
	poids	22
	chronophage	19
	instabilité	18
	L'écoute, la confiance	17
	L'examen clinique	16
	L'empathie	14
	L'attente des patients	12
	Se préserver	9
	Le mensonge, absence de différence	8
	Le partenariat, la transparence	6
	L'affect	3
	La dérive autoritaire, la rechute	1
	La prise en charge	caractéristiques
l'entente		13
la coordination des soins		46
difficultés		35
limites du médecin		19

Sous-thèmes non attendus :

Le lien	La distance	7
	L'entourage	6
	La complexité	5
	Le respect, la connaissance du patient, travail personnel	3

2.3- L'alliance thérapeutique lors de la crise

2.3.1- Le contexte

Le plus souvent les situations cliniques rencontrées présentent un caractère dangereux pouvant conduire les médecins à utiliser, directement ou indirectement, la force physique. Par ailleurs on remarque entre le médecin et la famille du patient une relation complexe d'aide ou de solitude.

Les médecins sont soit l'objet de menaces directes par le patient (1, l.758) soit témoins d'actes de violences à l'encontre d'autrui (2, l.275).

Ils mettent l'accent sur le fait que le patient est lui-même en danger, en raison d'états délirants le plus souvent (6, l.105-108). A cela s'ajoute les alcoolisations aiguës et la consommation de drogues qui sont souvent évoquées pour expliquer la violence des patients (1, l.735), (2, l.413-414).

Parfois dans ce contexte les médecins sont conduits à utiliser des mesures de contention qu'eux même jugent violentes ou traumatisantes (3, l.457-459), (5, l.118-120). Le sentiment de danger est sans doute accentué par l'isolement que peuvent ressentir les médecins lorsqu'ils sont appelés pour ces situations de crise. Ils sont alors soumis à la pression de l'entourage ne sachant plus quoi faire et les laissant seuls juges (1, l.131-134). Ce qui peut s'expliquer par leur connaissance des histoires familiales et des tensions qui peuvent exister (3, l.58-60).

D'ailleurs cette position centrale peut engendrer un sentiment d'épuisement chez les médecins traitants qui n'arrivent pas à trouver de solution à des problèmes familiaux qui se répètent (3, l.497). Pourtant les médecins évoquent la nécessité d'être aidé par les tiers présents face à des patients parfois difficiles à gérer seul lorsqu'ils sont en crise (4, l.41-42).

2.3.2- Les critères utilisés par le médecin

Pour justifier l'utilisation de la contrainte tous les médecins abordent en premier lieu la nécessité de protéger le patient de lui-même ou de ses proches (1, l.451-452).

Dans ce cas la contrainte est considérée comme un soin à part entière pour leur patient (2, l.432) avec parfois le sentiment que le patient le reconnaît aussi (5, l.226). Toutefois les médecins peuvent justifier d'hospitaliser le patient contre son gré lorsqu'ils n'ont pas d'autres solutions thérapeutiques à proposer (3, l.53) pour amener éventuellement à une sortie de crise (5, l.218-219). Les autres critères évoqués par les médecins sont l'urgence de la situation (7, l.219-221) et l'impossibilité d'obtenir le consentement au soin de la part de leur patient (3, l.69).

2.3.3- L'alliance avec le patient

En règle générale la relation avec le patient est rendue difficile, voir impossible, en raison de l'état clinique du patient (1, l.467-468).

Mais le lien que les médecins peuvent entretenir, lors de cette crise, avec leur patient reste un élément essentiel (4, l.173-174) même si paradoxalement certains évoquent un détachement total (2, l.316).

La relation passée, grâce à leur statut de médecin traitant, peut être une aide (7, l.146-147), (5, l.205-206) pour apaiser le patient lorsqu'il y a conflit (7, l.122-123) même si parfois ce lien privilégié est perturbé par les troubles psychiques du patient (3, l.426-427).

Cependant cette relation semble être un poids pour certains médecins en raison de la charge émotionnelle, principalement de la culpabilité, liée à cette hospitalisation (6, l.145-146). On peut souligner que dans ces conditions d'urgence il y a une tendance à limiter les échanges avec le patient au risque de devenir autoritaire (1, l.501).

Mais on note que les tiers, que ce soit la famille (1, l.530) ou les forces de l'ordre (2, l.340-343) aident parfois les médecins à établir le contact avec le patient en crise. Cependant les médecins restent vigilants à la pression que peuvent exercer sur eux les parents ou le conjoint du patient (1, l.541-543).

2.3.4- La prise en charge de la crise

Hospitaliser leur patient sous contrainte est pour les médecins un poids, et une violence, par rapport à leur conception de la médecine générale.

Un des éléments principaux pour les généralistes dans la prise en charge de la contrainte est de tenter, paradoxalement, de convaincre leurs patients de se faire hospitaliser (1, l.567-568), (1, l.733-735), (4, l.39-41).

Mais les médecins restent conscients des limites de cette démarche (1, l.579-580).

Elle leur permet d'atténuer la réalité de la contrainte (1, l.556-558), qui les heurtent en raison de la privation de liberté d'une personne qu'elle implique (6, l.99-103).

Toutefois la discussion avec le patient porte aussi sur l'explication de ce qui se passe (7, l.161), la réassurance du patient (3, l.432-434), et permet ainsi d'éviter la contrainte physique (1, l.502).

La connaissance de leur patient semble être alors une aide, pour les médecins, dans la prise en charge de la crise (1, l.754-756).

Toutefois cette proximité peut-être considérée comme une difficulté supplémentaire et peut amener les médecins à souhaiter prendre en charge des patients dont ils ne connaissent pas les antécédents et la famille pour faciliter leur prise en charge (6, l.95-96).

Par ailleurs l'isolement, dont font l'objet les généralistes, est une source de difficultés dans la gestion de ces épisodes de crises (6, l.292). Cet isolement renforce un sentiment de crainte sur le déroulement de la prise en charge (4, l.148-149).

L'hôpital est donc perçu par les médecins comme une aide avec la possibilité d'avoir un avis spécialisé (1, l.512) même si celui-ci peut être un refus d'hospitalisation (3, l.64) dans des situations jugées abusives (2, l.361-362).

Mais lorsque l'hospitalisation est acceptée, elle est vécue par les médecins comme un soulagement (2, l.317) car ils ont le sentiment d'avoir fait ce qu'il fallait et d'être délesté d'un poids (7, l.183-184).

La crainte que cette expérience puisse influencer l'alliance entre le médecin et son patient ne semble pas être présente au moment de la crise et influencer la prise en charge des médecins, car ils sont confrontés à une situation d'urgence à laquelle ils doivent d'abord répondre (6, l.166).

On note que l'entourage est souvent très présent et est utilisé par les médecins généralistes pour les aider à la prise en charge (1, l.534-535). Cependant les médecins restent prudents sur la place à accorder aux tiers en raison de la responsabilité qu'ils prennent lors de la signature du certificat d'hospitalisation (7, l.196-197), ou du risque de manipulation dont ils peuvent être l'objet par le patient (5, l.212-213).

Enfin l'expérience de ces situations de crises au cours du cursus de formation universitaire semble être une aide (7, l.172-174) car la prise en charge d'une hospitalisation sous contrainte nécessite beaucoup de temps, ce qui est en partie liée à la relation avec le patient en situations de crise (7, l.166-167). Pour les aider, les médecins essaient donc de se tenir à un protocole ou à des règles préétablies pour prendre en charge au mieux leur patient (5, l.470-471).

Le contexte	Danger	21
	La famille	14
	Le patient	13
	L'environnement	11
Les critères	Protection	22
	Impasse thérapeutique	11
	Soin, consentement impossible	6
	Urgence	5
	Sortie de crise	1
La relation	Lien	30
	Impossible	10
	Tiers	5
La PEC	Convaincre	16
	Sentiments perso	12
	Appréhension	8
	L'hôpital	7
	Questionnement, soulagement	6
	Culpabilité, tiers	5
	Chronophage, difficultés, isolement, poids, ras le bol, CAT	2

2.4- Impact sur l'alliance thérapeutique

2.4.1- Le retour sur expérience

Pour les médecins, discuter avec leur patient de leur hospitalisation et de leurs vécus de cette expérience ne semble pas faire partie de leurs priorités. Nous notons même une tendance à l'éviter.

Ils n'évoquent pas de refus catégorique, mais ils doutent de son intérêt, tout en acceptant de discuter avec leur patient mais seulement s'il en prend l'initiative (4, l.520-522).

Pour expliquer cette attitude attentiste nous remarquons que certains médecins supposent que leur patient, étant en plein délire lors de la crise, ne se rappelle peut-

être pas de ce qui s'est passé (4, l.479-480). Ou bien qu'il est inutile de revenir sur le sujet en raison des troubles psychiques de leur patient qui limitent sa capacité d'élaboration (3, l.566-567).

Paradoxalement les médecins craignent un conflit avec leur patient (4, l.520). Ainsi ils préfèrent discuter de cette expérience uniquement lorsque celle-ci a été bénéfique (2, l.431).

Mais le refus de discuter peut-être, aussi, de la responsabilité du patient lorsque celui-ci a trouvé son hospitalisation abusive (6, l.562-563).

Cette difficulté à discuter, que ce soit de la part des médecins ou des patients, pose comme principal problème l'absence de réponses à certaines questions. Comme par exemple ce que le patient a pu ressentir lors de son hospitalisation (7, l.148) ?

Nous notons pourtant l'impact que cette démarche peut avoir sur les médecins ou sur leur patient. Cet échange permet d'expliquer au patient les raisons ayant conduit le médecin traitant à l'hospitaliser (7, l.246-248), ou bien de le rassurer sur le devenir de la relation avec son médecin (5, l.372-373).

Par ailleurs, les patients peuvent se sentir coupables d'avoir mobilisé beaucoup de temps et d'énergie auprès de leur famille et de leur médecin lors de la crise. La possibilité d'en parler avec leur médecin traitant semble alors bénéfique pour les déculpabiliser (5, l.374-375), (5, l.389).

Inversement ces questions, lorsqu'elles sont abordées entre le médecin et le patient, peuvent déculpabiliser le médecin lorsque celui-ci craint que le patient lui en veuille (6, l.185-187).

En effet les médecins peuvent regretter cet extrême, qu'est l'hospitalisation sous contrainte, lorsqu'ils se reprochent de ne pas avoir fait, avant, tout ce qu'il fallait (6, l.176-178).

2.4.2- Le lien

Les médecins vivent très différemment les conséquences possibles d'une hospitalisation sous contrainte même si a priori ils ne sentent pas de changement dans leur relation.

Soit ils n'y ont pas attaché d'importance, et ils ont oublié (5, l.340), soit les médecins suggèrent que le retour de leur patient en consultation est le signe que le lien n'a pas été modifié (3, l.529), (4, l.515-516).

Quelques éléments viennent pourtant les contredire.

Premièrement, selon les médecins interrogés, certains patients rompent le lien avec leur médecin traitant par crainte qu'il ne leur rappelle de mauvais souvenirs. Cette rupture les conduit, alors, à créer une nouvelle alliance avec un autre médecin qui sera peut-être bénéfique (2, I.536-538).

Cette séparation avec leur patient n'est pas toujours simple, pour les médecins, en raison des sentiments très forts de culpabilité que cette expérience a pu faire émerger en eux (6, I.184).

Dans certains cas extrêmes, les patients peuvent porter plainte contre leur médecin traitant pour les avoir fait hospitaliser de force. La relation entre eux est alors fortement altérée car toutes les discussions et les explications se déroulent dans le cadre judiciaire ou ordinaire (6, I.202-203).

Deuxièmement, après l'expérience de l'hospitalisation sous contrainte par le médecin traitant, l'alliance thérapeutique est plus intense. En effet les médecins évoquent une plus grande proximité, une confiance que le médecin n'accordait pas forcément avant, de l'entente, de la transparence ou de l'empathie (4, I.445-446) avec leur patient. Ce qui témoigne d'une relation plus forte.

Cependant nous observons que ce lien peut être ambivalent pour certains patients qui gardent de cette expérience un rancœur envers leur médecin traitant (1, I.589-593).

Troisièmement, il reste au cœur de la relation, l'appréhension de revivre cette expérience. Cette crainte semble influencer la relation entre les médecins et leurs patients. Elle se traduit par une confiance totale (1, I.685-687), ou inversement, par de la méfiance. Cette dernière peut consister à omettre, de la part du patient, la récurrence de certains troubles, de peur de l'hospitalisation (2, I.445-446), (5, I.425-426)).

2.4.3- La prise en charge

L'expérience de l'hospitalisation semble apporter aux médecins comme au patient (et à sa famille) une rupture dans la prise en charge et un temps de réflexion.

Ce temps permet aux médecins de faire l'analyse de leur prise en charge passée et éventuellement de penser à la modifier (3, I.502). De leur côté, les patients semblent avoir pris conscience de leur propre intérêt à être suivi (6, I.326-328), ce qui facilite

l'encadrement médical et paramédical (4, I.203), (4, I.207-208). La conséquence de cette nouvelle prise en charge est l'existence d'une alliance plus forte avec leur médecin généraliste (6, I.331-334).

D'une façon contradictoire les médecins généralistes peuvent évoquer que la prise en charge reste inchangée avec leur patient après cette expérience (1, I.666).

Parmi les limites rencontrées par certains médecins, le passage en hôpital psychiatrique est vu comme un risque de difficultés à venir en raison de l'image négative laissée au patient par l' institution (5, I.322-324).

De plus certains patients sont en trop grandes difficultés pour que cette expérience puisse changer leur déni de la maladie (6, I.364-367).

Le lien	Rupture	18
	Culpabilité	12
	Modification, transparence, crainte	5
	Confiance, entente	4
	Ambivalence, alliance	2
La PEC	Prise de conscience	20
	Culpabilité du médecin	6
	Sentiment d'agression	4
	Suivi du patient	3
	Confiance, appréhension par rapport à la relation, attente d'aide	2
	Positif	1
Le retour sur expérience	Non	9
	Déculpabiliser	6
	Entente	5
	Questionnement	3
	Essai	2

Sous-thèmes non attendus :

Le retour sur expérience	Si exp°positive	2
	Crainte, liberté du patient	1

DISCUSSIONiscussion :

1- Limites

La nature du recrutement a tenu à la difficulté de présenter le sujet de notre recherche au téléphone, dans un laps de temps raisonnable, à des médecins étant en pleine activité à leur cabinet médical. Les médecins sont donc connus du chercheur ou bien lui ont été conseillé. Cela influence évidemment le rapport entre l'interviewé et le chercheur lors de l'entretien pouvant éventuellement limiter la capacité de l'interviewé à se livrer devant quelqu'un qu'il connaît.

Nous nous sommes rendus compte après avoir réalisé les entretiens qu'aucuns des médecins interrogés n'étaient de sexe féminin, sans que cela n'ai été intentionnel. Leur point de vue aurait été intéressant car devant la nature très personnelle de certaines questions, on peut supposer que les femmes n'auraient pas eu la même approche que les hommes.

L'absence d'expérience du chercheur dans la réalisation d'entretiens semi-dirigés a sans doute fortement influencé la qualité du matériel recueilli. En effet certains médecins ont été plus difficiles que d'autres à interroger avec pour conséquence une attitude plus directive de la part de l'intervieweur. D'autre part aucun des médecins interrogés n'a relu la retranscription de l'entretien réalisé, ce qui a empêché toute correction ou modification de leur part qui aurait pu être intéressante à relever dans l'analyse.

Parmi les facteurs ayant pu influencer les entretiens il semble que les médecins ont parfois manqué de temps avant l'entretien pour approfondir leur réflexion (ce qui a pu être révélé par le besoin de refaire une présentation de l'étude avant le début de l'interview). Le fait que les entretiens se sont tous déroulés sur leur lieu de travail et majoritairement avant ou après leurs consultations est à prendre en considération. Cela a sans doute influencé leur capacité à être complètement disponible pour répondre à ces questions difficiles.

Nous avons fait le choix de réaliser des entretiens individuels en raison de la nature des questions pouvant être parfois personnelle. Nous avons voulu éviter, lors d'entretiens de groupe (focus groupe), l'effet «meneur» de certains interrogés conduisant parfois les autres à se taire même s'ils ne sont pas du même avis. Toutefois le focus groupe aurait été intéressant car il aurait pu permettre à certains médecins de se livrer plus facilement en étant mis en confiance par la présence à leur côté d'autres confrères.

Une des principales limites de l'analyse catégorielle est qu'elle perd complètement le caractère particulier de l'entretien qui est une rencontre entre deux subjectivités (27). Pour des raisons de temps, malheureusement, nous n'avons pas réalisé un complément d'analyse de nature formelle et structurale.

L'élaboration de la liste des sous-thèmes et la classification par fréquence d'occurrence ont été définies par le chercheur et donc présentent un biais lié à sa subjectivité. En effet certains propos tenus par les médecins auraient sans doute pu être classés dans des catégories différentes (ce qui modifie alors la fréquence de leur occurrence). De même d'autres sous-thèmes auraient pu être créés mais nous avons essayé de ne pas alourdir chaque thème pour garder une certaine clarté dans la lecture des propos recueillis.

Nous avons souhaité pouvoir étudier le vécu des patients sur ce sujet mais il nous a été impossible d'obtenir un accord de la part des personnes contactées à partir de l'échantillon initialement retenu. Ce refus de leur part d'aborder ce sujet à distance de l'événement semble toutefois nous permettre de souligner son impact chez les patients.

|

2- L'alliance thérapeutique et le consentement

2.1- Le consentement éclairé

La relation médecin-malade, que nous étudions dans le cadre de notre étude sous le terme d'alliance thérapeutique, est de plus en plus au cœur de l'exercice de la médecine actuelle. Cela peut paraître paradoxal aux vues des critiques qui lui sont faites habituellement d'un recours trop fréquent aux examens complémentaires et aux thérapeutiques de plus en plus complexes créant un fossé entre le corps médical et le patient.

Pour apprécier ce changement, il suffit de regarder la place réservée à la relation médecin-malade dans l'enseignement médical avec un chapitre spécialement consacré à ce sujet dans le module 1 («apprentissage de l'exercice médical») des objectifs de l'Examen Classant National instauré depuis 2004. Il s'agit d'«*expliquer les bases de la communication avec le malade et d'établir une relation empathique dans le respect de sa personnalité et de ses désirs*» (28).

Ce sujet intéresse également le législateur comme le prouve l'introduction du consentement éclairé et de l'information du patient (écrite et orale) dans la loi du 4 mars 2002. La crainte de poursuites judiciaires a changé le rapport entre les médecins et les patients, et le concept de consentement éclairé n'est sans doute pas indépendant de la volonté de protéger le médecin et le patient de cette dérive. Mais l'intervention du législateur dans le champ de la relation médecin-malade ne doit pas nous faire oublier la différence entre la théorie juridique ou déontologique et la pratique quotidienne au cabinet médical (29).

2.2- Les limites

Que le médecin ait à expliquer à son patient sa démarche et les risques inhérents à sa pratique est intéressant car il se voit dans l'obligation de solliciter l'autonomie du patient. Mais pour autant, nous pouvons nous intéresser à certaines caractéristiques du consentement dirigé qui peuvent paraître limitantes.

L'intérêt d'obtenir le consentement éclairé du patient est essentiel mais il ne prend pas en compte la problématique de la relation, souvent asymétrique, entre le médecin et le malade. En effet un sentiment paternaliste a longtemps imprégné l'exercice de la médecine, comme en témoignent les propos d'un ancien Président du Conseil de l'Ordre : «*Tout patient est pour le médecin comme un enfant à apprivoiser, non certes à tromper – un enfant à consoler, non pas à abuser – un enfant à sauver, ou simplement à guérir*» (30).

Cette position existe encore, comme nous l'avons noté dans notre étude «*les liens (...) sont infantilisés*» (entretien 2), et peut être expliquée par le principe de Bienfaisance (29)

Il consiste à savoir ce qui est bon pour le patient, le mettant de fait dans une position d'infériorité. Elle est donc à l'opposé de la démarche, demandée actuellement aux médecins, de solliciter l'autonomie du patient. Ainsi la relation avec le patient ne doit pas se contenter, pour le médecin, d'énoncer les risques d'une thérapeutique devant un patient n'ayant pas les connaissances scientifiques requises pour mesurer les conséquences de celle-ci. Le médecin doit aussi prendre en compte la subjectivité du patient pour favoriser l'implication du patient dans la thérapie (31).

De même il ne semble pas possible d'appliquer la recherche du consentement dans certaines situations d'urgences vitales pour le patient comme dans les services d'urgences ou de réanimation (29).

Notre étude met en évidence une dernière limite que l'on peut formuler à l'encontre du «consentement éclairé», il s'agit de son application avec les patients psychiatriques dans le cadre de l'hospitalisation sans consentement.

2.3- Respecter l'autonomie du patient

Pourtant la relation médecin-malade, que nous définissons ici comme l'alliance thérapeutique, implique un travail en partenariat, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'une décision importante sur le plan thérapeutique comme l'hospitalisation du patient (32). Cependant le risque n'est-il pas de refuser au patient la possibilité d'exprimer son autonomie ?

Nous avons pu observer le besoin des médecins de parler avec leur patient et l'aide que cela pouvait apporter pour minimiser la violence de la crise (entretien 1).

Il est essentiel que le patient psychiatrique ne soit pas résumé à une personne ne pouvant pas exercer son autonomie en raison de sa pathologie. Par extension l'expérience de l'urgence, qui est exceptionnelle, ne doit pas influencer sur l'alliance thérapeutique en conduisant le médecin à méconnaître l'autonomie de son patient en dehors de la crise. Il doit donc essayer de prendre en compte la subjectivité du patient, malgré les difficultés, pour éviter de glisser vers une application de la contrainte par un manque d'alliance.

Cette question paraît nécessaire aux vues des recherches mettant en évidence l'impact non négligeable de l'utilisation de la contrainte sur les patients psychotiques dans leur prise en charge future (33).

La littérature médicale essaye d'apporter des pistes aux médecins pour réussir à prendre en charge le mieux possible cette discussion avec le patient et d'autant plus avec ceux présentant des troubles psychiques, patients psychotiques inclus (34). Nous avons pu noter que les médecins interrogés avançaient en premier lieu leurs propres limites dans le cadre du lien qu'ils entretiennent avec ces patients, mais évoquaient aussi leur position originale en tant que médecin généraliste avec des atouts de confiance et d'écoute (« *peut-être le fait qu'on ne soit pas...qu'on n'ait pas d'image de psychiatre.* », entretien3)

L'échange dans cette relation au sujet du traitement et des conduites à tenir nécessite que le médecin soit à l'écoute du patient. Il doit prendre en compte l'influence de la personnalité, des croyances, et des expériences récentes ou passées, qui peuvent biaiser la représentation de la maladie et donc, finalement, la décision du patient.

Le médecin doit permettre au patient de s'exprimer pour que l'alliance thérapeutique ne soit pas victime de ces biais. Dans le cadre de la prise en charge de patients psychotiques avec des capacités de consentement réduites en raison de leur maladie (ambivalence, dissociation), le médecin doit pourtant essayer d'effectuer ce travail d'écoute pour maintenir l'empathie avec son patient afin que la prise en charge soit la meilleure possible (35).

2.4- Pistes de réflexions

Le lien avec ces patients est fréquemment décrit comme chronophage mais dans notre étude nous observons que d'autres éléments viennent s'ajouter : un sentiment d'envahissement, un poids, l'inconfort de la position de médecin face à des patients non compliants. Nous pouvons constater que le médecin entretient une alliance thérapeutique différente selon le patient qu'il doit prendre en charge (36).

Le temps paraît donc être un facteur essentiel mais il n'est pas suffisant. Nous avons vu les conséquences négatives des médecins ayant accordé toujours plus de temps à leurs patients et finalement refuser de poursuivre la relation thérapeutique pour se préserver (entretien 6).

Les médecins ne manquent-ils pas de moyens pour mieux canaliser les demandes de leurs patients sur le plan pratique et personnel? (entretien 4).

Aider les médecins à la prise en charge de l'alliance thérapeutique avec leurs patients présentant des troubles psychiques semble être une nécessité pour préserver le consentement. Mais pour cela il serait souhaitable de les décharger du poids qu'ils ressentent, car la majorité des patients s'appuie sur leur médecin dans l'alliance thérapeutique (64% des patients déclarent attendre beaucoup de leur médecin et de leur traitement (36)).

Les groupes de discussion type « groupe Balint » semblent apporter une aide intéressante. En effet les médecins ayant pu en bénéficier soulignent l'apport bénéfique de cette expérience sur leur façon d'aborder l'alliance avec leurs patients. (entretien 5)

La réalisation de ce travail personnel, par la verbalisation des expériences relationnelles, incite fortement le médecin à prendre en compte l'autonomie du patient lors d'une décision thérapeutique ce qui permet, alors, d'éviter un sentiment d'isolement de la part du médecin (entretien 5).

Permettre aux médecins de rompre leur isolement par une prise en compte de leurs difficultés relationnelles, [indépendamment](#)[indépendamment](#) des difficultés pratiques, apporterait certainement des modifications dans l'alliance thérapeutique.

3- La Contrainte

Recommandations de la Haute Autorité de Santé (HAS) en 2005 : *«Il est nécessaire d'engager rapidement la réalisation d'études et d'analyses épidémiologiques sur l'hospitalisation sans consentement afin de compenser le manque de données exploitables.»* (37)

|

3.1- La loi

Dans l'exercice de la médecine, la liberté de consentement du patient est indispensable à toute décision médicale le concernant comme le confirme la loi n°2002-303 du 4 mars 2002 qui rappelle l'importance des droits du patient.

L'utilisation de la contrainte, par son caractère exceptionnel, est donc une pratique encadrée depuis la loi du 30 juin 1838, modifiée par la loi 90-527 du 27 juin 1990 avec l'existence de deux modes d'hospitalisation sans consentement : l'hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT) et l'hospitalisation d'office (HO). Cette loi de 1990 a permis de substituer les notions d'hospitalisation et de trouble mental à celles de placement et d'aliénation. Toutefois la contrainte reste un sujet compliqué à traiter. En effet la loi précise que *«c'est l'absence de soin qui cause préjudice et non leur mise en œuvre autoritaire»* tout en précisant que *«l'impact négatif de l'hospitalisation sans consentement n'est pas bien étudié mais ne serait pas à négliger»* (37). Cependant il n'est pas défini de critères précis à propos de la nécessité de soin du patient, les médecins doivent donc se fier à des critères cliniques pour hospitaliser un patient sans son consentement. La Haute Autorité de Santé a donc publié des recommandations, mais elles relèvent, dans leur totalité, d'un accord professionnel en raison du faible niveau de preuve apporté par la littérature existante.

3.2- Le concept et ses conséquences

L'analyse de la contrainte, appliquée à un patient, est très différente selon que l'on se place uniquement sous l'angle du résultat ou bien que l'on prenne en compte le vécu du patient.

La question de la privation de liberté du patient, et de ses conséquences, a été théorisée par Stone avec la « Thank you theory » et semble avoir fortement influencée la pratique médicale. Cette théorie suggère que le patient, qui refusait dans un premier temps son hospitalisation, change d'avis après avoir reçu un traitement. Il serait reconnaissant d'avoir été obligé à être hospitalisé (6). Cette théorie se confirme par l'analyse «[retrospective](#)[rétrospective](#)» de Wertheimer : « ne pas mettre trop de valeur dans le premier refus du patient » (38).

Toutefois cette analyse ne semble s'intéresser qu'au résultat final, en ignorant la subjectivité du patient, permettant alors d'atténuer les conséquences, éventuellement traumatisantes, liées à la contrainte.

Car cette théorie ne prend en compte que l'accord du patient rétrospectivement et ne tient pas compte du fait que le patient puisse garder à l'esprit l'aspect coercitif de son traitement. Elle peut être rapprochée de la théorie anglo-saxonne de l'utilitarisme (Stuart Mill) qui consiste à tout mettre en œuvre pour le bien du patient et ne se justifie que par l'amélioration clinique de celui-ci.

Mais l'étude de Stone présente la limite de ne porter que sur un échantillon restreint de jeunes patients schizophrènes dont l'hospitalisation est reconnue comme appropriée. Il semble que parmi un panel de patients plus large le pourcentage de patients n'approuvant pas leur hospitalisation devienne nettement majoritaire (39).

En effet certaines études tendent à démontrer les conséquences négatives de la contrainte sur les sentiments des patients mais aussi sur le devenir de la prise en charge thérapeutique (33).

Par exemple il serait possible de douter de l'adhésion au traitement par un patient qui serait plus motivé par la sortie de l'hôpital que par une réelle alliance avec le médecin (« learning to play the game », (40). Cela peut expliquer le sentiment de méfiance qui peut exister chez certains des médecins interrogés (entretien 2).

Nous mesurons alors la difficulté de se positionner, pour les médecins, entre la nécessité de soin devant des situations cliniques de crise et les conséquences

possibles après l'utilisation de la contrainte. Il ne s'agit pas de mettre en cause dans notre étude le bien fondé de l'utilisation de la contrainte mais plutôt d'évaluer ses conséquences sur l'alliance thérapeutique pour le médecin traitant et le patient.

3.3- Le rôle de la société

Par ailleurs nous pouvons nous interroger sur l'influence de la société sur la décision d'hospitaliser sans son consentement une personne.

En effet la contrainte est intimement liée à la dimension légale mais aussi au poids de la société en raison de la nécessité de protéger la population et les patients (39). Cette influence peut alors conduire à des abus en raison de la crainte de mettre en danger la population ce qui remet alors en cause la bienveillance des médecins envers leurs patients (41). Cette inquiétude au sujet de la contrainte est présente au sein des institutions représentant la société avec dans un rapport du Sénat en 2009 la mise en garde faite sur la tentation de la contrainte (p.13) (8).

3.4- L'impact sur les médecins

La privation de liberté est très mal vécue par les médecins et soulève des questions éthiques qu'ils ne sont pas toujours en mesure de résoudre seul (entretien1).

Peu d'études s'intéressent au ressenti du médecin généraliste confronté à cette pratique rare mais pouvant être lourde de conséquences sur le plan personnel comme ils ont pu nous l'indiquer (entretien2).

Toutefois les médecins ne semblent pas prêts à discuter si facilement de cette expérience et d'autant moins avec leurs patients.

Nous remarquons qu'aucun des médecins interrogés n'a évoqué ses inquiétudes par rapport au vécu des patients et, nous pouvons noter lors des entretiens, le peu d'intérêt à reparler de cette expérience en consultation.

De plus presque aucune référence à la pression de la société n'est évoquée malgré les faits divers retransmis dans les médias, hormis un entretien (n°2).

Cependant nous ne pensons pas que ces questions soient secondaires même si elles ne sont pas abordées directement lors des entretiens. En effet le sentiment de

danger est majoritairement exprimé à propos du contexte de la crise. De même la place du tiers n'est pas négligeable pour les médecins. Elle peut être une aide sur le plan relationnel mais aussi une difficulté en raison des pressions qu'ils peuvent subir. Nous pouvons y voir alors, de façon indirecte, l'influence de la société sur les médecins que ce soit par le biais de la famille ou bien par celui des forces de l'ordre.

3.5- Le rôle du médecin traitant lors de la crise

La réponse des médecins interrogés sur l'évolution de leur alliance thérapeutique : «rien n'a changé, le patient est revenu» est paradoxale lorsque nous analysons les entretiens car des modifications très nettes du lien ou de la prise en charge ont été mises en évidence.

Est-ce en raison de leur isolement (entretien1) ou d'une crainte d'aborder la question de la Psychiatrie ? Est-ce en raison du manque de disponibilité pour en parler (entretien 2) ou bien de la difficulté liée au concept de l'alliance thérapeutique lui-même ?

L'attitude des médecins face à la nécessité de contraindre leurs patients apporte un élément de réponse.

Ils semblent préférer minimiser cette démarche en tentant de les convaincre malgré leurs troubles (entretien 1). Serions-nous devant le déni de la contrainte pour leur permettre d'accepter le traumatisme de cette expérience ? Cela permettrait de comprendre la difficulté des médecins à s'exprimer sur ce sujet.

Leur attitude peut être également liée à leur culpabilité face à ce qui est vécu comme un échec (entretien 6), même s'il a été mis en évidence que la majorité des patients (83%) reconnaît que leur médecin a fait son travail et a respecté les règles dans le cas d'une hospitalisation à la demande d'un tiers (42).

La culpabilité peut être mise en lien avec le rôle du médecin généraliste lors d'une hospitalisation sous contrainte. Celui-ci est loin d'être minime comme nous le confirme une enquête réalisée au Canada pour évaluer leur système de soin face à la contrainte (43).

La revue de la littérature, réalisée dans cette étude, met en évidence que les différents moyens de pression utilisés pour faire hospitaliser un patient jouent un rôle majeur sur le degré de coercition qu'il ressent. Les conséquences possibles sont un

fort sentiment d'injustice de la part du patient et le regret qu'on ne lui ait pas fait confiance (le patient ne pouvant pas pardonner à son médecin de l'avoir fait hospitaliser (cas de Lorraine). Cette analyse est confirmée dans notre étude par l'exemple extrême de contestations devant les tribunaux de certaines hospitalisations (entretien 6)).

3.6- Propositions et limites

Nous pouvons alors apprécier l'importance du rôle du médecin généraliste et le besoin d'apporter des moyens pour que ceux-ci puissent prendre en charge le mieux possible les patients lors de ces situations de crise.

Le thème de la contrainte en psychiatrie fait l'objet depuis quelques années de nombreuses études, à la demande de l'administration dans le cadre de son Plan Santé Mentale, au sujet des moyens à mettre en œuvre pour assurer une meilleure prise en charge des patients ayant des troubles psychiatriques. Nous pouvons noter au sujet des médecins généralistes que l'accent est mis sur la formation initiale et continue (37). En effet il semble indispensable de permettre aux futurs médecins de réaliser une expérience en milieu psychiatrique, il en est fait mention dans le Plan Santé Mentale 2005-2008 avec la demande d'augmenter les postes en hôpital psychiatrique pour que les internes puissent s'y former. Toutefois nous pouvons nous interroger sur la faisabilité de telles mesures en raison de la difficulté actuelle des nouveaux internes en médecine générale à pouvoir déjà réaliser leur maquette de formation en troisième cycle en lien avec le manque de postes disponibles en stages malgré les mesures prises depuis 2005.

Nous pouvons remarquer que tous les médecins interrogés ont reçu un enseignement de psychiatrie à la faculté pendant leur externat. Pourtant ils ont pu nous avouer leurs limites par rapport à cette spécialité qu'ils jugent obscure dans son vocabulaire et sa pratique.

Ces limites nous font alors supposer qu'en dehors de l'enseignement universitaire de la psychiatrie, la formation des médecins doit être complétée.

Malheureusement les recommandations effectuées par l'HAS et les propositions d'études dans le cadre du Plan Santé Mentale sont plus axées sur l'aspect pratique,

comme par exemple le transport du patient vers l'hôpital, que sur l'aspect relationnel avec le patient.

Il serait intéressant de développer un enseignement ayant comme thème la relation avec le patient et sa gestion comme le suggère la proposition n°VI-07 du plan d'action Psychiatrie et Santé Mentale remis en 2003 au ministre de la Santé (44).

4- La place du médecin traitant en psychiatrie

4.1- Médecin de premier recours

Dans le système de soin français le médecin généraliste est le médecin de premier recours (45). Mais quelle est sa place au sein de la prise en charge psychiatrique en France ? En effet l'accès à la consultation spécialisée psychiatrique présente de plus en plus de difficultés avec en premier lieu des délais de prise en charge spécialisée de plusieurs mois. Le médecin généraliste est donc le premier à recevoir la demande de soin du patient ou bien à déceler le risque d'une crise. Cette réalité conduit à s'interroger sur l'adaptation du réseau de santé mentale, dont font partie aussi les infirmières psychiatriques, les assistantes sociales, les psychologues et autres, pour permettre de faciliter le diagnostic et le suivi des patients souffrant de troubles psychiques. En effet les demandes croissantes des médecins généralistes vers les services d'urgences témoignent du manque de relais ou de soutiens vers lesquels ils pourraient obtenir les informations utiles à la prise en charge des situations de crise (46).

4.2 - La Santé Mentale en médecine générale

4.2.1- Les patients

En France, les questions de santé mentale représentent 30% au moins de la patientèle du médecin généraliste (7). Elles sont représentées majoritairement par des troubles névrotiques (entretien 7), ce qui s'observe aussi en psychiatrie de ville.

La majeure partie de la prise en charge des patients psychotiques, considérée comme plus complexe, s'effectue par la psychiatrie publique (47).

Les patients présentant des troubles psychiques semblent être difficiles à prendre en charge pour les médecins. Les études réalisées mettent en évidence certaines caractéristiques à propos de la consultation médicale, nous les avons retrouvées de la même manière dans nos entretiens. Ces patients demandent plus de temps, plus de soins, des consultations plus fréquentes, et ils sont plus difficiles à adresser à un confrère (48). Nous pouvons interpréter ces difficultés pour le médecin généraliste par la nécessité d'élaborer une alliance thérapeutique avec des patients qui ne reconnaissent pas toujours leurs troubles, ce qui nécessite plus de travail qu'un simple renouvellement d'ordonnance. Mais il ne faut pas négliger les troubles spécifiques liés à leur pathologie comme par exemple l'ambivalence.

Nous avons pu vérifier dans les entretiens que la disponibilité des médecins généralistes et leur connaissance de leurs patients (antécédents personnels et familiaux) sont des éléments essentiels de la médecine de premier recours qui facilitent la prise en charge. De plus le médecin de premier recours a un rôle essentiel dans le dépistage de la crise, qui est facilité par une bonne connaissance du patient et par un suivi au long cours (49).

Dans ce contexte, la psychiatrie de soutien semble être une pratique assez régulièrement utilisée et assez bien adaptée dans l'exercice au cabinet médical. Mais cette pratique dépend souvent de la formation initiale des médecins et de leur intérêt pour les questions de santé mentale.

4.2.2- La prise en charge et ses limites

La prise en charge par les médecins généralistes des questions de Santé Mentale permet d'apprécier la place qu'ils occupent aujourd'hui dans le système de soin mais aussi leurs difficultés.

Leurs patients sont plus souvent adressés vers un confrère psychiatre, toutefois il ne semble pas que cette caractéristique soit en lien avec l'importance de la patientèle (50). Les médecins peuvent avoir recours à un psychiatre pour un avis sur le traitement, pour une demande de psychothérapie, pour une urgence ou bien en cas de refus personnel du médecin de prendre en charge le patient (51).

Pourtant il est régulièrement fait état des difficultés dans la coordination des soins entre ces deux spécialités (52). Ce manque de collaboration a pour conséquence des difficultés dans la prise en charge des patients en raison par exemple de méconnaissances du dossier sur le plan psychiatrique ou somatique, qu'il s'agisse du médecin traitant ou bien du psychiatre (53).

Toutefois il est difficile de connaître la pratique des médecins généralistes dans le domaine de la santé mentale (53). Il est seulement fait mention de leur prescription de psychotropes souvent dénoncée comme trop importante (80% des prescriptions de psychotropes sont le fait de médecins généralistes) (46). Elle témoigne surtout du rôle majeur de la médecine générale dans ce domaine, et de l'intérêt qu'elle y porte, comme le souligne le taux de réponse à notre étude qui a été de 100%.

Cependant cette prescription soulève des questions et des inquiétudes sur la bonne pratique des médecins dans ce domaine. En effet il semble qu'il y ait des risques liés au manque de diagnostic spécialisé (seul 1/4 des patients bénéficierait d'un traitement psychotrope adapté), au mésusage du médicament et à l'installation dans la chronicité faute d'avoir traité la cause (8).

De même il a été mis en évidence que parmi les recours urgents en médecine générale, 8% sont pour des troubles psychiques (54) et que ces patients sont adressés à un confrère, de façon plus fréquente que pour une autre pathologie (55).

Ces éléments interrogent sur la capacité des médecins généralistes à répondre à cette demande de soin (53). Il semble nécessaire qu'ils soient en mesure de diagnostiquer des pathologies psychiatriques grâce à des bases solides sur le plan clinique mais également qu'ils puissent les prendre en charge de façon adaptée.

La demande de formation spécialisée en psychiatrie est importante dans le corps médical. Lors d'une étude en Bretagne, la formation en psychiatrie a été qualifiée d'inadaptée voir complètement inadaptée par 2/3 des médecins interrogés. Il est intéressant de noter que les deux premiers thèmes de formation qu'ils ont suggérés sont, en premier, le diagnostic et la prise en charge des psychotiques puis les urgences psychiatriques (49).

Les pouvoirs publics s'intéressent aussi à cette question en raison de *«l'ampleur du manque de prise en charge psychiatrique»* (56). Ils qualifient le retard au diagnostic et la surconsommation de traitements psychotropes comme imputables au manque de formation des médecins généralistes.

Ce rapport suggère une augmentation des places en milieu psychiatrique lors de l'internat de médecine générale et le développement des réseaux de prise en charge en santé mentale comme le recommande le Plan Santé Mentale «Rompre l'isolement des médecins généralistes». Mais ces propositions restent pour l'instant sans réelle amélioration sur le terrain.

4.3- Propositions

Pour cela il paraît nécessaire que la place du médecin soit au cœur de la prise en charge du patient.

La création de dispositifs de coordination entre médecins généralistes et psychiatres, comme l'exemple dans les Yvelines du Réseau de Promotion pour la Santé Mentale (RPSM 78), semble être une réponse intéressante pour aider les médecins généralistes. Leur objectif est d'améliorer l'accès au soin des patients en permettant d'avoir une consultation spécialisée dans un délai raisonnable. D'autre part ce réseau s'attache à former les médecins généralistes, en associant à la formation continue une aide dans leur organisation pratique (57).

Par ailleurs, dans le cadre de l'urgence en psychiatrie, nous avons vu l'importance que peut avoir le médecin généraliste dans le dépistage en raison de sa connaissance du patient.

Toutefois lorsque l'hospitalisation devient nécessaire, son rôle reste majeur dans la résolution de la crise d'autant plus en raison de l'explosion des demandes de soin adressées aux urgences générales ces dernières années.

Mais pour cela il est essentiel de renforcer la collaboration entre l'hôpital et le médecin de ville pour assurer une réponse collective (46). Il est indispensable que l'alliance thérapeutique puisse être maintenue en faisant participer le médecin traitant, alors que le patient est à l'hôpital, soit par sa présence lors de l'entretien avec le psychiatre soit par un contact téléphonique (58). Comme nous l'avons vu, réussir à préserver l'alliance thérapeutique permet de s'assurer d'une plus grande chance de réussite de la prise en charge future.

Conclusion-CONCLUSION :

Dans notre étude nous avons essayé d'évaluer l'intensité de l'expérience d'une hospitalisation sans consentement pour un médecin généraliste et ses conséquences sur l'alliance thérapeutique. Nous avons pu constater son influence sur les différentes composantes qui constituent l'alliance. En effet le lien peut être soit renforcé soit rompu. La prise en charge et l'entente peuvent se trouver renforcées par un meilleur lien avec le patient ou par une meilleure coordination avec les psychiatres.

Comme nous l'avons vu, l'alliance thérapeutique présente l'intérêt de pouvoir être un facteur prédictif du devenir de la prise en charge. L'analyse que nous avons réalisée permet d'établir l'importance qui doit être apportée à cette alliance lors d'une hospitalisation sans le consentement du patient.

Lors des entretiens réalisés, l'ensemble des composantes de l'alliance thérapeutique a été retrouvé. Cela nous permet de mesurer l'intérêt porté par les médecins généralistes à propos des questions relationnelles avec leurs patients. Toutefois ils semblent connaître certaines difficultés dans ce domaine qui peuvent être liées à la pathologie psychiatrique mais aussi à leur manque de formation.

Paradoxalement nous avons pu observer que le discours des médecins interrogés niait tout changement de l'alliance thérapeutique après leur expérience de l'hospitalisation sans consentement. Nous avons pourtant noté, dans leurs entretiens, des modifications significatives de l'alliance.

Leur méconnaissance du concept de l'alliance thérapeutique ne semble pas expliquer leur attitude, car nous avons noté qu'ils ont abordé, dans leur ensemble, la question de l'alliance et de façon complète. Ne pas connaître exactement ce concept ne les a pas empêché d'aborder leur lien ou leur prise en charge avec leurs patients souffrant de troubles psychiques.

Dans ce cas nous nous interrogeons sur la capacité des médecins à pouvoir s'exprimer à ce sujet. Certaines questions semblent être difficiles pour eux à aborder peut-être en raison d'un sentiment de peur ou de culpabilité ? Toutefois il ne faut pas négliger dans notre étude la difficulté à appréhender le concept de l'alliance thérapeutique.

Par ailleurs, indépendamment de questions en rapport avec la subjectivité des médecins, la question de leur formation est régulièrement évoquée au sujet de la Psychiatrie.

Cependant il existe un isolement du médecin généraliste en regard de la contrainte. Il faut souligner les efforts faits ces dernières années pour améliorer certains aspects pratiques de cette expérience (recommandations sur les transports des patients vers l'hôpital, augmenter la formation des médecins) mais nous craignons que l'on oublie d'aborder le thème de l'alliance thérapeutique.

En effet la pression de la société est non négligeable sur la prise en charge de la psychiatrie. Le patient psychiatrique fait encore peur et les faits divers n'améliorent pas cette image de la «folie dangereuse». La protection de la communauté prend, aujourd'hui, une part de plus en plus importante dans la vie politique, avec une réponse qui est plus axée sur la stigmatisation du patient que vers une acceptation et une compréhension de leur pathologie.

Il ne faut pas négliger ce que peut représenter pour un médecin traitant le fait d'être confronté à la psychiatrie dans un contexte de crise. Mais nous pouvons regretter qu'il n'y ait pas assez de moyens pour essayer d'analyser certaines de leurs difficultés sur le plan relationnel.

Nous pouvons espérer que la place du médecin généraliste, au sein de cette exception qu'est l'hospitalisation sans consentement, soit étudiée de façon plus approfondie pour prendre en compte les éléments ayant trait à sa subjectivité. N'oublions pas que de la qualité de l'alliance thérapeutique dépend l'avenir de la prise en charge du patient.

Bibliographie BIBLIOGRAPHIE :

1/ Loi no 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. JO n°54 du 5 mars 2002.

2/ HERVE C. La relation médecin-malade, 2002.

Disponible sur :<http://infodoc.inserm.fr/ethique/cours.nsf/bccd132de8453295c125685b004bb3a8/715adec9095cd7e480256b4b004ede23?OpenDocument>

3/ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leur conditions d'hospitalisation. JO n°150 du 30 juin 1990.

4/ Loi sur les aliénés n° 7443 du 30 juin 1838.

5/ Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales.

6/ STONE AA. Mental Health and Law: A System in transition. Rockville, Md, NIMH Center for Studies of Crime and Delinquency, 1975.

7/KOVESS-MASFETY V. Place du généraliste dans la prise en charge des problèmes de santé mentale, Rev Prat Med Gen 2007;770-771:519-521.

8/ Rapport d'information du Sénat n° 422 (2005-2006), Le bon usage des médicaments psychotropes, Rapport n° 1387 (AN - XII^e législature) de Mme Maryvonne Briot, députée, déposé le 22 juin 2006.

9/ FREUD S. The dynamics of transferences, Starchey (ed) The [standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, London, 1958, Horgarth Press, pp. 99-108.](#)

~~[standart edition of the complete psychological works of Sigmund Freud, London, 1958, Horgarth Press, pp. 99-108.](#)~~

10/ STERBA R. The fate of the ego in analytic therapy. International Journal of Psychoanalysis, 1934, 15, 117-126.

11/ ROGERS C.R. Client-centered therapy. Boston: Houghton Mifflin, 1951.

12/ ZETZEL E. R. The concept of transference. In The Capacity for Emotional Growth. New York: Int. Univ. Press, 1956, pp. 168-181.

13/ GREENSON R. R. The working alliance and the transference neuroses. Psychoanalysis Quaterly, 1965, 34, 155-181.

14/ BORDIN E.S. The working alliance: Basis for a general theory of psychotherapy. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Washington, DC, 1975.

15/ LUBORSKY L. Helping alliances in psychotherapy. In J. L. Claghorn (Ed.), Successful psychotherapy (pp. 92-116). New York: Brunner/Mazel, 1976.

16/ MEISSNER W.W. The concept of the therapeutic alliance, Journal of the American Psychoanalytic Association, 1992, vol. 40, n°4, pp. 1059-1087.

17/ LUBORSKY L. Therapeutic alliance as predictors of psychotherapy outcomes : Factors explaining the predictive success. In : Horvath AO, Greenberg LS, eds. The working alliance : Theory, research and practice. New York : Wiley, 1994 ; 38-51.

18/ MARTIN DJ, GARSKE JP, DAVIS K. M. Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. Journal of Consulting and Clinical Psychology, June 2000 Vol. 68, No. 3, 438-450

19/ DESPLAND JN, DE ROTEN Y, MARTINEZ E, PLANCHEREL AC, SOLAI S. L'alliance thérapeutique un concept empirique, Rev Méd Suisse, 2000, vol. 58, n°2315, pp. 1877-1880 5.

20/ FENTON LR, CECERO JJ, NICH C, FANKFORTER TL, CARROLL KM. Perspective is everything: the predictive validity working alliance instruments. Journal of Psychotherapy Practice & Research 2001; 10(4):262–268

21/ MILLS C.W. L'imagination sociologique, Paris, Maspero, 1978.

22/ BLANCHET A, GOTMAN A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien, A. Colin, 2007.

23/ THOMPSON P. Récits de vie et changement social, Cahiers internationaux de sociologie, vol.LXIX, 1980, p. 226-242.

24/ QUIVY R, VAN CAMPENHOUDT L. Manuel de recherches en sciences sociales, Paris, Dunod, 1988.

25/ POURTOIS JP, DESMET H. Epistémologie et Instrumentation en Sciences Humaines, Bruxelles, Éditions Pierre Mardaga, 1988.

26/ BERELSON B. Content analysis as a tool of Communication research. Glencoe. (Ill) Free Press, 1952.

27/ BARDIN L. L'analyse de contenu, Paris, PUF, 1991.

28/ Épreuves Classantes Nationales (ECN) - Module 1 : apprentissage de l'exercice médical (de la question 1 à 14)

Disponible sur :

http://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_648077/epreuves-classantes-nationales-ecn-module-1-apprentissage-de-l-exercice-medical-de-la-question-1-a-14

29/ WOLF M. Relation médecin-malade. Le consentement. Novembre 2003

Disponible -sur :

[http://infodoc.inserm.fr/ethique/ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/fed8c8eff674ee0fc125693d00372340/\\$FILE/Le%20consentement.pdf](http://infodoc.inserm.fr/ethique/ethique.nsf/397fe8563d75f39bc12563f60028ec43/fed8c8eff674ee0fc125693d00372340/$FILE/Le%20consentement.pdf)

30/ PORTES L. Du consentement du malade à l'acte médical. In A la recherche d'une éthique médicale. Masson, Paris, 1964, p. 163.

31/ TATE P. La relation Médecin / Patient Soigner (aussi) sa communication, Bruxelles : Éditions De Boeck Université, 2005, trad. fr. The Doctor's Communication Handbook, 4th edition by Peter Tate, Radcliffe Medical Pres Ltd., 2003.

32/ HAMBURGER J. L'aventure humaine, Flammarion, 1992.

33/ KALTIALA-HEINO R, LAIPPALA P, SALOKANGAS R. Impact of coercion on treatment outcome. Int J Law Psychiatry 1997; 20: 311–322.

34/ CARPENTER WT Jr, GOLD JM, LAHTI AC, QUEERN CA, CONLEY RR, BARTKO JJ, KOVNICK J, APPELBAUM PS. Decisional capacity for informed consent in schizophrenia research. Arch Gen Psychiatry 2000; 57:533–538.

35/ NESS D. E. Discussing Treatment Options and Risks With Medical Patients Who Have Psychiatric Problems. Arch Intern Med 2002; 162: 2037-2044.

36/ FREMONT P, GERARD A, SECHTER D, VANELLE JM, VIDAL M. L'alliance thérapeutique au début d'une prise en charge pour dépression par le généraliste. L'Encéphale, Avril 2008, Volume 34, Issue 2, Pages 205-210

37/ HAS. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux. Avril 2005

38/ WERTHEIMER A. A philosophical examination of coercion for mental health issues. Behav Sci Law 1993; 11:239-258

39/ BECK JC, GOLOWKA E.A. A study of enforced treatment in relation to Stone's "thank you" theory. Behav Sci Law 2006; 6: 559-566.

40/ CHAMBERLIN J. An ex-patient's response to Soliday. J.Nerv.Ment.Dis 1985; 173, 288-289

41/ GARDNER W, LIDZ CW, HOGE SK, MONAHAN J, EISENBERG MM, BENNETT NS, MULVEY EP, ROTH L.H. Patients' revisions of their beliefs about the need for hospitalization. Am J Psychiatry 1999; 156:1385-1391.

42/ MENEZ, Eric, Le médecin généraliste et son patient face à l'hospitalisation à la demande d'un tiers, Th : Méd : Brest : 2000.

43/ MORIN P, LAPLANTE S, ROBERTSON C. Les perceptions des personnes hospitalisées involontairement en Montérégie en vertu de la « Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui » et la théorie du « Thank you ». Rapport de recherche, Direction de la Santé

publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux de la Montérégie, 2002.

44/ CLERY-MELIN P, KOVESS V, PASCAL J.C. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la Santé Mentale, Rapport d'étape de la mission Cléry-Melin remis le 15 mars 2003.

45/ BAUMANN F. Le médecin généraliste, médecin de premier recours. Rev Prat Med Gen 1997;404:63-5.

46/ BROUSSE G, DURAND RJ, GENESTE J, JALENQUES I. Urgences et crises : éclosions ou résolutions ? Ann Med Psychol 2007 ; 165 : 729-36.

47/ YOUNES N, HARDY-BAYLE MC, FALISSARD B, KOVESS V, CHAILLET MP, GASQUET I. Differing mental health practice among general practitioners, private psychiatrists and public psychiatrists, BMC Public Health. 2005; 5:104.

48/ YOUNES N, GASQUET I, GAUDEBOUT P, CHAILLET MP, KOVESS V, FALISSARD B, HARDY-BAYLE MC. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. BMC Fam Pract. 2005;6:18.

49/ LEVASSEUR G, BATAILLON R, SAMZUN JL. Prise en charge de problèmes de santé mentale en médecine générale, Baromètre des pratiques en médecine libérale, URMLB, juin 2004.

50/ BALNATH C, ZDANOWICZ N, TORDEURS MD. La gestion par le médecin généraliste des patients à pathologies psychiatriques. Louvain médical 2008 ; 127,2 : 84-89.

51/ THOMAS J.M. Prévalence des pathologies psychiatriques en médecine générale, Rev Med Brux 2004 ; 25 : 293-4.

52/ VERDOUX H, COUGNARD A, GROLLEAU S, BESSON R, DELCROIX F. How do general practitioners manage subjects with early schizophrenia and collaborate with mental health professionals?, Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2005 ; 40 : 892-898.

53/ BOHN I, AUBERT JP, GUEGAN M, GUILLARD M, GREACEN T, LEJOYEUX M, NOUGAIREDE M. Patients psychiatriques ambulatoires : Quelle coordination des soins ?, Rev Prat Med Gen 2007 ;21 :511-4.

54/ DRESS. Une typologie des recours urgents ou non programmés en médecine de ville, GOUYON M., 2006, n°1, janvier-mars : 61-67.

55/ DRESS. Recours urgents et non programmés à la médecine générale de ville : satisfactions des patients et suites éventuelles, GOUYON M, COLLET M., février 2008, n° 625.

56/ Rapport sur la prise en charge de la psychiatrie en France par M. Alain MILON, Sénateur le 28 mai 2009.

57/ PASSERIEUX C. Accès et continuité des soins pour les troubles mentaux les plus fréquents : les consultations de soins partagés du RPSM 78. Ann Med Psychol 2007 ; 165 : 741-745.

58/ DE CLERCQ M. Urgences psychiatriques et interventions de crise. 2000, de Boeck Université, 280p.

**Annexe-ANNEXE 1 : Questions directricesQUESTIONS
DIRECTRICES**

1- Temps de présentation

2- Quelles relations avez-vous avec les patients ayant des troubles psychiques ?

3- Pouvez-vous décrire votre expérience de l'Hospitalisation à la demande d'un tiers ou de l'Hospitalisation d'Office, d'un de vos patients, sur le plan relationnel ?

4- Quel a été votre ressenti après cette expérience ?

5- Quel a été l'impact de l'utilisation de la contrainte sur l'alliance thérapeutique avec votre patient?

ANNEXE 2 : GRILLE D'ENTRETIEN

<u>Présentation des médecins</u>	<u>Age</u>		
	<u>Date d'installation, mode d'exercice (milieu rural ou urbain)</u>		
	<u>Formation psychiatrique</u>	<u>Etudes de 2^{ème} cycle (cours, stage)</u>	
		<u>internat</u>	
		<u>FMC</u>	
		<u>...</u>	
<u>Expérience d'hospitalisation sous contrainte en terme de fréquence</u>			
<u>Coordination des soins (travail avec le privé ou avec les secteurs publics)</u>			
<u>L'alliance thérapeutique avec les patients ayant des troubles psychiques</u>	<u>Lien et ses caractéristiques</u>	<u>Empathie, Confiance, Partenariat, Transparence, Ecoute active</u>	
		<u>L'examen clinique, Rapport avec le corps</u>	
	<u>Difficultés et différences du lien</u>	<u>-Angoisse, isolement, sentiment d'insécurité</u> <u>-Plus intense, beaucoup d'attente de la part du patient)</u> <u>-Chronophage</u> <u>-Instabilité des liens</u> <u>-Risque de rechute</u>	
	<u>La prise en charge</u>	<u>Entente possible sur les buts et les moyens ?</u>	
		<u>Expression possible des idées du patient et ses attentes ?</u>	

		<u>Difficultés et différences</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Evolution de la relation, aspect dynamique et difficultés à contrôler -Pathologie compliquée -Définir des objectifs thérapeutiques -Isolement du médecin -Plus de responsabilités : risques grave (TS...), encourager et rassurer plus.
<u>Le ressenti du médecin de l'alliance thérapeutique lors de l'HDT/HO</u>	<u>Quelle est la situation conduisant à utiliser la contrainte ?</u>		
	<u>Quelle est la communication avec le patient ?</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Impossibilité à communiquer -Appréciation de l'absence de consentement ? (à confronter avec la nécessité de soin) -Influence de l'alliance à ce moment, aide ? 	
	<u>Rôle de l'entourage</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Aide à communiquer -Difficultés dans la relation 	
	<u>Sentiment par rapport au patient</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Vécu par le médecin d'insécurité, peur -Sentiment de privation de liberté -Position autoritariste ou soignante -Isolement -Sentiment de trahison, colère 	
<u>Conséquences à court et moyen terme sur l'alliance thérapeutique</u>	<u>Retour du patient ou perdu de vue</u>		
	<u>Bilan de cette expérience avec le patient ? (sinon comment est-ce ressenti ?)</u>	<ul style="list-style-type: none"> -Demande d'explications -besoin de parler -revendications -reconnaissance 	
	<u>Prise en charge différente ?</u>		
	<u>Accord sur les moyens à mettre en œuvre pour la suite de la prise en charge ?</u>		

ANNEXE 3 : ENTRETIENS



Entretien n°1 - le 28/11/08 (S : Stanislas, G : médecin)

- 5 S : Dans un premier temps si vous pouvez vous présenter, votre âge, votre mode d'exercice, l'expérience que vous avez de la psychiatrie, votre formation, une expérience de la psychiatrie dans votre cursus et votre manière de procéder avec vos confrères psychiatres en secteur public ou plutôt privé.
- 10 G : J'ai 51 ans et j'ai 23 ans d'expérience d'exercice de médecine générale présent sur S..... M.... s.. M.. euh...la psy et moi...des débuts difficiles parce que...c'est quelque chose...au niveau étudiant du terme sur lequel j'étais assez fermé au niveau du langage, des mots et du décryptage on peut dire.
- 15 S : Hmm
- G : Par contre sur le plan du terrain je ne vais pas...me donner des qualités particulières...simplement je vais dire...je peux écouter.
- 20 S : Hmm
- G : J'ai pas les solutions à tout, du tout. Je pense que je peux écouter. Je suis capable de prendre du temps, je n'ai pas de formation particulière, ni de loin, ni de près par rapport à mon cursus qui a été très standard à ce niveau là euh...
- 25 S : Standard, c'est-à-dire les cours à la fac ?
- G : Les cours à la fac, voilà.
- 30 S : Vous n'avez pas fait de stage ?
- G : Je n'ai pas fait de stage du tout en psychiatrie euh...j'étais un peu fâché avec le vocabulaire hein ! Donc ma manière à moi, c'est simplement d'être proche des gens et d'essayer de prendre du temps.
- 35 Euh...puis d'essayer...
Globalement je me donne comme ligne de conduite de...de me dire euh...quelles sont les possibilités pour mon patient...
C'est-à-dire de faire le point rapidement
De ne pas les engagés si vous voulez sur plusieurs consultations qui ne serviraient à rien.
- 40 Je dirai traiter pour traiter dans le sens, chimiothéraper pour chimiothéraper, ça ne m'intéresse pas au sens propre du terme.
J'ai un comportement...entre guillemet en médecine en générale...Je suis quelqu'un qui aimerait être assez rapide.
C'est-à-dire que quand je prends quelqu'un en charge et bien que...de l'utilité d'un examen et
- 45 de sa rapidité en même temps euh...et en matière de diagnostic psychologique pareil.
Donc mes débouchées à partir de là sont...au fur et à mesure en 23 ans j'ai essayé de me faire, je dirai un tissu de spécialistes qui répondent un petit peu à mes attentes.

50 Euh j'ai l'habitude parce que je suis un peu empressé comme ça de prime abord de téléphoner souvent, pour avoir un entretien téléphonique avec mon psy de référence ou mes psy de référence pour les inviter à voir les gens rapidement, leur donner mon avis assez vite...parce que...

En leur disant toujours que j'ai pu faire un mot, mais très rapide mais que dans mon...dans une lettre pour moi je...peut-être le bas qui blesse...je ne suis pas capable de retranscrire manuscrit ce que je ressens...par rapport à ce que je dis oralement.

55

S : Hmm

G : Alors c'est une difficulté qui m'est personnel (rire)

60 Euh ...Je suis incapable de retranscrire à la main. Autant je peux étoffer sur le plan verbal autant...bon !

J'ai l'habitude d'appeler les gens euh...en conséquence et de leur dire...voilà ! Moi mon point de vue objectif...

65 Je leur donne toujours les critères objectifs et les critères subjectifs. Donc je leurs dis « Méfiez-vous de ce que je viens de vous dire, dans le sens où je ne voudrais pas que vous ayez un a priori. Mais voilà mes peurs sont là.»

S : Hmm

G : J'ai également recours à de la psychothérapie...

70 Je suis un peu plus récent dans ma démarche psychothérapie, c'est-à-dire, pas le médecin si vous voulez.

Alors non pas que j'ai peur que ce ne soit pas un médecin et qu'il n'y ait pas de bon suivi. Je pense que c'est une question d'aiguillage.

75 S : Hmm

G : Il y a des gens qui sont en danger qu'il faut...

Que je gère par la voix du médecin parce qu'il faut qu'il y ait quelqu'un qui me dise « Ok » pour le danger donc faut faire quelque chose donc...

80 Puis la psychothérapie pure qui est sur des choses je dirai...pas plus légère car en terme de psychiatrie il n'y a pas de légèreté, il n'y a pas de profondeur.

Mais disons quelque chose qui peut être traité euh...à l'égard de plus de temps voilà...on peut définir ça comme ça...

85 S : Hmm

G : Qui sont des choses qui ont attiré à des choses plus anciennes, des problèmes d'enfance, je dirai donc on ne va pas je dirai chavirer toute une vie en deux temps trois mouvements et trouver la clef du problème tout de suite donc à la limite si face à moi j'ai une ou deux bonnes adresses de psychothérapeute qui vous permettent de faire ça je ne vais pas hésiter à ce moment là donc c'est pareil j'ai retenu deux, trois psychothérapeutes.

90 Alors ! En sachant que dans ma démarche également que ce soit le psychiatre ou le psychothérapeute j'essaye, je ne sais pas pourquoi ?...

Pure subjectivité de ma part...

95 De voir qui j'ai en face au niveau profil et qui j'ai en face au niveau soignant profil pour que l'adéquation soit peut-être au départ la meilleure possible.

S : D'accord

100 G : Parce qu'on a parfois des retours... « Non, non, c'est pas possible. Le mec là, j'ai pas pu le voir, c'était pas possible, j'ai pas pu l'encaisser...j'suis devant lui, j'n'ai rien à dire »

S : Hmm

105 G : Là je m'permets entre guillemet d'avoir un choix subjectif de départ dans ma démarche directe de base.
Je pense qu'elle est purement subjective...
Euh autrement aucune autre expérience euh particulière.

110 S : Quelle est votre expérience de l'HDT ou de l'HO dans votre carrière ?

G : Dans ma carrière j'ai essayé de l'éviter au maximum euh...donc le but de la manœuvre...
Ayant toujours été...quelqu'un qui a voulu...
Pas contraindre mais éventuellement arriver à expliquer aux gens que c'était certainement la
115 meilleure façon, que de se faire hospitaliser et d'obtenir...j'dirai au final, même dans les situations dès fois les plus baroques qui sont...les situations véritablement conflictuelles, agressives parfois...Essayer à un moment donné de choper les gens et de les amener à...être plus, finalement d'accord pour cette hospitalisation.

120 S : Donc vous l'avez fait combien...

G : Oh je dirai...sur l'ensemble...au début c'était beaucoup plus important que ça...facilement une bonne dizaine de fois...où ça a pu fonctionner parfaitement bien.
Euh...donc l'HDT, bah ! une expérience récente.

125

S : Hmm

G : Bon sur laquelle effectivement...il y avait nécessité parce qu'il y avait dangerosité pour la patiente.
130 Euh...D'une part et effectivement on ne peut pas le nier à chaque fois euh forcément une pression, qui est celle environnementale euh...soit un contexte où il n'y a aucune possibilité de capacité de prise en charge par quiconque donc on est dans la nature avec quelqu'un qu'on est bien obligé de monnayer quelque part ou éventuellement avec pression familiale, parentale.

135

S : Une personne ne pouvant pas donner son consentement, impossible de le recueillir, pour être hospitalisée ?

G : Ah oui là ça s'est produit dans ce sens là. C'est-à-dire que là, la patiente luttait contre ça et vociférait largement...
140 Effectivement comme elle était en proie à une alcoolisation très importante plus la consommation de substituts de drogues...
Là on était dans une phase où il aurait fallu attendre facilement 24 heures avant qu'elle décortique, j'dirai cérébralement ce que vraiment on voulait bien lui faire faire. Donc...

145

S : Là ce n'était pas possible ?

- G : Là ce n'était pas possible, ça vous arrive toujours si vous voulez, en général une veille de férié à 20 heure le soir, donc les conditions sont toujours...voilà.
- 150 Donc moi si je pars et que je la laisse là, j'ai le souci d'une dangerosité immédiate physique euh...de quelqu'un qui va se retrouver tout seul euh...
Bon avec tous les dangers inhérents à l'alcoolisation forte, de savoir que le lendemain matin on va la retrouver physiquement éventuellement en danger.
- 155 S : Hmm d'accord, dans un deuxième temps j'aurai voulu que l'on puisse aborder la relation que vous pouvez avoir avec vos patients qui ont des troubles psychiques ?
Comment est-ce que vous décririez les liens que vous pouvez avoir avec ce type de patients ?
- G :alors euh.....là...on va dire que, bon ! Le médecin généraliste à cette particularité...
160 J'essaye toujours de le dire, c'est que...on a quand même minimum avec nos patients un suivi assez régulier quand même.
On a au minimum une certaine empathie envers eux.
On a parfois depuis 20 ans presque un « simili » relation que je dirai...affective.
En tout cas eux aussi peuvent avoir cette chose là.
- 165 Donc en matière de relation si vous voulez je me méfie toujours, c'est pourquoi je vous disais que je vais assez vite dans ma démarche parce que...
Autant je peux faire la reconnaissance d'un trouble, autant je me défie de pouvoir, à moi tout seul, le régler dans le sens où effectivement déjà entre le patient et moi on se connaît déjà trop et quelque part notre minimum d'affectivité ou d'empathie n'est pas bon pour la suite logique
170 de la thérapeutique...notamment psychothérapeutique.
J'ai la volonté d'être peut-être...je dirai...quelqu'un qui écoute on va dire, j'ai peut-être une écoute psychologique mais je ne suis pas psychothérapeute. Hein...c'est la différence. Donc je me méfie toujours, à la fois, de moi-même et des gens.
- 175 S : Hmm
- G : Les gens, parce que si vous voulez au nom du fait que je sois leur médecin traitant, cette espèce de pseudo confiance qu'ils vont mettre sur la table tout de suite, sur le bureau, en fait...
180 est tout à fait vrai de prime abord mais mensonge entre guillemet dès qu'il s'agit je dirai...
Dès que vous mélangez affection psychiatrique, euh alcool éventuellement, là on sait qu'on vit dans un contexte qui n'est pas celui de...
Alors j'essaye toujours de leur dire, euh voilà : pour qu'on aille vite et loin, euh moi je ne vous juge pas donc mettez moi sur la table, entre guillemet, tout ce qui ne va pas tout de suite,
185 euh...pour avoir la reconnaissance des problèmes tout de suite.
Donc j'essaye de jouer une forme de vérité, qu'est-ce qui ne va pas ? pourquoi ?
Effectivement on n'est pas gagnant à chaque fois dans le sens où les gens ne se racontent pas tout de suite euh...ça c'est sûr mais euh...voilà !
Me méfiez de ma propre empathie, affectivité, relation euh...la reconnaissance des troubles,
190 la vérité des troubles et puis après effectivement je ne suis plus le psychothérapeute.
- S : Vous sentez-vous isolé par rapport au patient quand vous dites préférer prendre un tiers ?
- G : Je ne me sentirai pas isolé, je me sentirai...euh...après 23 ans d'exercice...je pense
195 que...mon propre équilibre passe par là.
Je vais peut-être être égoïste en disant ça mais mon propre équilibre passe par là parce que si je me mets à partager vraiment et à soutenir psychologiquement toute ma clientèle...euh

200 Je me suis aperçu que je prenais trop de temps pour moi, mais ce n'est peut-être pas assez attention ! Je ne fais pas de jugement...Et qu'au long cours, une protection minimum s'imposait. J'en ai déjà discuté avec une psychothérapeute, mais de loin comme ça...pas à titre personnel et effectivement elle m'engageait à...

S : Vous préservez ?

205 G : A me préserver. Alors quand je dis psychothérapeute, c'est quelqu'un qui aujourd'hui...C'est pareil je choisis des répertoires dans lesquelles elle va intervenir. Elle est ex-psychanalyste, elle a cet espèce de recul et voilà !

210 On pourrait passer plus de temps, je suis toujours prêt dans la difficulté à passer du temps Mais simplement dans le suivi et dans l'évolution euh...je pense qu'aujourd'hui techniquement au niveau temps et préjugés, ce trop déjà d'affectif qui est la confiance entre un patient et euh...

Parce que ma valeur première dans la médecine générale c'est de me dire que le couple médecin malade ne fonctionne que sur la confiance.

215 S : Hmm d'accord.

G : Mais c'est une technique à moi...

220 S : Comment dans votre exercice vous abordez ces patients du point de vu de l'examen clinique ? Est-ce qu'il y a une différence ou est-ce quelque chose d'important dans le lien avec eux ?

G : De...toujours dans la relation avec eux ?

225 S : Oui, dans la relation qu'il n'y ait pas toujours qu'un échange verbal ?

G : Ah oui ! Toujours ! L'examen clinique étant...oui, oui tout à fait.

230 L'examen clinique c'est toujours...ça vient comme quelque chose, euh, qui de toute façon est nécessaire parce que de toute façon, euh, le verbal pour les patients, tel que j'en juge moi à ma place, c'est bien...

Mais par contre la clinique vient performer, si vous voulez, la notion de prise en charge, de prise en compte, euh, qui doit être globale.

Les gens quand vous avez simplement un échange verbal avec eux, ils ont l'impression d'être squeezés quelque part.

235 S : Il y a un manque ?

G : Il y a un manque ! Donc il faut que ça se finisse...pas à tous les coups, quand on a fait...prenez une relation je dirai dépressive avec alcool à la clef...

240 On va le faire la première fois car on va bilanter, on va faire une photo de départ qui est à la fois clinique, biologique, psychologique et puis on ne va pas répéter ça obligatoirement.

On va répéter ça au bout du compte pour voir s'il y a une évolution.

Effectivement au moins sur une consultation il est hyper important que la clinique vienne, voilà ! Le paquet cadeau est terminé.

245 S : Ok, est-ce que vous ressentez une certaine instabilité dans la relation avec ces patients ?

- G : Oh totalement ! Je...C'est pas un ressenti, c'est que d'emblée je sais que ce sera instable...Je ne me fais pas de leurre.
- 250 S : Ce n'est pas pour vous une difficulté ?
- G : Non, je sais qu'ils vont mentir, je sais qu'ils vont minimiser. Je sais qu'ils vont venir sur certaines consultations n'ayant pas du tout l'intention de dire quelque chose.
- 255 Bon, je dirai quelque part, à moi, d'être incisif...bon ! d'être incisif, de trouver les quelques petites clefs, qu'ils vont peut-être craquer, voilà c'est tout.
- S : Sur votre prise en charge avec ces patients, vous arrivez à avoir une entente partagée... ?
- 260 G : Toujours ! Toujours.
- S : ...D'être en partenariat, si on peut util...
- G : Non, je,...C'est très rare, ça peut arriver je...je...
- 265 Comme je vous disais tout à l'heure dans ma manière de faire ce qui est important...là je vais prendre l'exemple récemment d'une dame qui est venue...quelqu'un qui porte, je dirai entre guillemet, une dépression très forte qui est bon...peut-être une façon de vivre, une maladie antérieure etc...et qui est venue je dirai...en bout de course psychologique.
- 270 S : Hmm
- G : Elle est venue là en se disant « Je vais quand même voir mon médecin, mais de toute façon il ne fera rien ».
- 275 S : Elle a pu l'exprimer comme ça ?
- G : Oui tout à fait ! Et...Elle ne l'a exprimé pas tout de suite bien sûr, elle l'a exprimée a contrario de ce que je lui ai présenté parce que je lui ai présenté une sorte de plan de bataille.
- 280 S : Hmm
- G : J'ai deviné qu'elle venait là les bras ballants...
J'ai deviné ce désespoir de cause sur lequel elle était d'accord et j'ai exprimé si vous voulez...un véritable plan de bataille euh...qui la, à la fois surpris parce qu'elle l'a vécu
- 285 comme innovateur (il n'y avait rien d'innovant rassurez-vous) mais la présentation a fait que ; par rapport à ce qu'elle avait déjà eu. Donc il était innovateur.
Et la personne avec laquelle elle va travailler, en plus d'une petite chimiothérapie d'aide d'urgence, parce que ça je lui ai dit que ce n'était pas le plus important, c'était juste pour passer un cap euh...
- 290 Elle est repartie hyper regonflée en disant : « Je suis venu là en me disant qu'on ne pouvait plus rien pour moi et je repars avec le sourire », elle me l'a dit tel que...parce que voilà ! J'ai une option.
- S : C'est important que les patients puissent donner leur avis sur leur prise en charge ?
- 295

G : Ah oui ! Complètement, dès lors si vous voulez qu'ils n'éprouvent pas le même avis que moi sur une mise en place thérapeutique euh...on fait autrement. Même si c'est moins bien. Je préfère une adhésion.

300 S : Hmm

G : Avec quelque chose qui n'est pas tout à fait top ! Plutôt qu'un refus de quelque chose qui pourrait se vouloir dire être top.

305 S : C'est-à-dire être ensemble ?

G : Voilà ! Tout à fait, on peut aller moins vite tamps.

Mais euh...il faut que l'on soit d'accord. Dès lors que les gens ne sortent pas d'accord d'ici, c'est mort.

310 Bah, c'est mort ?! C'est...C'est une consultation qui n'a pas été inutile mais qui a trépillé.

S : Vous sentez que ça n'ira pas ?

315 G : Bah voilà, ce qu'on a espéré et surtout l'énergie avec laquelle on a présenté tout ça, va s'être avéré...négatif.

S : Es-ce que pour vous il y a des difficultés ou des différences dans la prise en charge de ces patients ?

320 G : Non...La seule chose qui faille dire...C'est que ça demande du temps...

S : Pour quelle raison ?

325 G : Parce que c'est des gens qui ont bizarrement...On ne peut pas leur dire en un quart d'heure :...« Je vous ai posé des questions, j'ai conclu que vous n'alliez pas bien alors vous allez me faire ceci, vous allez me faire cela. »

Il faut vraiment les convaincre. Et souvent il faut les convaincre de quelque chose dont, euh, ils n'avaient pas du tout...la réalisation ; c'est qu'ils ne vont pas bien du tout.

330 S : Hmm

G : Ils savaient qu'ils n'allaient pas bien mais à ce point peut-être pas.

Souvent il y a des mécanismes de refus de prise en charge, je dirai de thérapeutique médicale : le médicament.

335 On n'est pas bien, on vient pour ça mais par contre on refuse la médication parce qu'on n'est pas, entre guillemet assez atteint en général pour prendre des médicaments.

« Ah non, non je ne vais pas me mettre à prendre des antidépresseurs ; non, non les anxiolytiques ce n'est pas pour moi ! »

340 S : Cela stigmatise de prendre ces traitements là ?

G : Souvent oui.

S : Il y a besoin pour vous...

345

G : ...de convaincre ? Oui. De convaincre donc on va toujours prendre plus de temps. Mais si vous voulez, si on devait comparer.
Je vais pendre encore plus de temps avec un type à qui je vais apprendre qu'il a un cancer quelconque.

350

S : Hmm

G : Pour moi, si vous voulez, vous me disiez : « Est-ce que ça change quelque chose ? », je dirai non.

355

S : Hmm

G : Heu...quelque part, à part...le timing.

360

Parce que souvent si vous voulez, quand même il y a un truc. Car quand vous apprenez à quelqu'un qu'il a un cancer...euh c'est dur...pour les deux et plus, forcément pour le patient euh...mais de convaincre quelqu'un qui ne va pas bien...et qui ne veut pas l'entendre...avec les conséquences des fois physiques que ça comporte euh...là c'est deux fois plus dur parce qu'il n'est pas du tout convaincu en sortant.

365

S : Et vous, qu'est-ce que vous ressentez quand un de vos patients ne va pas bien...que vous suivez depuis un moment ? Comme vous disiez pour quelqu'un qui a un cancer, c'est difficile aussi pour le médecin.

370

G : Ah non par rapport à ça moi ça me met en énergie positive. Moi je suis euh...je monte crescendo au créneau...

S : Sur l'évolution de la prise en charge, est-ce que vous trouvez qu'il y a une différence ?

375

G : Je dirai avec le temps...on discutait justement avec une jeune collègue...

Dans les débuts on se démarque un peu...au début de carrière, finalement on a...on a peur.

On n'est pas à l'aise, ce n'est pas le mot peur, on n'est pas très à l'aise et puis il faut aussi savoir que...on peut parler de ça éventuellement.

C'est que le milieu évolutif médical dans lequel on baigne n'est pas facile.

C'es à dire que, juste pour vous dire, quand vous avez l'intention...

380

Je vous parlais tout à l'heure de la rapidité avec laquelle je voulais parfois l'exécution...

C'est que pour obtenir une consultation psy il faut parfois attendre deux mois...public ou privé.

J'dirai public encore pire, c'est dommage parce que je dirai quand même que notre mère à tous c'est l'institution publique.

385

S : Hmm

G : Et moi j'en suis toujours redevable moralement mais malheureusement...

On est de plus en plus jeté dehors...donc on est bien obligé de passer par l'extérieur.

390

Qui n'est pas totalement, je dirai, absolument bonne aussi...

Que les mécanismes sont hyper lents en matière d'affections psychologique, psychiatrique et tout ce que vous voulez.

Avec des incompréhensions totales avec effectivement ; vous envoyez quelqu'un pour suicide , il ressort dans les deux heures qui suivent euh...et qui voilà...on est pas du tout d'accord sur

395

le ressenti que l'on a. Alors on se trompe peut-être mais on n'en discute pas.

S : Vous vous sentez isolé par rapport à ces pathologies ?

G : Isolé, non...Dénié, voilà !

400

S : Et par rapport aux pathologies vous aimeriez bien être conseillé ?

G : Moi j'aimerais bien que à la limite, comme je vous disais ; moi je le fais de mon côté, je m'engage oralement bon, j'aimerais bien que quelqu'un que j'envoie, qu'un psy me dise bien voilà nous on la trouve comme ça, vous comment vous l'avez trouvé ?

405

Voilà,...parce que je ne suis pas psychiatre donc alors effectivement je ne suis peut-être pas, je dirai sain psychologiquement parlant, je dirai à la fois du côté médical et à la fois du côté personnel pour pouvoir avoir une vue, je dirai, objective totale.

410

Mais quelquefois j'aimerais bien dans les cas difficiles qu'on reconnaisse...je dirai ma méfiance et ce pourquoi j'ai envoyé un patient.

S : D'accord donc pour vous ces patients ne sont pas plus difficiles du point de vue de la pathologie, d'accord ; des prises en charges différentes mais pas plus compliquées.

415

G : Voilà.

S : Je voulais savoir en rapport avec les risques graves, comme le suicide, comment cela se passe-t-il au niveau relationnel ?

420

G : Alors niveau relationnel, jusqu'à présent j'ai réussi à convaincre...pour protéger mon patient. Pour me sentir, on va le dire, également, libéré d'un poids parce que je crois qu'il ne faut pas non plus cacher ce sentiment.

425

Il m'est arrivé une fois de me laisser prendre au piège d'un monsieur qui n'allait pas bien, que ne connaissais pas bien, que j'avais vu deux fois...bon effectivement à intervalles rapprochés...

Et qui malheureusement en quittant la consultation dans les 48 heures s'est suicidé.

Heu...ça vous fait toujours un choc assez brutal...et effectivement je me suis dit pour cette seule fois que j'avais dû rater un épisode mais voilà.

430

S : Vous vous êtes dits que vous auriez pu le contraindre...

G : Pas le contraindre parce que je n'avais même pas la notion de contrainte. Il n'allait pas bien certes mais nous n'avions pas été assez loin pour évoquer l'ampleur des dégâts.

435

S : Par manque de temps ?

G : Non, euh...je vais dire que je n'ai peut-être pas posé les bonnes questions et que le monsieur n'avait pas du tout envie d'en parler...

Les mecs c'est plus difficile que les nanas globalement.

440

Quand vous verrouillez...les nanas verrouillent moins que les mecs.

S : Et pourtant vous êtes un homme, entre hommes...

445 G : Oui, mais non, je pense que c'est de la rigolade. A la limite même, je pense que le rapport humain entre homme et femme peut...moi, m'est plus facile dans la découverte d'un diagnostic ou l'aide au diagnostic plutôt que d'homme à homme.

S : On en vient maintenant à ce que vous puissiez parler de votre expérience d'une HDT. Dans quelle situation vous avez été conduit à la poser ?

450 G : Alors donc une fois. Donc c'est toujours... ; les risques sont surtout de protéger quelqu'un...Protéger quelqu'un je pense, soit de façon immédiate soit urgente soit éventuellement ça peut-être une situation, euh, qui a déjà été explorée, euh, dans le sens sans contrainte et qui n'aboutissait pas du fait d'un patient qui n'obtempérait pas, si vous voulez, aux conseils ou dans un premier temps qui pensait vouloir obtempérer mais qui ne le faisait pas et au bout d'un certain nombre de, quelque part comment dirai-je,...d'échec ! probants, euh...

A un moment donné vous ajouté les échecs successifs, plus l'urgence d'une certaine situation ; vous font arrivé à poser, pour moi, une fois l'HDT.

460 Ça peut être ces deux paramètres. L'urgence immédiate, vous connaissez pas, vous arrivez en urgence, un week-end ; bon ça peut se prononcer. Ça peut être quelqu'un que vous connaissez bien et les échecs successifs plus l'urgence d'un certain palier, un cran au dessus de ce que vous connaissiez antérieurement, vous amène effectivement à dire stop. On ne peut pas aller plus loin.

465 S : Il est impossible de communiquer avec ce patient que vous connaissez bien ?

G : À ce moment là sous l'emprise de l'alcool et des traitements substitutifs c'était une communication impossible.

470 S : Vous essayez ?

G : Oui on essaye, on essaye et on s'aperçoit effectivement que malheureusement vous...je dirai...les gens n'entendent pas j'veux dire...

475 Interruption par le téléphone

G : Je pense que l'alcool est un ennemi public numéro un entre deux individus pour se comprendre quand il y a un excès d'un côté.

480 S : Est-ce que le fait de connaître cette patiente vous a aidé ?

G : Oui, on pense toujours au départ quand on commence à discuter qu'on va pouvoir euh...effectivement rétablir malgré l'alcool un climat de confiance qui fait que...on va pouvoir aboutir...à...être non agressif.

485 S : Oui...

G : Sur l'exemple type j'ai fait une HDT parce qu'elle n'était absolument pas d'accord. Je peux simplement vous dire que j'ai continué quand même la discussion derrière et que ma patiente est montée de son propre gré dans l'ambulance quand même.

490 S : Est-ce que vous pensez que son consentement aurait pu être possible ?

495 G : Euh... avec trois heures de plus, ouais ! C'est tout, juste du temps. Mais techniquement ce n'est pas facile non plus sur le terrain...

S : Donc la dangerosité pour elle associée à un manque de consentement sur le moment dans les conditions techniques que vous aviez ?

500 G : Dans l'heure trente pendant laquelle on s'en occupe on n'obtient pas ce qu'on veut ; après on est obligé de prendre... d'être décisif, euh, mais on continue toujours un petit peu. Et quand l'ambulance arrive, j'ai toujours fait monter quelqu'un, euh, sans force. Elle s'est installée sans force, pas eu besoin du tout. Elle a fait un voyage tranquille, euh, c'est tout.

505 Et la particularité c'est que, derrière ça, vous mettez une petite demi mesure en plus ; c'est que vous savez qu'elle va arriver à l'hôpital, vous savez qu'elle va y rester au moins pendant 48 heures.

510 Parce que sinon si vous avez son simple consentement et qu'elle accepte d'y aller. En général elle va dégriser, va avoir une consultation, parce que ça c'est aussi l'objectif de la chose pour moi. C'est une consultation psy aux urgences et basta dehors.

Donc ça si voulez pour ce cas de figure là, le plus c'était qu'on la garde au moins 48 heures, trois jours. Qu'on puisse avoir une interview, 2, 3 avant de la faire sortir. Voilà ! Ce qui s'est passé d'ailleurs.

515 S : Vous étiez seul à ce moment là ?

G : Avec la patiente ? Son père qui a signé le certificat médical.

S : Pour vous c'était une aide ou...

520

G : Non, non j'ai évité que ce soit une pression c'est tout.

S : Comment vous réussissez ?

525 G : Là il faut faire fief de la demande de la famille. Faut voir uniquement un patient, le jour, l'heure, les moyens que l'on a, immédiats euh... les dangers.

S : L'entourage, vous ne voulez pas qu'il interfère...

530 G : Ils peuvent être là pour nous aider, si par exemple vous savez...

J'ai essayé ! J'essaie toujours que l'entourage soit un moyen d'amener gentiment à ce qu'on veut.

535 C'est-à-dire par exemple de mettre tranquillement cette jeune fille dans la voiture de son père parce que son père pouvait être également communicatif, rassurant et l'emmener lui-même à l'hôpital. J'essaie toujours.

S : C'est une aide en plus ?

540 G : On peut essayer cette aide là, si ça fonctionne pas c'est la pression d'avoir une famille qui vous dit d'une manière ou d'une autre il faut faire ça.

Ce n'est pas à eux de m'intimer, entre guillemets, il faut s'en défaire parce qu'elle existe toujours la pression quand même (chuchoté) parce que eux ne voient plus de solution dans ce

cas là. Ce soir là il n'y avait plus de solution pour un père qui s'était occupé x fois de sa fille à moitié saoule etc etc...

545

S : Et vous votre sentiment au moment de voir votre patiente partir ?

G : Je...Je...J'ai pas...J'ai pas...J'ai juste le plaisir de me dire euh...On va peut-être pouvoir enfin entamer quelque chose parce que c'est une solution qui met un déclic quelque part et que d'autre part je n'ai pas été choqué par les modalités.

550

Comme je vous ai dit que j'ai fait en sorte quand même qu'elle rentre dans cette foutue ambulance non contrainte physiquement et pour moi...

S : Ça équilibre ?

555

G : Oui ça équilibre dans le sens où le papier qu'on a signé, oh finalement ce n'est qu'une paperasserie administrative et finalement moi j'ai fait partir quelqu'un physiquement non blessé...non...

560

S : Non contenue ?

G : Non contenue donc j'ai l'impression quand même d'avoir à peu près respecté un être humain...

565

S : Oui...

G : Même si elle n'était pas capable de voir pourquoi on la faisait, de décider de le faire ou ne pas le faire ; mais quand même finalement globalement d'accepter.

570

S : Parce que ça mettrait en danger cette conception de respecter son patient jusqu'au bout...de le voir contenu ?

G : Non, je pense que là effectivement c'est peut-être purement à titre personnel. Je dirai une modalité positive. Elle est positive la modalité, mais personnellement positive d'avoir quand même pu convaincre sur un petit segment.

575

S : Respecter la liberté de son patient jusqu'au bout ?

G : Sous une forme...parce que là c'est quand même une triche. On sait qu'à la fin un patient n'a pas toujours entendu ce qui allait se passer, ce qui allait se produire euh...comment, combien de temps il allait être retenu. Donc on triche obligatoirement là-dessus.

580

S : Vous communiquez mais vous savez que...

585

G : Le patient n'entend pas...oui je communique.

S : Le sentiment donc d'être content que ça se passe comme ça ?

G : Oui que ça se passe comme ça...Bon après effectivement la patiente, c'est quelqu'un qui va être en rébellion une fois qu'elle va être dégrisée par exemple, qui va en avoir contre moi pendant trois jours et qui une fois dehors s'apercevra qu'effectivement la première chose qu'elle a à faire c'est de revenir me voir pour me remercier et de continuer

590

effectivement...sous une autre forme, moins contraignante, euh, quelque chose que je lui avais intimé un petit peu brutalement.

595

S : Comment vous comprenez qu'elle revienne vous voir ?

G : Bon...C'est tout simplement...Je pense, la compréhension d'avoir été un peu loin dans son mécanisme et puis effectivement ; c'est un « un peu » loin du moment et c'est un « un peu » loin du moyen et long terme parce que ça fait longtemps qu'elle vit dans cette modalité avec toutes les complications que ça engendre. Puisqu'elle ne peut pas aller travailler correctement tous les jours parce qu'elle a embouti sa voiture, parce qu'elle ne peut plus se détacher de l'alcool et qu'elle sait très bien qu'elle ne peut plus le faire.

600

Et qu'à un moment donné si vous voulez la démonstration, après coup je dirai, d'une image qu'elle a pu donner excessive, encore plus excessive que d'habitude euh...lui a fait prendre conscience de devoir s'arrêter quand même là.

605

S : Et vous quand elle revient ? Elle pourrait très bien aller voir quelqu'un d'autre.

G : Oui, oui. Bien quand elle revient je lui dis : « Et bien voilà c'est bien, je comprends que ça ait pu être difficile...Vous revenez me voir donc ça veut dire qu'on peut continuer de travailler et qu'on va encore positiver derrière ça. »

610

Elle a oublié ça très vite, parce que ce n'est pas très grave.

En général ils ne contestent pas.

615

S : Ce sont eux qui en parlent dès le départ ou c'est vous qui les relancez ?

G : Non ! Elle me l'a dit tout de suite : « Vous savez je vous en ai voulu pendant trois jours, mais je suis là, donc maintenant on continue et on avance. »

620

S : Pas d'inquiétudes partagées ?

G : Non pas du tout ! Fidélité absolue encore plus grande. Enfin bon pour ce coup là.

625

S : Confiance ?

G : Totale ! Oui, oui, quelqu'un qui vient me voir tous les quinze jours.

S : Moins de...quand vous parliez de mensonges.

630

G : Moins de mensonges, mais quand les gens sont conscients, non abusés par l'alcool ou quoi que ce soit, la confiance elle est toujours...moi je suis toujours direct euh...

S : Vous ne cachez pas certaines choses ?

635

G : Non, non.

S : Vous pourriez vous dire que c'est stressant pour le patient.

640

G : Non, non.

S : Donc franchise totale ?

645 G : Ouais, je ne sais pas fonctionner sans...trop ça.
S : Et partagée ?

650 G : Oui, j'ai une confiance première en sachant que..., vous voyez cette jeune fille elle est sortie, elle a suivi un certains nombres de péripéties ; elle n'a pas accepté une cure de désintoxication parce qu'elle en avait la trouille, bon ça on a adapté, on a respecté. On continue de respecter les gens. Elle m'a dit « je vais y arriver toute seule ». Enfin...elle va y arriver toute seule...elle suit des consultations spécialisées. « Je vais y arriver », aujourd'hui on n'est pas dans un concept de venir en disant : « J'ai pas bu docteur, j'suis très clean, c'est très bien »

655 Non, non, car quand elle vient elle est très clean, il n'y a pas de problème.

S : Hmm

660 G : Mais de me dire ; elle a pris une technique, elle mesure, elle quantifie et tous les quinze jours elle me dit effectivement qu'elle boit toujours mais qu'elle quantifie moins et que bientôt on arrive proche de, euh...
Moi je le prends comme tel, euh, ma confiance elle est là, à ce niveau là.

S : La prise en charge est différente ?

665 G : ...Heu...Elle n'est pas différente de mon point de vue, elle a déclenché quelque chose chez l'autre.
Il y a une mise en application qui se fait, qui ne se faisait pas avant.

670 S : Vous l'attribuez à quoi ?

G :

S : Votre discours est le même ?

675 G : Ouais.

S : Elle l'entend ?

680 G : Elle l'entend ! Cette fois-ci elle l'entend, elle a pris conscience d'une réalité qui lui a fait peur.

S : Vous diriez qu'elle accepte d'être partenaire avec vous de cette prise en charge ?

685 G : Peut-être plus facilement pour ne pas avoir à revenir avec d'autres personnes, je parle dans le milieu hospitalier, dans lequel il y a une peur. Ici il n'y en a pas. Dans le monde extérieur il y en a une. C'est une conduite d'évitement pour elle.

S : Est-ce que vous comprenez, étant donné que vous l'avez contrainte qu'elle revienne après vous en avoir voulu pendant trois jours?

690

G : Oui, oui, moi je pense que si ça avait été le contraire, c'est-à-dire qu'elle ne revienne pas ; moi je pense que j'aurai manqué quelque chose. Que ce que j'aurai voulu pour elle, finalement ce soit quand même raté.

695

S : Donc vous pensez qu'elle ne peut pas vous voir comme quelqu'un qui peut la contraindre de nouveau ?

G : Non, non, ce n'est absolument pas dans le registre.

700

S : Qu'est-ce que ça a pu avoir comme impact sur votre alliance thérapeutique cette expérience ?

G : ...Ben je dirai que ça a été un petit peu, certainement un choc électrique pour ma patiente. Je dis que c'est toujours dommage qu'il ait lieu mais que ça en valait le coup quand même a posteriori parce qu'on était dans une dangerosité je dirai, euh, folle.

705

C'est-à-dire 28 ans, alcool, hépatite C. Il fallait de toute façon...on ne pouvait pas...on était dans une situation où l'on ne pouvait pas continuer d'admettre qu'elle puisse continuer, évoluer dans ce sens là.

710

On aboutissait à la notion de non-assistance à personne en danger. Pour moi à un moment donné c'est ça.

S : Est-ce que ça a modifié quelque chose dans votre alliance ?

715

G : Non du tout...Non.

S : Indépendamment qu'elle vienne régulièrement maintenant.

G : Non je lui accorde la même valeur, le respect de l'être humain. La mettre dans une confiance telle qu'elle me dise exactement ce qu'elle fait.

720

Ce que je lui ai dit un jour : « Je ne suis ni ton père, ni ton frère. Que je ne fais que des constats, que je n'ai pas à te rabrouer. Je veux juste simplement savoir pour mieux te soigner, mieux faire évoluer une thérapeutique et des éléments d'une thérapeutique avec les personnes autour de moi. Je veux juste savoir et pouvoir quantifier avec toi la consommation d'alcool et autres succédanés. » Le seul truc que je demande c'est ça.

725

S : En conclusion c'est quelque chose de rare l'HDT mais il n'y a pas de conséquences graves sur la relation avec votre patient. Donc c'est quelque chose d'autre qui fait que c'est une expérience rare ou vous auriez pu être amené à le faire plus souvent ?

730

G : J'aurai pu l'avoir fait quelques fois de façon supplémentaire, mais je reviens à ce que j'ai dit.

Dans la mesure où...si j'ai la capacité d'avoir quelqu'un qui puisse m'entendre, m'écouter je vais m'efforcer à le convaincre plutôt qu'à le contraindre, je crois qu'on va se résumer là.

735

Mais effectivement il y a des facteurs extrinsèques comme l'alcoolisation aiguë qui font que...où éventuellement évacuer d'une certaine situation, d'un certain milieu quelqu'un qui est en souffrance et qui ne s'en rend pas compte immergé dans un milieu, comme ça peut arriver.

740

G : Moi je ne m'approprie pas de vertu pour savoir quel charisme j'ai de diagnostiqueur d'urgence, de côté vital ou pas vital. Moi je flippe point...

S : Parce que ce sont des situations rares ? Le lien n'est pas une complication en soit dans ce cas ?

745

G : J'essaye d'éviter un sentiment dans lequel on va toujours se tromper, c'est « je vais faire vite » où c'est quelque chose qui fait chier, j'en ai marre, j'vais évacuer ça rapidement. Non, non, là faut réécouter car là vous vous apercevez qu'il y a un truc qui va pas. Globalement 1 / on ne s'énerve pas, 2/ on écoute, 3/ on va prendre du temps parce qu'il faut absolument voir où est le problème.

750

S : L'idéal !

G : Je préfère parfois faire les choses par excès que pas du tout. Le lien, ce n'est pas du tout une complication quand on connaît ses patients. Si ce n'est pas ces propres patients on ne peut pas. On gère juste l'urgence, la détresse mais on ne voit pas les gens, on ne peut pas s'apercevoir si...quand ils vous pointent avec le bout de leur fusil...

755

S : Vous dites que dans une dizaine de cas vous avez pu ne pas contraindre quelqu'un, si ça avait été quelqu'un d'autre que vous...

760

G : Oui voilà !

S : Ils auraient été hospitalisés selon vous...?

765

G : Oui tout à fait !

5

S : Dans un premier temps je souhaiterais que vous vous présentiez c'est-à-dire : depuis quand vous exercez, votre mode d'exercice, quelles connaissances vous avez de la psychiatrie par vos études, des stages, et la façon dont vous travaillez avec vos collègues psychiatres : public ou privé ?

10 Et quelle est la fréquence des HDT et HO dans votre exercice ? (Répété une fois) Puis nous verrons quelle relation vous avez avec les patients ayant des troubles psychiques ?

R : Alors ! Je suis médecin généraliste en milieu quasiment rural bien qu'il y ait de plus en plus de maisons neuves, des maisons neuves donc de jeunes couples qui arrivent ou de jeunes retraités.

15

Population de 2400 habitants ; je suis tout seul...suite au décès accidentel d'un confrère il y a 5, 6 ans qui n'a jamais été remplacé...euh je fais de la médecine générale depuis 1988 et à B..... depuis 1991 après trois bonnes années de remplacement en campagne...euh.

20 Mon expérience avec la psychiatrie est nulle au point de vue études : pas de stage, pas de passion à part les cours qui sont intéressants mais c'est pas ma tasse de thé euh...

20

Donc à 10 Kms d'ici il y a le CHS de Blain qui est à la fois maudit et intéressant.

25 Maudit parce que Blain, c'est les fous (rires) mais la mentalité des gens a quand même évolué depuis au moins 5 ou 8 ans où il y a de moins en moins de fous à l'ancienne mais de plus en plus de dépressifs, de dépression, de démence (alors Alzheimer c'est le mot à la mode) mais démence sénile euh...des troubles de la personnalité chez les jeunes dus aux drogues, il y a beaucoup de psychotiques, de schizophrènes.

25

Les gens connaissent tous le CHS car c'est un gros employeur donc ils ont tous un frère, un cousin qui y travaillent. Comme dans tous les milieux ruraux il y a des mariages consanguins depuis des générations donc ils ont tous aussi dans un village, l'idiot du village qui est suivi par Pont Piétin donc euh...

30

Les alcooliques vont de temps en temps à Pont Piétin, bien qu'il y ait aussi des centres d'alcoologie à Bouguenais, Guérande, c'est un petit peu dispatché euh...

35 Depuis qu'il y a le CAP : Centre d'Aide etc...donc on peut avoir à défaut d'une consultation avec un psychiatre des consultations avec un infirmier ou infirmière en direct...d'ailleurs Bouvron qui était au CAP de Blain maintenant est détaché depuis un ou deux ans sur celui de Savenay mais c'est toujours la même entité.

35

On a une écoute pratiquement dans la semaine parfois le jour même.

S : Vous avez plutôt tendance à travailler avec le public ?

40

R : Oui, j'ai pas de réticences pour des consultations pour des gens qui sont connus ; parce que avoir une consultation pour un nouveau cas en urgence c'est quasi impossible. Même en garde via le maire, via les gendarmes ou le SAMU euh...il faut s'assurer qu'il y a une place de dispo même si ce sont des gens violents ou dangereux, bon !

45 Ils partent aux urgences de Nantes, passent ensuite aux urgences de Saint Jacques ou...Ils sont renvoyés soit chez eux parfois soit à Blain selon la disponibilité.

45

S : Les expériences de HO ou HDT sont fréquentes ?

50 R : De moins en moins parce que je ne dis pas que je prends de moins en moins de gardes mais on s'est regroupé du fait de l'implosion du tour de garde, car de 12 on est passé à 5 ou 6 en quelques mois en raison de défections, de départs etc... On a intégré différents CAPS.

S : Donc ces activités là sont plus sur les gardes ?

55

R : Oui sur les gardes, en... en activité quotidienne il y a très peu d'urgences... ou alors elles sont gérées par le 15 si elles sont violentes.

Il y a des équipes disponibles par le CHS qui peuvent venir le jour mais la nuit et le week-end c'est le bazar euh...

60 La prise en charge elle est, pour moi, elle est de moins en moins fréquente.

Autant ça fait 17 ans que je suis là, oui, et c'était beaucoup plus fréquent et là c'est une ou deux fois par an.

65 S : Pourrions-nous aborder maintenant la relation que vous avez avec les patients ayant des troubles psychiques ? Quels liens vous pouvez avoir... Comment vous décrieriez vos liens avec ces patients ?

R : Alors les liens ils sont... pffff ils sont difficiles ou ils sont infantilisés parce que souvent les adultes, ils viennent accompagnés par leur sœur, leur épouse, leur mari, leur mère euh...

70 On est là, on est là vraiment que pour les traitements, les traitements extra psychiatriques euh...

Je pense à une dernière personne là... Elle est prise en charge tous les mois par le psychiatre et une à deux fois par semaine elle passe des journées d'ateliers, de machins choses... Donc il y a un bon conditionnement.

75 Ils sont dans un environnement qu'ils connaissent... il y a une prise en charge par les psychologues, les infirmiers ou autres ça dépend des déterminations.

Donc nous, on voit les gens pour un rhume ou pour euh...

80 S : Vous n'avez pas une place particulière dans leur prise en charge ?

R : Psychiatrique ? Non, non...

85 S : Et indépendamment de la prise en charge psychiatrique, comment vous vous sentez avec ces patients ?

R : Ben, ... on est un peu mit de côté parce qu'il y a des entretiens qui sont très positifs avec l'équipe psychiatrique. Donc c'est vrai qu'on peut... je me suis rendu compte que je peux poser une question qui soit complètement à côté et qui puisse déranger... qui a été vue et entérinée ; donc c'est très superficiel en fin de compte.

90 (chuchoté) Oui, on fait vraiment de la médecine vétérinaire.

S : Vous n'avez pas l'impression qu'il y a un lien....(interrompu)

95 R : Alors les gens ils se sentent plus rassurés parce qu'ils ne viennent que pour leur maladie extra psychiatrique donc ils se considèrent plus comme, comme... du tout venant, comme des malades non à part. Pour des p'tits trucs.

S : Moins stigmatisés ?

- 100 R : Oui, oui.
- S : Des échanges qui sont plus... faciles, qui sont... différents ?
- R : Oui qui sont plus faciles, mais ça reste superficiel... ouais.
- 105 S : Vous n'avez pas l'impression de travailler...
- R : En équipe ?
- 110 S : Oui.
- R : Non pas du tout.
- S : Vous êtes juste présent pour des traitements indépendamment de la prise en charge ?
- 115 R : Ouais.
- S : Difficile d'avoir une confiance avec le patient ?
- 120 R : Alors c'est tout ou rien ; soit les gens sont suffisamment sûrs d'eux parce qu'ils viennent seuls en consultation et ils viennent pour n'importe quel maux, soit euh... ils s'aperçoivent qu'ils sont paumés. Ils viennent parce qu'on leur a dit de venir là. Notamment il y a une structure qui s'appelle le « Val des eaux vives »...
- 125 Un centre d'accueil pour paumés ou des gens qui ont des gros soucis ; et ces des jeunes qui tournent qui font plusieurs mois, parfois six mois, un an...
- Mais je leurs demande pas leurs antécédents psychiatriques. Je leurs demande juste leur traitement ou s'ils ont eu des problèmes de drogues, d'alcool, mœurs, prison ou autre... Donc je suis pas là pour ça.
- 130 S : C'est vous qui mettez cette barrière ?
- R : Ouais, ouais parce que, parce que je considère qu'ils sont pris en charge par des spécialistes.
- 135 S : Hmm
- R : J'ai pas à les interroger, j'ai pas à les... diminuer. Faut pas qu'ils sentent l'inquisition. Ils viennent pour autre chose.
- 140 S : C'est quelque chose qu'ils peuvent vous faire ressentir aussi ?
- R : Certains oui ; oui parce qu'il y a un blocage. D'autres parlent librement ou même trop librement, on a même l'impression qu'ils essayent... non pas de manipuler mais bon ; c'est peut-être dans leur tempérament psychiatrique d'enrober les choses.
- 145 Principalement dans ce centre là, ils viennent demander un arrêt de travail car ils ont mal au dos, ils ont mal quelque part et il faut un généraliste.
- S : Vous avez l'impression qu'ils pourraient utiliser le fait que vous êtes généraliste ?

150 R : Certains oui sont un peu manipulateurs. D'autres sont vraiment dépressifs et pas bien et donc c'est les tuteurs ou leur référent qui les envoient pour avoir un premier avis de médecin généraliste avant de demander une hospitalisation pour une prise en charge psychiatrique comme c'est un peu la procédure. C'est pas le foyer ou la famille qui demande à interner donc ça se fait d'une façon toute simple, pour les gens qui sont habitués et qui ont un suivi psychiatrique.

155

S : Ces patients vous sentez que c'est plus difficile de les comprendre, de voir leur point de vue ou pas ?

160 R : Oui, oui parce que je ne rentre pas dans leur histoire parce que, à la limite, c'est une façon aussi de les respecter, quelque soit leur passé ou leur patho.

Même s'ils sont neuneus je ne les tutoie pas ; je les considère comme un patient comme un autre, adulte euh... Faut qu'ils prennent confiance pffff....

165 Et puis moi la psychiatre c'est pas mon domaine, c'est bien de trop prenant. Il y a la chance d'avoir et des CAP pas loin et un hôpital et le SAMU qui est à 20 minutes donc euh...

S : Vous diriez que c'est trop prenant...(interrompu)

R : En temps.

170

S : Pour quelles raisons ils vous prennent plus de temps ?

R : C'est des patients où il faut plus d'écoute ; Alors ! Il faut plus de temps.

175 Etant tout seul pour 2400 habitants je peux pas faire plus. J'ai fait plus...mais...psychologiquement c'est trop dur. Je vieillis...et puis la psychiatrie...non, c'est trop dur, j'ai pas la formation. C'est pas que ça me passionne pas mais...non, non...

S : Vous ne vous sentez pas à l'aise par rapport à la pathologie ?

180 R : Oui parce que pour moi c'est un peu l'inconnu. Pas à l'aise euh...un peu détaché euh...pfff

S : Il y a une prise en charge qui est bien faite ...(interrompu)

185 R : Bien faite par des gens compétents qui ont des niveaux d'études supérieures ou des filières différentes euh...faut connaître ses limites hein !

S : C'est des pathologies qui sont plus compliquées à gérer pour vous avec vos moyens de médecin généraliste ?

190

R : Ouais, ouais euh...Déjà une personne non psychiatrique on lui demande de faire plus de sport, de moins bouffer, de moins fumer, de moins boire, pffff...c'est lourd à porter alors une maladie psychiatrique.

195 A défaut d'une dépression passagère, car la dépression passagère quelque soit sa durée c'est plus gérable mais euh...une dépression vraie c'est les spécialistes.

Il y a un sacré travail de recherche à faire, de...c'est trop lourd.

S : Avez-vous l'impression qu'il y a aussi des pathologies qui impliquent des échecs répétés, des rechutes, une instabilité dans la relation ?

200

R : Oui, oui.

J'ai pas le temps, j'ai pas le temps. Faut faire mille choses, en plus de ça on fait de plus en plus de paperasserie même si l'ordinateur facilite les choses ; mais on fait du cas par cas, on traite non pas des maladies mais des symptômes.

205

S : Vous avez pu dire qu'auparavant, peut-être parce que vous étiez plus nombreux à exercer...puis c'est devenu psychologiquement plus lourd...

210

R : Quand on a plus de temps, quand on est plus jeune, quand on démarre on a envie de voir la chose dans leur totalité. Et puis avant, il y a 15 ans, on appelait Pont Piétin ils venaient à trois, il n'y avait pas besoin du maire ou...sauf dangerosité ; puis c'était plié puis on avait un suivi.

215

Il y a de moins en moins de possibilité, il y a de plus en plus de violence ; moi ça me fout un peu la trouille. J'ai jamais été agressé. Celui qui commence il aura peut-être mal avant que j'ai mal (rire).

S : Il y a ce risque la ?

220

R : Il y a ce risque.

S : Se sentir plus isolé maintenant par rapport à avant où vous pouviez avoir un soutien rapidement ?

225

R : Ouais, ouais...

S : Parce que ce sont les patients qui font peur, qui peuvent être agressifs ?

230

R : On passait un coup de fil et on était, on était aidé, maintenant c'est éventuellement...on a une place...c'est un homme, ah bah non pas de chance on a un lit de femme ; on connaît le truc classique...

Il y a un tel turn-over de psychiatre au CHS qu'on ne sait plus...

S : Il n'y a plus de lien ?

235

R : Si, on a des comptes rendus, le CHS bosse bien mais...c'est vachement difficile pour les gens.

S : Les patients peuvent vous l'exprimer ?

240

R :Certains l'expriment car ils n'ont plus le feeling avec le nouveau ou la nouvelle...mais je crois que ceux qui sont vraiment mal, isolés et qui acceptent d'aller à la journée en atelier se sentent épaulés. Il y a comme une famille qui se refait et...

Alors est-ce qu'on les infantilise ? Mais en tout cas ils sont calmes et coopérants.

245

S : Votre place dans cette prise en charge est plutôt à côté ?

R : Elle est complètement à côté, oui, oui.

S : Avez-vous l'expérience d'une hospitalisation sous contrainte d'un de vos patients ?

250

R : De le faire ? Oui, oui.

S : Dans quelle situation ?

255

R : Les dernières, ces dernières années c'étaient que des jeunes, qui ont eu une enfance très difficile ; drogués, alcoolisés, qui pétaient les plombs euh...

Un autre, il y a 5, 6 ans ben il essayait de tuer sa mère, il est revenu pour un angine donc il est à nouveau en liberté. Compte tenu du contexte actuel de malades qui tuent des gens j'espère qu'il ne va pas récidiver (rire) ou essayer de récidiver ; m'enfin faut faire confiance aux spécialistes...

260

S : C'est la mère qui vous a appelé ?

R : C'était la mère, les flics, parce que c'était dangereux

265

S : Et quand vous êtes arrivé, vous avez pu échanger avec lui ?

R : Oui, mais heureusement que les gendarmes...ils sont compétents...ils sont à la fois psychologues et ils ont la force physique, donc la personne était calme. Mais parfois ça dure des heures pour rien.

270

S : Parce qu'on ne peut pas parler avec cette personne ?

R : Ah non, non, je pense...en garde il y a plusieurs années à Blain où c'est le père, qui était un ancien flic, qui avait pratiquement explosé la tête de son fils...

275

S : Le fait que vous le connaissiez auparavant... ?

R : Alors celui la je ne le connaissais pas.

280

Le fait que je le connaisse auparavant, non, non alors moi je suis insensible.

S : Il y a une possibilité de discussion mais vous ça ne joue pas ?

R : Ça ne joue pas, pas du tout.

285

Non, parfois c'était même souhaité que ça se passe avant, non pas la crise de nerf, mais l'hospitalisation. Parfois c'est pas possible parce que évidemment dans une famille c'est mal vécu...

S : Votre place par rapport à l'entourage quand vous êtes arrivé dans cette situation ; ça a pu vous aider ou non ?

290

R ; Heu...il peut il y avoir parfois une opposition de la part de la famille mais c'est une demande tellement évidente que en fin de compte ils sont soulagés parce qu'ils attendent toujours au dernier moment pour appeler de l'aide, ils espèrent que ça va se calmer.

295

S : Hmm

300 R : Et puis maintenant c'est plus tabou comme c'était, c'est plus montré du doigt. Tout le monde peut péter les plombs même sans être psychotique, ou schizo ou autre. On peut pour des raisons familiales, économiques, perso ou autre faire un grand délire hein.

S : Mais la connaissance du patient ne joue pas un rôle ?

305 R : Non car c'est une situation qui perdure donc là c'est le moment. Et c'est toujours en HO et non en HDT car la famille ne veut pas se mouiller.

S : C'est plus dur pour vous ?

310 R : Non...pfff ; parce qu'il faut et puis on sait que la personne est réexaminée quand elle arrive au CHS, qu'il y a un avis, deux avis. On sait que ce n'est pas un placement d'office draconien. Soit ça devient...parfois ça arrive que le placement d'office se transforme en placement à la demande d'un tiers.

315 S : Qu'est-ce que vous ressentez à ce moment là par rapport au patient que vous connaissez?

R : Par rapport au patient je n'ai aucun état d'âme, aucun sentiment parce que je pense que c'est une mesure de protection pour lui et pour son entourage...et c'est un soulagement ; c'est toujours...difficile, il y a...on sent un malaise parce que tout peut exploser en une demie seconde. La violence peut ressurgir n'importe quand.
320 Alors il y a des gens qui acceptent spontanément et dès qu'il s'agit de monter dans l'ambulance ce n'est plus possible. Donc on est obligé de les menotter...

S : Ça vous fait quoi d'en arriver là?

325 R : Il le faut, il le faut, il le faut parce que...parce que quand on le fait pas et que ça se passe mal c'est très violent, très très violent...
Ils, ils...ils réagissent comme des animaux, ils ont une force physique extraordinaire.

330 S : Il y a toujours une crainte que ça aille encore plus loin ?

R : Oui ça peut dégénérer pour une parole, un geste, n'importe quoi...oui, oui il y a une violence.
Et je crois aussi...parce que pour les gendarmes, parce qu'ici on a affaire qu'à la gendarmerie ; je pense, ils ont été bien éduqués, ou ils ont bien appris que...Il y a même des
335 spécialistes pour euh...

S : Les former ?

R : Oui il y a même...Je ne sais pas qui vient...
340 Je me souviens d'un type qui était maniaque et il y a un gendarme psychologue...pendant trois heures...il enrobait le truc, il enrobait le truc. Incroyable ! Il a fait un boulot extraordinaire.

345 S : Dans votre position de soignant, le fait de voir menotter quelqu'un ça vous fait... ?

R : Rien du tout (petit rire), il faut, il faut.

Parce que j'ai vu des fous furieux tout casser et blesser des gens et je trouve...ça, ça passe pas.
Même s'ils ont des excuses, même s'ils sont pas responsables pénalement, c'est de la violence gratuite, c'est pas comme dans un film.
350 Donc après il faut soigner, soutenir et c'est lourd, c'est horrible.

S : Et heureusement vous n'êtes pas tout seul.

355 R : Ah bah tout seul je n'y vais plus !
Depuis des années...J'ai déjà vu des gens avec un fusil dans les mains. Donc c'est terminé. Je suis pas un Zorro, je suis chasseur, j'tirai peut-être plus vite...(rire)

S : Le fait de contraindre quelqu'un, par rapport à l'idée de liberté du patient...

360 R : Non, parce que je ne pense pas qu'il y ait d'internement abusif long ; quelques jours...c'est réévalué.
Et par manque de place et par manque de personnel...
Je ne pense pas qu'il y ait des internements abusifs.

365 S : Ces patients ils reviennent ou pas ?

R : À la longue non, ils vont ailleurs. Soit...
Est-ce qu'ils se sentent mal à l'aise, ils n'ont pas envie que mon visage leur remémore leurs problèmes. Soit ils m'en veulent, et à la limite ils viendraient me casser la figure...

370 S : Ça ne vous ait jamais arrivé ?

R : Non, non. Des menaces verbales oui, mais bon comme tout un chacun. Mais pas énormément, en 17 ans, peut-être un ou deux.

375 S : En consultation ?

R : En consultation ou au téléphone ou quelqu'un que l'on croise dans la rue.

380 S : D'accord...Comment vous le vivez ?

R : Heu...Je me sens agressé, je me sens agressé. J'encaisse euh...mais je le vis mal à distance...à distance...Ça me bouffe, ça peut perturber ma vie perso , familial ouais...

385 S : Comment vous...ressentez que ça puisse agir comme ça ?

R : Ah, c'est une réaction normale.

390 S : Qu'est-ce que vous ressentez ?

R : Je ressens de l'agressivité, je ressens...euh...(gêné, émotion++)
Je ressens quoi?...ben ! J'ai l'impression, d'avoir fait ce qu'il fallait pour le protéger de lui-même et...non, je trouve que c'est...Ah ! Je cherche mes mots, c'est.....c'est pas déplacé,
395 c'est...

S : Un manque de reconnaissance ?

400 R : Ah non c'est pas de la reconnaissance.....je me sens un peu victime, non c'est pas ce mot la euh...pfff, je sais pas comment dire...
Que les gens ne soient pas d'accord, qu'ils le disent, très bien. Qu'ils menacent, de toute façon ils l'auraient déjà fait.
C'est peut-être un exutoire. Il faut...il faut un tiers responsable.

405 S : Vous endossez le mauvais...(interrompu)

R : Oui, mais à partir du moment...Je mets les gens...Après je ne les soignent plus, ouais, non, non.

410 S : Vous aimeriez bien vous en expliquer avec le patient ?

R : Mmmm, non non.

415 Je pense à un jeune que j'ai fait interner plusieurs fois parce qu'il avait le vin mauvais et il prenait des stupéfiants ; qui navigue entre Madagascar, Paris où il a une amie et Bouvron où est sa mère. De temps en temps il revient et je lui dis : « Qu'est-ce vous avez pu nous faire chier ! » et puis il rigole et je sais que dans les trois à six mois à venir il va refaire une crise. Donc lui n'est pas...

S : Il ne veut pas s'expliquer avec vous ?

420

R : Oh si si, il dit : « J'allais pas bien, j'avais beaucoup bu, pas dormi, j'étais shooté... »...Mais bon...il rechutera toujours.

S : Ça ne le dérange pas de revenir vous voir ?

425

R : Il est revenu sans agressivité donc je considère que la page est tournée. Si quelqu'un vient avec agressivité je lui dis bah...on ne peut pas continuer comme ça, il y a d'autres médecins.

S : Vous n'abordez pas avec le patient cette expérience de la contrainte ?

430

R : Parfois...s'il en a tiré un bénéfice si, ...si, si.

Pour moi, c'est un traitement comme un autre, c'est une hospitalisation comme une autre.

S : La prise en charge est-elle différente ?

435

R : Non, non, soit il revient spontanément et je ne m'occupe pas de son traitement psychiatrique euh...non ben...je continue comme avant et s'il est bien on peut parler de ce phénomène aiguë oui, oui. Ça m'est arrivé une fois ou deux mais souvent, je pense, plus de la moitié des gens changent de médecin.

440 Soit ils changent de région, soit ils n'ont pas envie, soit ils sont interdits de village ou de commune s'il y a une suite judiciaire, soit ils ont trouvé du boulot soit ils ne sont pas relâchés.

S : Et l'entente est plus facile avec eux ?

445 R : L'entente, elle est...elle est aussi facile mais il y a toujours une méfiance qu'ils rechutent et qu'on se fasse embobiner.

S : Il y a toujours une crainte dans la relation ?

450 R : Oui, je pense à une femme alcoolique...bah...elle jure par ses grands dieux qu'elle arrête de boire mais elle a un tel comportement que c'est pas possible. Dès que sa prise de sang est bonne je pense qu'elle retourne au truc donc euh...C'est une dame qui a perdu son mari, qui est en instance de divorce, son mari est mort. Elle était veuve avant d'être divorcée. Donc c'est conflictuel avec les enfants.

455 Comme elle a tellement picolé qu'elle a le cerveau qui se ramolli, donc elle est sous tutelle. Donc il y a de la violence à domicile...L'autre jour elle voulait porter plainte contre ses enfants qui l'avaient empêchés de sortir donc elle avait de gros bleus partout du fait de son insuffisance hépatique.....C'est anecdotique quoi.

460 S : Il y a toujours une méfiance ?

R : Quand on la voit ; elle est gentille comme tout mais je sais qu'elle ne peut pas tenir parole. Elle a un trouble psychiatrique évident.

465 S : Trouvez-vous que vous cachez certaines choses à votre patient ?

R : Oui pour la protéger, ouais...et de temps en temps je lui fais du rentre dedans quand je sens qu'elle rechute et qu'elle essaye de nous embobiner...ouais, ouais.

470 S : Votre rapport avec eux par rapport à l'examen clinique en tant que généraliste ; est-ce que ça peut jouer un rôle ou pas?

475 R : Non, non...non, non. Parce que quand il y a des gardes à vue les gens , il y en a qui essayent de nous dire, de nous manipuler en minorant notre examen clinique ; il y en a d'autres qui sont très démonstratifs, sont très coopérants, trop coopérants...non ça me..

S : Ce n'est pas un moyen d'avoir un lien différent avec eux ?

480 R : Oui, oui...C'est un échappatoire à cause de la contrainte administrative de la garde à vue mais bon...On est convoqué pour et...Je fais mon boulot sans me faire influencer, ni par les gendarmes, ni par le patient...

S : Indépendamment du contexte ?

485 R : Oui, oui parce que parfois c'est un peu compliqué...Il faut freiner la gendarmerie...

S : Vous sentez-vous isolé parfois dans ces moments là ?

490 R : Non...Je garde les doubles ; et c'est comme ça s'ils sont pas d'accord.

S : Devant cinq gendarmes et un patient délirant, être seul en face ce n'est pas évident...

R : Non...Non, en général ils l'ont cuisinés avant donc il est toujours en phase de délire...

495 S : Sur le plan du risque grave, les tentatives de suicide, est-ce que c'est stressant ?

R : Non, c'est désolant mais ça m'émeut pas.

S : Ouais...C'est un moyen d'avoir une certaine distance ?

500

R : Ouais et puis, et puis...il y a tellement de jeunes qui font des tentatives de suicide que je considère beaucoup plus grave...et physiquement et psychologiquement que tous les mecs bourrés qui roulent, tous les camés qui roulent en voiture...mais euh...

505

Le psychiatrique qui veut se suicider bien sûr que je l'aide pas, de toute façon ça me dépasse, j'ai ni la compétence médicale...puis pfff.

C'est une course contre la montre, c'est un coup de pas de bol euh...

Je ne dis pas que c'est le rôle des psychiatres mais c'est le rôle de l'entourage, de tout un chacun, du généraliste, du voisin ; alors ça ne m'émeut pas c'est pas ça, c'est révoltant mais qu'est-ce qu'on peut faire ? Je suis pas, je suis pas...Il y a pas marqué SAMU.

510

S : Le rôle du médecin généraliste...c'est pas sa meilleure (interrompu).

R : Non, c'est l'urgence vitale. C'est comme quand on a un polytraumatisé et on a juste un stéthoscope...on sait pas intuber, on sait pas mettre du plasmion* enfin bon il y a 20 ans qu'on l'a pas fait.

515

Il y a des...C'est plus notre boulot...C'est plus notre compétence et si on le fait on peut être encore plus dangereux. On fait du secourisme, on fait plus de la médecine.

S : Comment voyez-vous l'impact sur l'alliance thérapeutique de cette expérience ?

520

R : ...Ben ça dépend une fois qu'il...La relation qu'on a dans l'urgence et dans la violence ; car neuf fois sur dix il est rare qu'ils soient calmes. Il y a des gens apathiques et anorexiques qu'il faut hospitalisés à la demande d'un tiers car sinon ils se laissent mourir euh...

525

Ça dépend de la structure et s'ils acceptent le projet de soin...projet de soin, projet de vie (les trucs à la mode) et s'ils ont envie de s'en sortir.

Mais entre les drogués, les alcoolos qui rechutent le plus souvent, ben ils ont du boulot à faire les psychiatres parce que je pense qu'il faut creuser, creuser pourquoi...

S : Votre position de médecin somaticien... ?

530

R : On est un rouage, certainement indispensable mais comme un, comme...un autre membre de la famille ; mais c'est vrai que ça peut péter n'importe quand.

S : Et une fois sur deux ils ne reviennent pas ?

535

R : Oui une fois sur deux ; mais il vaut mieux qu'ils trouvent une autre écoute et qu'ils aient une confiance avec une autre personne plutôt qu'ils se sentent obligés de revenir parce que c'est le seul médecin du village.

Non...Liberté à chacun.

540

Et on peut leur rappeler de mauvais souvenirs, ça dépend après comment c'est vécu par l'entourage, si on leur met la pression, si l'entourage en parle ; il faut évacuer...

Et il nous faudrait nous aussi de la psychothérapie pour évacuer hein...

S : Ces des situations...

545

R : C'est stressant et on a d'autres situations stressantes : les fins de vie qu'on n'a même pas le temps de voir, j'dis pas tous les jours mais deux fois par semaine parce qu'on finit le soir à des heures pas possibles et qu'un petit coucou ça casse rien.

550 Il y a toujours... Les accidents on s'en occupe plus il y a le centre 15 et les pompiers. J'ai un voisin, il a fait un infarctus, j'ai vu passer le SAMU, j'ai pas été appelé... De toute façon j'aurai rien fait d'autre.

Les grosses urgences, accident de voiture, noyade, tentative de suicide, c'est pris en charge par des gens compétents, disponibles.

555 Et puis il y a tout les problèmes médicaux graves... quand c'est un enfant c'est encore plus dur à gérer. C'est ça qui nous manquerait, c'est une aide aussi à nous.

S : Ce sont des charges émotionnelles importantes...

R : Oui, oui...

Entretien n° 3 - le 7/12/08 (S : Stanislas, J : médecin)

5 S : Dans un premier temps je souhaiterais que vous puissiez vous présenter : votre âge, votre mode d'exercice, depuis combien de temps vous exercez la médecine générale ?

J : Alors j'ai 56 ans...c'est ça 56 ans...et puis j'exerce depuis 1983. J'exerce tout seul dans le cabinet avec euh...un kiné et un psychiatre et un groupe de trois infirmiers.

10 S : Votre mode d'exercice ?

J : Heu...Je sais pas...Urbain...semi rural. C'est à la périphérie d'une grande ville.

15 S : Quelle est votre expérience de la psychiatrie ? Par rapport à votre formation.

J : La psychiatrie donc...Je prends...J'ai l'habitude de prendre en charge les états dépressifs et euh...le suivi aussi de malades psychotiques et comme il y a quand même une pathologie alcoolique aussi importante...

20 Et j'avais aussi quand même pas une attirance mais je...je. J'aime bien discuter avec les gens...les patients. Ils sont assez nombreux avec des problèmes psychiatriques ou psychologiques. Bon maintenant, depuis un an bientôt il y a un psychiatre ; peut-être on délègue un peu plus la psychiatrie que...

25 S : Dans votre formation (interrompu)

J : Dans ma formation...Le premier stage en tant qu'externe c'était à l'hôpital dans le service de psychiatrie fermée...mais autrement de formation...enfin moi j'ai fait des études de philo, j'ai fait série A, donc j'avais une culture un peu littéraire qui m'a peut-être plus...qui a fait que ça m'intéressait pas mal le côté psychologique.

30 J'aime la psychiatrie, la psychanalyse aussi. De part mes goûts aussi, oui la psychiatrie ça m'intéressait.

35 S : Comment vous décririez votre expérience de l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers ou de l'Hospitalisation d'Office en terme de fréquence ?

J : C'est toujours traumatisant, c'est toujours difficile. En terme de fréquence, ça dépend, on peut avoir deux, trois patients...

40 S : C'est rare, c'est fréquent ?

J : C'est assez rare, heureusement ; tout est fait...

On fait pour que ça soit rare aussi, c'est une mesure d'exception, c'est toujours traumatisant, c'est toujours violent et...la relation qui en général, le patient...qu'on connaît euh...ne nous tient pas rigueur de cette situation.

45 Les patients que j'ai hospitalisé d'office bon c'est...c'est toujours une pathologie quand même assez lourde.

C'est des situations...C'est des situations toujours...difficiles, c'est le dernier recours en généralement.

50 S : Vous essayer de limiter ?

J : Ouais on essaye de limiter mais on sait que c'est traumatisant...on a, on...

Parce que sur le moment, on ne voit pas tellement de situation...d'autres solutions quoi.

55 Mais il y a d'autres solutions quelques fois. Parce qu'après on se rend compte qu'il y avait plusieurs facteurs qui sont intervenus qu'on n'a...qu'on...

On peut après...paradoxalement, on peut trouver d'autres solutions mais sur le moment...

60 Qui sont simples en disant ; par exemple une patiente qui...est psychotique quand même euh...qui avait, il y avait des conflits au sein de la structure familiale qui était importants et elle, cette personne, souffrait des relations qu'elle avait avec sa fille, le copain de sa fille et puis son compagnon, enfin le compagnon de la patiente.

Et finalement on...à deux, trois reprises on a fait une hospitalisation à la demande d'un tiers parce que c'était toujours une situation explosive, familiale. Après je me suis dit...qui servait à rien...ça résolvait rien du tout.

65 A l'hôpital au service des urgences le psychiatre n'avait pas accepté, à juste titre, et pourtant c'était des situations très violentes parce que la personne s'enfermait dans ses toilettes, bon il y avait les pompiers qui venaient, la gendarmerie, le médecin enfin nous-mêmes on était appelé aussi et euh...c'était toujours...il fallait.

Enfin moi la dernière fois que je l'ai fait hospitaliser comme ça ; quatre pour la tenir et tout, elle était complètement...elle ne voulait pas du tout de l'hospitalisation.

70 Puis finalement quelques temps après...cet épisode ; je lui ai dit : « ce que vous faites », comme la fille ...demandait une hospitalisation et puis le compagnon aussi. Et puis finalement ce que j'ai dit : « Ce que vous faites c'est que vous partez tous de la maison et il n'y aura plus de bagarre faute de combattants » et ils ont accepté (rires). Quand il y avait trop de tension...ils partaient chacun...tous, ils laissaient la patiente toute seule. Ce qu'elle

75 voulait ! Elle voulait le calme et tout et...ça c'est...On n'a jamais eu a...à refaire d'HDT...violentes avec les forces de l'ordre...et les pompiers.

S : Comment vous décririez vos liens, vos relations avec ces patients ayant des troubles psychiques ?

80

J : Oui...Je...Pfff la relation...

Je pense qu'à la base il y a une relation d'empathie quand même de...de...le malade va nous choisir aussi je pense parce qu'il sait qu'on va l'écouter. Bon il y a qu'en même une relation de respect et puis de sympathie forte quand même.

85 Quand...quand les gens nous choisissent je pense et...s'ils restent avec nous c'est parce qu'ils ont confiance en nous donc il y a une oblig...ils vont se confier, ils vont raconter leur vie, leur souffrance et je pense que c'est une relation...forte quand même euh...de confiance, de confiance,...de confiance oui.

90 S : Est-ce que vous vous dites tout dans la relation que vous avez avec ces patients?

J : C'est-à-dire que moi je dois écouter, j'ai pas tellement...

Est-ce qu'ils me disent tout ? Je pense qu'ils me disent beaucoup de choses parce que je...je...petit à petit j'essaye de...les aider peut-être à s'exprimer.

95 Les gens...peut-être justement grâce...à la confiance arrivent à...à parler de leur souffrance je pense...je pense, j'ai l'impression.

S : Le fait que vous soyez médecin généraliste, est-ce que vous pensez que ça peut influencer, en bien ou en mal, du fait que vous ayez l'examen clinique ?

100

J : Oui.

S : ...le rapport au corps...

105 J : Oui je pense que c'est...plus; le rapport au corps justement permet encore plus de...C'est une globalité. Et aussi peut-être le fait qu'on ne soit pas...qu'on n'ait pas d'image de psychiatre.

Parce que souvent les gens refusent même d'être pris en charge par un psychiatre alors que c'est du domaine de la psychiatrie et d'un suivi spécialisé.

110 Et ils préfèrent par exemple...que moi-même je les suive tout seul. Ils ne veulent pas aller voir le psychiatre donc il y a...il y a ce côté un peu ; peut-être ils ont peut-être besoin de se rassurer, ben, qu'ils ne sont pas fous entre guillemets. Ils veulent que ce soit dans un cadre de normalisation.

Je pense que c'est un plus, peut-être un plus pour le médecin généraliste quoi.

115 Il y a une globalité de...l'ensemble, le corps et l'âme, l'âme et le corps...pour...

S : ...

J : Pour le...Peut-être aussi pour s'évoquer aussi eux-mêmes.

120

S : Le fait que vous soyez médecin généraliste, indépendamment de normaliser, et le lien que vous avez avec eux n'explique pas qu'ils ont envie de rester avec vous ?

J : Oui...C'est le fait que je sois médecin généraliste oui...

125

S : Que vous les connaissiez ?

J : Que je connais la famille et tout, c'est vrai que c'est tout une globalité aussi, on est, on est amené à connaître l'histoire, leur histoire à eux par rapport à leurs antécédents, après l'histoire de leur compagnon, leurs enfants...il y a toute une...nébuleuse comme ça autour du malade qui est un peu cristallisée à travers la relation de médecin généraliste, médecin de famille et l'individu.

130

S : Quelle différence vous mettriez avec les autres patients dans le lien avec eux, les difficultés ou les différences que vous voyez ?

135

J : Les différences...il y a...Chaque patient peut être amené à devenir, à être, à une période donnée, avoir besoin d'un soutien psychologique ou psychiatrique avec quelqu'un donc euh...euh...il n'y a pas...enfin c'est...

140

Mon approche à moi, c'est la demande de la personne qui va déterminer mon comportement.

S : Ils arrivent à l'exprimer...

J : Oui, elles arrivent.

145

S : ...de faire une demande de soutien ?

J : Par exemple une personne qui aura des problèmes et qu'on a l'habitude de voir, qui ont des problèmes psychique ou psychiatrique bon si elle a des problèmes physiques elle va faire une

150 demande de soin somatique, de soin physique et...donc moi j'occulte, j'ai pas de relation...je n'ai pas une relation particulière.

S : Vous ne voyez pas de différence ?

155 J : Je ne vois pas de différence...Je réponds à l'attente, je réponds à la demande ponctuelle des gens enfin de ce que la personne va me demander. Après...

S : La relation avec eux est-ce par exemple, je ne sais pas mais, plus intense, il n'y a pas plus d'attentes, plus de temps consacré ?

160 J : Il y a plus...oui donc...

C'est sûr, selon les périodes, les moments de souffrance de la personne, on est amené dans la consultation ; c'est sûr on va être amené à prendre plus de temps si la demande se fait donc après...voilà c'est...

165 S : Comment vous expliquez que ça prenne plus de temps, comment vous le ressentez ?

J : Parce que, parce que il y a des choses...parce que la personne...On doit être amené à...faire parler enfin entre guillemets.

170 On doit avoir plus de temps, enfin il y a certainement aussi...Dans l'examen physique, il y a un protocole d'examen qui fait...C'est intéressant c'est vrai, c'est vachement intéressant.

Il y a un protocole d'examen où chacun a son rôle à jouer tandis que dans euh...la souffrance, ou la demande d'écoute psychiatrique ou psychologique on est un peu devant une vaste, heu, prairie. On est un peu...on sait pas par quel chemin on va arriver à un certain endroit.

175 S : Est-ce que c'est inquiétant ?

180 J : Non, non. Pour moi ce n'est pas inquiétant parce que j'aime l'immensité, j'aime bien voyager avec les gens, si ils veulent...Je suis, je me sens un peu comme...Je les aide comme ça, comme une mule qui doit prendre en charge quelque chose et qui va réussir à les aider.

S : Vous pensez que c'est un rôle qui est compris par les deux ?

185 J : Oui, je pense, si autrement elles ne seraient pas là, elles ne viendraient pas me voir, je pense.

S : Est-ce qu'ils peuvent l'exprimer ?

J : Ben si, ils m'expriment par...à leur façon certainement.

190 Bon le fait qu'ils viennent...se confier, qu'ils ont confiance et qu'ils se sentent, enfin quelques fois on réussit parfois à les aider à moins souffrir, à mieux vivre et euh...Les gens, il y a aussi il y a des...il y a des retours...sous différentes façons qui nous donnent de l'énergie de faire, de continuer notre travail certainement ; qui nous ressource aussi parce que quand on voit les gens qui sont mieux, sont plus heureux de vivre, souffrent moins c'est chouette !

195 Enfin c'est pas, c'est pas...l'ego ni rien, mais bon. On est là, comme un enfant on est content qu'il apprenne à regarder à droite et à gauche avant de traverser une route. C'est pas un plaisir égoïste...enfin c'est pas un plaisir...de satisfaction intellectuelle...c'est juste comme quelqu'un qui va se blesser dans la rue, on va arrêter l'hémorragie et puis c'est tout.

200 S : Par rapport à leur prise en charge est-ce que vous pensez que ces patients arrivent à exprimer leurs attentes ?

J : Alors...prise en charge de qui, du médecin généraliste ?

205 S : Voilà, la prise en charge que vous pouvez leur proposer par rapport à leurs troubles.

J : Oui je pense, ben si...enfin, enfin peut-être...

Je pense, il y a pleins de choses, les questions sont riches, vous avez plein de questions pertinentes ...

210 S : Est-ce que vous êtes d'accord (interrompu)

J : C'est vrai c'est vachement intéressant...

215 S : Est-ce que lorsque vous leur présenter une prise en charge après qu'ils aient fait une demande de soutien, ils peuvent vous dire ce qu'ils en pensent ? Est-ce que c'est plus compliqué qu'avec un patient qui vient pour sa tension ?

220 J : C'est plus compliqué dans le sens où la personne euh...elle pourra faire une demande de prise en charge, de soutien psychologique. Alors soit elle préférera faire avec moi alors je lui dirai ; si je vois que je peux le faire, si c'est plus efficace pour elle ; je dirai ok donc ça marchera. Soit la personne préfère que ce soit moi, mais je lui dirai que je pense que c'est...que c'est...il faut quand même voir le psychiatre quoi. Donc...ce qui peut se faire d'ailleurs...Il y a une prise en charge, comme ça, conjointe.

225 Les patients viennent aussi voient le, ont un suivi avec, le psychiatre et aussi continuent un suivi aussi psychologique avec nous.
Le psychiatre n'intervient pas ponctuellement mais épisodiquement euh...Avec nous elle continue aussi une autre forme...

230 S : Comment vous ressentez leur attente quand vous dites que vous continuez à avoir un soutien psychologique pour eux ? Comment vous ressentez qu'ils continuent avec vous alors que l'on pourrait penser que le psychiatre maintenant est là pour ça ?

J : Oui, peut-être...

235 S : Comment vous le ressentez ?

J : Je le ressens...euh...Parfois, faut pas généraliser, parfois ils arrivent à...je ne sais pas, il y a certainement des raisons.

240 Par le fait qu'on est leur médecin de famille et tout, ils arrivent peut-être à parler de certaines choses plus avec nous qu'avec peut-être le psychiatre. Ils ont pas réussi, ça dépendra du psychiatre aussi et...c'est...Comme dans l'autre sens, ils doivent parler avec le psychiatre de certaines choses qu'ils ne doivent pas parler avec moi, mais ça je ne le saurai jamais. Il n'y a pas, il n'y a pas de...leur attente à eux, c'est difficile.

245 Ils doivent utiliser...les, les...un peu les tranches qu'ils considèrent comme...pouvoir exprimer à leur médecin de famille ou...et au psychiatre quoi.

Moi je sais que j'ai deux, trois personnes, de jeunes femmes qui m'ont avouées à moi avoir été victimes d'incestes dont une où il y avait tout une démarche après...judiciaire. Ben j'étais là, j'étais la première personne à qui elle racontait ça...

250

S : Comment vous le comprenez ?

J : Oui c'est ça et je, et je ne sais pas si...

255

Peut-être que, oui en fait il y a pleins de choses comme ça qui sont...Deux ou trois personnes qui m'ont parlé de ça.

S : Vous ne savez pas pourquoi ?

260

J : Oui, je, bon, je pense que justement...en discutant, bon il y avait tout.....le côté rassurant, le fait qu'on les connaît depuis plus...

Enfin bon, la jeune fille je ne la suivais pas à l'époque, donc c'est après. J'allais par contre souvent dans les gardes de nuit voir son père et son, son, son (rire jaune).

Donc elle m'avait déjà vu comme ça, je la connaissais quand elle était petite. D'ailleurs quand je, j'allais chez eux, je sentais comme ça dans la maison une...il y avait une ambiance.

265

C'était...

S : Qu'est-ce que ça vous fait une annonce pareille ?

270

J : J'accepte bien sûr...moi je suis euh...

S : Vous pourriez vous protéger.

J : Non, je ne me protège pas, non, non.

275

Ça me fait, je ne vais pas dire, je ne suis pas fière mais euh...J'ai pas d'ego enfin je ne pense pas...mais euh je sais, c'est très...quand, quand les gens pfff. On vient de prendre en charge quelque chose de très lourd et on est.....c'est, c'est, c'est fatiguant entre guillemets, il y a beaucoup de tension...parce que...

280

S : Il y a plus de responsabilités ?

J : De responsabilités, enfin c'est une charge qu'on a prise. Mais tout en étant...On est, on est...Le but en fait était de prendre cette charge après...Après ça a été dure pour la personne de la déballer, pour nous aussi c'est dur de l'installer sur notre dos mais après, après c'est comme une mule qu'on charge.

285

Moi je suis une mule et puis c'est tout...je, je n'ai pas tellement d'état d'âme avec tout ce que les gens me racontent, moi-même je...je suis...enfin j'apporte pas tellement de jugement...je vais pas...et je n'ai pas tellement de défense dans ce moment là. Si j'avais des défenses je ne pense pas que les gens pourraient se livrer quoi...

290

S : Vous installez un climat ?

J : Oui, qui permet de les rassurer. Moi-même je m'occulte beaucoup dans ma relation, je m'oblige à m'occulter enfin je ne m'oblige même pas parce que je n'y pense pas. Je reçois...Je suis comme un buvard un peu.

295

S : Est-ce que c'est pour vous une difficulté ?

J : Non ce n'est pas pour moi une difficulté car je suis habitué...non et parce que j'estime que c'est mon rôle. Bon à qui elle va pas aller raconter ça ? A qui d'autres ? C'est, c'est ...Je suis,

- 300 non au contraire.....pour moi-même, non je suis...je suis habitué enfin c'est vrai...avec l'expérience. On entend tellement de choses...En même temps on est affecté pour la souffrance de la personne mais en même temps on n'est pas habitué, mais on s'est protégé depuis pas mal de temps.
- 305 Mais c'est sûr ça affecte un peu...En permanence on est dans les turbulences de la vie des autres. Bon certainement ça doit faire des dégâts sur notre personne (rires). Mais d'une façon ou d'une autre on est un peu comme les vieux zincs dans les aires, ils doivent avoir des...
On est cabossé de partout je pense (rires) mais on est toujours dans le ciel à voler et puis on avance toujours et puis on est là pour ça, on transporte un peu la misère des gens...on essaye.
- 310 S : Est-ce que vous ressentez que les relations sont plus instables ou plus difficiles à gérer ?
- J : Les relations...Ces relations sont fortes. Plus instables alors...Il y a des gens qui sont instables donc je pense que physiquement et psychologiquement c'est toujours assez difficile à gérer euh...je pense à une patiente, elle a des gros troubles psychiques, enfin c'est un peu hystérique, mais...c'est difficile à gérer.
- 315 Elle a des problèmes de santé physiques graves, elle a eu un cancer du sein par exemple, et tout est difficile à gérer avec elle et tout est en permanence que ce soit le physique ou le psychique, donc on sait déjà que c'est difficile quoi.
C'est bien que je pense à une patiente qui correspond, comme ça toc ça permet justement...
- 320 S : Est-ce que vous pensez qu'à votre place de médecin généraliste vous êtes isolé ?
- J : Par rapport au patient?
- 325 S : A la prise en charge...
- J : Isolé ? Peut-être que maintenant...C'est une critique mais je trouve qu'au niveau psychiatrique dans la région la prise en charge des patients est devenue assez médiocre. J'ai connu il y a une dizaine d'années quand je m'étais installé, il y avait une équipe à l'hôpital...qui n'était pas universitaire d'origine. Il y avait le Dr Tobie et puis bon il y a quinze ans ça marchait bien, ils prenaient en charge. A l'hôpital ils étaient bien pris en charge après il y avait les infirmières, c'était bien pris en charge. Maintenant c'est beaucoup, depuis une dizaine d'années, c'est beaucoup la technocratie, les chiffres, les lettres qui correspondent aux anciens diagnostics mais enfin tout est...
- 330 Pour une patiente justement une équipe, la psychiatre qui la voit qui fait partie de l'hôpital, et puis l'équipe des infirmières : « Ben on a décidé d'arrêter la prise en charge, d'arrêter les soins. » On ne sait pas pourquoi...il n'y a aucunes explications...Il y a une technocratie de la psychiatrie.
- 335 S : Et vous (interrompu)...
- J : Une médiocrité, une médiocrité de la psychiatrie.
- S : Et vous, comment vous vous situez par rapport à votre patient dans cette relation si vous n'êtes pas en accord ?
- 345 J : Si je ne suis pas en accord...
- S : Est-ce que ça se discute avec la patiente ?

350

J : Je, ben je...J'ai du mal euh...quand le patient...Si le patient se retrouve tout seul, je vais gérer avec lui mais euh...

Et s'il y a un problème grave, on gèrera comme d'habitude dans l'urgence, on va l'adresser aux urgences psychiatriques et il repartira dans le circuit, alors suivant l'équipe et les

355

médecins qui le prendront en charge ça marchera...Tout ça c'est un peu...
Enfin on se sent, je me sens un peu sur le plan psychiatrique...Je me sens pas tellement épaulé enfin...

S : Est-ce que c'est plus difficile à gérer par rapport à la pathologie ?

360

J : Par rapport à la pathologie, non...Par rapport à la patiente à laquelle je pense, où l'équipe a décidé d'arrêter les soins, non parce qu'on se connaît depuis longtemps. J'ai géré pendant de longues années tout seul avec elle.

Et puis c'est parce que justement il y avait une flambée ; comme il y avait un changement dans l'équilibre familial, elle a été déstabilisée...elle était retournée à l'hôpital puis en fait après, l'équipe a arrêté comme ça.

365

Mais il n'y avait pas tellement, ni les médecins, il n'y avait pas de communication.

D'ailleurs quand j'appelle, à part un ou deux psychiatres, quand je les contacte comme ça au téléphone, il y a une froideur je ne sais pas, une technocratie je suis étonné quoi.

370

Je me demande comment ça se fait qu'ils soient devenus des psychiatres ces gens là. Je...Leur place n'est pas là, la psychiatrie c'est pas ça pour moi ; c'est beaucoup d'humanité, c'est pas la technocratie.

C'est terrible ça je dois être vieux, je radote. (rires)

375

S : Est-ce que vous pouvez me décrire l'expérience d'une HDT ou d'une HO d'un de vos patients ; dans quelle situation ça vous est arrivé ?

J : Vous savez je m'en rappelle plus trop. Enfin l'HDT j'en ai parlé tout à l'heure. Vous voulez que je décrive l'histoire clinique ou bien ?

380

S : C'est faire un résumé ; dans quelle situation vous avez été amené à poser cette indication ?

J : Bah...pfff...Il y en a tellement...enfin il y en a pas mal.

Là, c'était la patiente, qui avait sa fille, qui était déstabilisée. Qui avait déjà des problèmes psychiques qui était déstabilisée par le fait que sa fille qui avait été mis dans une famille d'accueil pendant de longues années...elle espérait que sa fille revienne à son domicile.

385

Donc la fille est revenue à son domicile avec...son amoureux et bon ça a perturbé l'équilibre qu'il y avait dans le couple.

Après il y avait des tensions, et comme il y avait des tensions dans le couple même donc ça a activé toute la problématique familiale.

390

S : Est-ce qu'elle vous a appelé ?

J : Donc c'était une demande de la fille et de son compagnon qui vivent tous dans le même appartement et en plus il y a le chien du copain. Enfin ça fait tout un climat. Ils étaient tous les trois ligüés contre elle. Elle se sentait un peu agressé et justement elle avait, je crois, elle n'avait pas encore l'habitude de gérer la relation que l'on peut avoir avec son enfant qui revient à la maison.

395

400 S : Ce sont eux qui vous ont appelés ?

J : Ils m'ont appelé car il y avait de la violence physique et puis les cris et bon...

405 S : Qu'est-ce que vous avez ressenti quand vous êtes arrivé dans cette situation ?

J : Quand je suis arrivé dans cette situation, comme je connais bien la personne ça m'ennuyait parce que c'était...mais il n'y avait pas d'autres solutions, il fallait séparer toutes les forces en présence.

410 S : Qu'est-ce qui vous ennuyait ?

J : Ce qui m'ennuyait c'est que je savais que ça ne servirait pas à grand-chose et que euh...que c'était juste une solution ponctuelle, et que bon, que ça pouvait au contraire encore déstabiliser plus la patiente et que ce n'était pas la solution.

415 Mais sur le moment on n'avait...il n'y avait pas tellement le choix à ce moment là.

S : Est-ce que vous avez réussi à communiquer avec la patiente ?

420 J : Difficilement parce qu'il y avait déjà, les pompiers qui étaient là, la gendarmerie avec deux gendarmes. A partir du moment où déjà bon, où il y a aussi...une ambiance...de violence familiale ; enfin tout le monde est très énervé, excité hein...

La patiente s'était enfermée dans ses toilettes, elle ne voulait pas partir à l'hôpital du tout et puis elle menaçait de se suicider aussi donc euh...les pompiers ont forcé la porte.

425 S : Vous étiez présent ?

J : On était, je suis présent oui, je discutais avec elle un peu...À ce moment là, elle...On n'a plus la relation privilégiée qu'on a quand on est tout seul avec une personne. Parce qu'il y a tous les gens extérieurs.

430 S : Qu'est-ce que vous ressentez de ne plus (interrompu)...

435 J : Moi je...De ne plus avoir le contrôle ? J'essaye de la rassurer par...ma présence déjà et de lui dire que c'est provisoire et que ça va s'arranger. Je sers un peu de...J'essaye d'être...modérateur dans la violence de la démarche.

S : Est-ce que vous pouvez ressentir des sentiments par rapport à cette violence ?

440 J : Oui par rapport à cette violence...

S : Vis-à-vis de la patiente aussi ?

445 J : Oui ça me, ça...d'un côté ça me, ça me révolte. En même temps on a le fatalisme de ces situations là.....On n'a pas d'autres solutions à ce moment là quoi.

S : Est-ce que le fait d'appliquer une contrainte...Comment vous le vivez ?

J : Bah je vis, je vis le fait...J'aime pas ce rôle de...force, bon...on doit...ça nous fait...

450 Ça nous donne une souffrance, on doit...on doit gommer un peu avec le quotidien du travail.
On gomme, enfin on s'habitue.

On est un peu comme des boxeurs, on est un peu, je pense que c'est la situation, enfin arrivé à une certain moment, on est comme des boxeurs, on est un peu KO technique, mais on a tellement l'habitude qu'on reste debout avec nos gants et notre garde. Je pense que chaque fois ça nous fait, ça nous blesse aussi c'est sûr.

455 S : Comment vous expliquez que ça vous blesse alors que c'est un soin que vous apportez ?

460 J : Ça nous blesse parce qu'il y a beaucoup de violence euh...violence physique déjà parce qu'on est obligé de tenir la personne parce que c'est contre le gré de la personne pour ce cas-là.

Mais quelque fois, par exemple ça m'est arrivé ; c'était un alcoolique qui cassait tout chez lui, qui était violent avec ses enfants et tout euh...là je suis...C'est avec plaisir que je l'envoie. Parce que pour protéger sa famille, parce que c'est un con et qu'il faut protéger. Donc c'est très...C'est toujours clinique.

465 S : C'est cas par cas ?

J : Oui cas par cas.

470 S : Et pour cette patiente, est-ce que vous pensez qu'on pourrait appeler ça comme une trahison de votre part vis-à-vis de la relation que vous aviez avec elle ?

J : Oui, non parce que. Elle sait aussi que je n'ai pas tellement le choix non plus.

475 S : Elle revient vous voir ?

480 J : Ah oui, elle revient me voir. C'est sûr, elle me parle. C'est une femme qui a souffert beaucoup, elle a été victime d'inceste, avec sodomie pendant plusieurs années. Bon, elle a déjà reçu pas mal aussi. Ce sera pas une trah...Quelqu'un qui aura peut-être un vécu plus calme pourrait considérer ça comme une trahison mais elle ne se sentait pas trahie.

S : Ce n'est pas un sentiment que vous pouvez avoir, ou devant la violence de la situation avoir de la colère ?

485 J : Oui elle pourrait être en colère contre moi mais bon elle est, elle est sortie d'elle-même. Elle est comme un cheval sauvage qu'on essaye d'enfermer dans un enclos donc...

S : Mais vous, vous pourriez ressentir éventuellement de la colère qu'on en arrive là ?

490 J : Oui mais...euh...oui, si j'ai de la colère, par rapport quand même, par rapport à la bêtise du comportement de certaines personnes c'est sûr.

Comme euh...je ne peux pas changer la bêtise donc je l'accepte aussi. La colère par rapport à plein de choses, c'est aussi, c'est aussi une attitude de fatalité aussi ; enfin je pense...

495 S : Qui vous préserve de ces situations?

J : Qui me préserve de ces situations mais après, dans cette situation là euh...j'avais pensé à ça : « Merde c'est à chaque fois le même cirque et j'en ai marre. »

Et en plus elle revenait parce que l'hospitalisation n'était pas acceptée mais...

500 (Interruption téléphonique)

J : Mais aussi cette situation fait réfléchir tout le monde, la fille aussi.
Autant avant elle était demandeuse d'une hospitalisation à la demande d'un tiers, autant après
505 quand elle se rend compte de la violence qu'il faut et de la souffrance ; elle est là en train de pleurer quand la mère part. C'est toujours ambivalent, enfin dans cette histoire là.

S : Dans cette situation c'est vous qui signez (interrompu)...

510 J : Oui le papier, non mais...

S : Est-ce que cette position là vous la gérez difficilement ?

J : Non, je ne gère pas difficilement ; parce que c'était à la demande des enfants et tout, et que
515 moi-même je me disais que ça servait...ça serait pas ; bon...la patiente, elle sait que j'avais pas tellement le choix par rapport....

S : Que vous vous connaissiez avant, ça permet...

520 J : Voilà, c'est sûr...ça permet, ça permet euh...mais c'est sûr que je serai appelé dans une situation comme ça euh...je serai aussi plus détaché, j'aurai moins euh j'aurai pas non plus à être confronté avec un sentiment de trahison dans le lien patient médecin. Ce serait une façon plus facile quoi.
Et c'est vrai...certainement aussi la relation comme ça...Mais aussi je pense que le fait d'être
525 le médecin traitant, la personne peut...pas sur le moment mais là elle réfléchira aussi, elle dira aussi, il y avait certainement besoin de le faire à ce moment là.

S : Vous dites qu'elle est revenue...

530 J : Elle est revenue...

S : ...et elle a pu le dire spontanément ou vous en avez rediscuté ?

J : Je pense qu'on a du en discuter. J'ai dit qu'il n'y avait pas tellement le choix et après on
535 avait trouvé ...
La fille m'avait encore rappelé pour encore la même histoire et c'est...bon, on en a marre parce que c'est toujours les mêmes démarches.
Moi j'ai dit : « Bon on arrête ce cirque, ça ne sert à rien. »
Et toc j'ai eu une idée lumineuse (j'rigole) : « Ce que vous faites c'est que vous laissez votre
540 maman dans l'appartement toute seule et vous, vous partez tous les trois pendant quatre heures. »

S : Vous avez pu en discuter avec la patiente ?

545 J : Avec la fille...J'ai discuté un peu...avec la patiente aussi.

S : Elle était d'accord ?

550 J : Elle était d'accord, oui. Et puis petit à petit maintenant qu'il n'y a plus de conflit comme ça...hyper...il n'y a plus de situations conflictuelles, violentes, comme ça dans la cellule. Je pense qu'ils ont du arrivé à un compromis et certainement aussi la patiente a accepté certaines choses.

555 S : Est-ce que vous pensez que la prise en charge avec ces patients est changée après le passage par la contrainte ? Est-ce que le rapport est différent ?

J : Par la contrainte euh...moi je...pfff.
C'est difficile de savoir finalement. C'est un peu l'image du, un peu répressive...Enfin, un moyen de répression que peut avoir le médecin vis-à-vis de son patient...

560 S : Vous pensez que ça change votre relation ?

J : Non, je ne pense pas. Non, je ne pense pas...

565 S : Vous avez pu faire le bilan avec ces patients ?

J : Non, je pense que...Déjà psychologiquement ce sont des personnes qui ne sont pas...qui ne vont pas intellectualiser trop non plus donc...Peut-être que moi...

570 S : Est-ce que vous en ressentez le besoin ?

J : Non, parce que je vais leur dire par exemple que ça m'a choqué, je ne voulais pas arriver à cette situation là ; alors quelques fois dans d'autres cas je pourrai dire : « Vous l'avez cherché, vous le méritiez, c'était un moyen..., il n'y avait pas d'autres solutions. »

575 Mais en général je pourrai expliquer aussi, dire aussi que les choses étaient arrivées, telles qu'on n'avait pas d'autres solutions et que c'était une mesure aussi de protection de la personne.

580 S : Vous arrivez à expliquer...

J : Je pense qu'on arrive à expliquer et que les gens comprennent.

S : Vous dites que ces patients sont psychologiquement (interrompu)...

585 J : Pas, pas...J'ai pas eu l'occasion d'avoir des problèmes comme ça avec quelqu'un avec qui j'aurai pu faire...enfin de réflexion ou d'état d'âme...

S : Est-ce que vous n'avez jamais été mis en danger dans votre relation ?

590 J : Non, enfin je n'ai pas l'impression. Peut-être que si mais...

S : Est-ce qu'il y a des patients qui ne sont pas revenus ?

595 J : Pfff...Je ne pense pas parce que ce sont des patients assez lourds que je suis...J'ai pas...J'ai pas de souvenirs. Après avec toutes les gardes et tout...(rires), certainement mais...

S : C'est une activité que vous exercez plus sur vos gardes ?

600 J : Non, enfin c'est...Maintenant les gardes, les médecins ne font plus de gardes ou presque plus, c'est dommage d'ailleurs. Mais dans les gardes c'est arrivé, oui, plus souvent.

S : Est-ce que vous sentez qu'il y a un impact sur l'alliance avec son patient ?

605 J : Non, je ne pense pas...parce que c'est une situation...C'est comme un éclair dans un ciel serein. C'est épisodique, c'est pas...C'est pas une relation...
Premièrement je n'ai pas de relation de force ou d'omni puissance par rapport au patient. J'aime pas, j'aime pas...J'enlève déjà ce présupposé là, donc pour moi c'est pas...

610 S : Vous évoquiez que vous essayez d'éviter d'en arriver là, à cette...

J : Oui parce que moi même je me mettrai à la place de la personne donc...Est-ce que...J'aimerais pas qu'on me fasse subir ça donc je me projette aussi dans ce qu'elle peut vivre donc je, je...
C'est une souffrance aussi pour moi certainement...à accepter, c'est sûr, c'est sûr...

615 S : Comment vous l'expliquez que ce soit difficile à vivre pour le médecin traitant d'hospitaliser sous contrainte ?

620 J : Parce que je pense...C'est aussi une projection de...de vécu, d'une histoire qui est...
C'est une tragédie aussi, c'est tragique...
Comme on peut.....on vit mal la souffrance, on vit mal de voir des gens dormir dans la rue dans le froid, à faire les queues dans les restos du cœur. On vit mal, je ne sais pas mais on n'est pas d'accord. Le monde n'est jamais tel qu'on voudrait qu'il soit, donc on est obligé de s'habituer à accepter le monde tel qu'il est, ou tel qu'on peut le voir ou le croire. Mais c'est
625 beaucoup de souffrance tout le temps.

S : Est-ce que vous aimeriez ajouter quelque chose par rapport au thème que l'on a abordé ?

630 J : Là...Je...Non...(rires).
Ça fait réfléchir, c'est original, c'est riche, il y a plein de choses sur les questions que vous m'avez posé. Enfin, ça nous oblige à réfléchir, on y pense, comme ça, inconsciemment tout le temps, dans la relation comme ça...Là certainement il faudrait que j'ai le temps de me remémorer. J'essayerai de...réfléchir.

635 S : Comment vous expliquez que c'est difficile, on dirait que c'est caché, le rapport à cette relation ?

J : La relation avec le patient, tu la construis avec le temps...les années de travail.
Alors petit à petit, tu dois analyser, tu dois emmagasiner. Il y a le fait que tu es...qu'on est
640 isolé, on est toujours tout seul un peu, le médecin généraliste travaille tout seul.
On n'a pas l'habitude de parler. Oui peut-être avec les FMC, des amis ou un collègue médecin tu peux parler comme ça, mais il y a un manque de temps.
Tu n'as pas le temps de trop réfléchir, tu réfléchis comme ça en prenant ta voiture ou quand tu te balades dehors mais ce n'est pas une analyse que tu fais...que tu exprimes verbalement.
645 C'est difficile la relation...Et puis il y a pleins de choses certainement, tu regardes quelqu'un, tu envoies des ondes tu reçois des ondes enfin c'est...tout une photographie de la vie...des gens, de pleins de choses que l'on ressent ; c'est un ressenti...

S : C'est difficile à exprimer.
650

J : C'est difficile à exprimer car dans la relation que tu as avec les gens tu es à l'écoute des gens, c'est pas toi qui parle donc il y a une habitude déjà...

S : Est-ce qu'il n'y a pas une attente des patients d'une réponse du médecin d'une façon ou
655 d'une autre ?

J : Quelques fois... ?

S : Dans leur manière de répondre à leur question...
660

J : C'est sûr, c'est sûr. Ça serait intéressant de demander aux gens ce qu'ils pensent de ta façon de faire, mais bon ça arrive quelques fois que les gens vont te dire ce qu'ils pensent et puis au départ peut-être on se sent un peu agressé ou bien on n'est pas habitué. Il y a une expression comme ça de la ...de la relation entre le patient...
665

S : Un échange...

J : Oui.

S : Un travail à deux ?
670

J : Mais ça, ça peut se faire. Il y a aussi le fait qu'on questionne sur les services, entre guillemets, qu'on donne au patient euh j'veux dire : « Est-ce que vous êtes satisfait », donc bon, faudrait voir dans le cas de problème psychique un psychiatre, je pense, parce que je
675 n'arrive pas à vous aider et puis le patient va aussi, je pense, l'exprimer.

S : Vous dites bien qu'ils arrivent à vous dire qu'ils ne veulent pas y aller.

J : Oui c'est ça, il l'exprime, c'est vrai. Il y a une relation...Il y a pleins de choses qui sont
680 faites de façons tacites dans la relation. Qui ne sont pas exprimées mais que chacun ressent et qui permettent...Et à partir du moment...La personne ne va pas revenir. Et elle dira, bon je préfère voir un psychologue, je pense...si on lui propose elle va dire d'accord. Dans la démarche souvent je propose.

S : Quand vous disiez quand venant ici cela normalise, ils vous sentent capable de prendre en
685 charge (interrompu)...

J : Oui c'est sûr, je vais pas, je vais pas sauter sur, au contraire. Dans le travail c'est une charge, c'est plus lourd à porter que...Enfin, différemment mais c'est plus, il faut plus de
690 disponibilité, plus de temps et puis c'est vrai c'est aussi plus déstabilisant aussi que les problèmes entre guillemets de routine, de pathologies bénignes...c'est plus facile à gérer en consultation.

S : Il n'y a pas plus d'angoisse par rapport à ces pathologies ?
695

J : Non, non, j'affronte, je...

S : Vous mettez ça sur votre dos...

700 J : (sourire) Oui je met ça sur mon dos...Je vais prendre. Comme je vous dis je ne vais pas trop penser à moi. Je me dirai : « Je peux prendre cette charge donc je la prends. »

S : Est-ce que vous vous dites que : « Je ferai bien de penser à moi parfois.» ?

705 J : Oui, je...je dois me fuir beaucoup pour réagir comme ça (rires). Je dois avoir besoin, je dois être une bonne mule, je dois aimer prendre en charge, je dois aimer ça certainement.

S : Et tacitement les patients sentent qu'ils peuvent...

710 J : Oui qu'ils peuvent se décharger sur moi. Mais je dois fuir certainement pleins de choses de moi-même.

S : Le but n'est pas dans l'entretien de...

715 (rires)

J : Mais bon, on a choisit un métier, c'est un beau métier et il faut y aller.

S : Comme cette relation est plus intense et votre responsabilité est loin d'être anodine...

720

J : Dans l'acte ?

S : Oui, est-ce que ça impacte sur votre alliance ?

725 J : Non, je ne pense pas.

Entretien n° 4 - le 13/12/08 (S : Stanislas, B : médecin)

S : Dans un premier temps, pouvez-vous vous présenter, quel mode d'exercice avez-vous...

5

B : J'en ai fait pour quelques patients...avec suivi psychiatrique, enfin assez peu quand même. J'avais fait une hospitalisation à la demande d'un tiers pour un patient qui était alcoolique et qui refusait depuis des années de se suivre. Autrement...

10 S : Vous êtes en milieu rural, urbain ?

B : Oh...urbain, plutôt. Un autre patient mais c'étaient plutôt des querelles de couple ?

S : Que vous connaissiez ?

15

B : Non que je ne connaissais pas, c'était en garde. Si la première je connaissais...

S : Quand vous dites que c'était une personne qui refusait depuis des années...

20 B : Oui la personne qui était alcoolique, ça fait depuis des années, vingt ans peut-être...

S : Que vous...

B : Je ne la suivais pas. Je la suis depuis un an à peu près. On avait tenté de faire des suivis par des consultations...en externes...en addictologie et gastro aussi...on lui avait programmé des examens genre fibroscopie pour vérifier s'il n'y avait pas des risques...de varices oesophagiennes, qu'il avait d'ailleurs.

25 Et puis il y avait des rendez-vous qu'il avait pris mais à chaque fois il trouvait des prétextes et il ne les avait pas fait.

30 Donc...Il a été un peu violent au sein de la famille et euh...bon là, la famille a fait un petit peu pression...donc bon, on règle le problème.

S : C'est quelque chose de fréquent dans votre exercice d'hospitaliser sous contrainte ?

35 B : Non, pas très fréquent.

S : C'est plutôt rare ?

B : C'est rare quand même. On n'aime pas trop ça. On aime mieux pouvoir dialoguer avec...euh...que ça ne soit pas sous contrainte, c'est pas trop notre façon d'approcher les choses. Enfin je pense que c'était...En tout cas il faut être aidé par la famille pour ce genre de chose parce que s'ils sont bien décidés je me sentirai plus fort pour le faire parce que...euh sinon c'est pas possible.

45 S : De le faire seul ?

B : Oui et de toute façon il faut qu'il y ait une personne déjà.

S : Un tiers...

50

B : Un tiers et puis...il faut aussi que la personne soit d'accord que c'est la dernière, la dernière solution.

S : Vous essayer de communiquer avec elle avant ?

55

B : On essayait de prévoir des consultations en externe, en neuro, en gastro et puis il y a eu les vacances, donc il voulait que ce soit après le retour. Donc ça c'est très mal passé pendant les vacances apparemment ; j'ai été rappelé, donc lui, il était revenu chez lui...et euh...Elle m'a dit qu'il était hors de question qu'elle revienne, elle avait pris la décision de faire une rupture.

60

S : Vous en avez discuté avec le patient ?

B : Oui...Sinon lui il était déjà tout seul chez lui depuis deux, trois jours. Ses forces commençaient à faiblir un peu. Je pense que s'il avait encore été entouré par quelqu'un qui l'aurait chouchouté ça aurait encore duré un peu ; donc là on essaye...de convaincre un peu...on lui disant, je lui ai menti un petit peu. C'est la dernière solution, s'il ne voulait pas se faire hospitaliser il était probable que sa femme ne reviendrait pas. Je pense que ça l'a un petit peu aidé à décider et puis le fait que...et puis l'hôpital aussi, ce qui l'a fait décidé c'est que sa femme était parti.

65

Si elle avait été encore présente au domicile, j'aurais dit « bon, elle peut encore s'en occuper ». Mais le fait qu'il soit resté un peu à l'abandon tout seul qu'il se laissait sans...il ne faisait plus ses courses...il ne sortait plus, il était un peu dans les propos de menaces de se suicider. Donc là on avait des arguments, où là l'hospitalisation était obligée d'être prise en compte.

70

75 S : Vous avez l'inquiétude que votre indication d'hospitalisation ne soit pas prise en compte ?

B : Voilà...Oui ça peut arriver quelle soit refusée. Surtout dans ce cas de patient alcoolique qui...C'est un peu particulier.

80 S : Le fait que vous connaissiez (interrompu)

B : Ils se font suivre en consultation externe en addictologie, mais la convocation ça me semble assez aléatoire...ou s'il rentre, ou s'il rentre pas...

85

Par contre là je pense que ça a été extrêmement bénéfique. Il est resté trois mois à l'hôpital, ils lui ont fait un bilan extrêmement complet. Je pense qu'il a pu mieux comprendre les choses. Et puis retourner vis-à-vis de son épouse que les choses ne seraient jamais plus comme avant. Parce qu'il avait des problèmes de violence aussi en même temps. Et puis vis-à-vis de moi il n'y a pas eu de problèmes après...Je l'ai revu, il ne m'en voulait pas du tout...absolument pas.

90

S : Qu'est-ce que vous avez ressenti le jour où vous l'avez hospitalisé sous contrainte ?

B : Ce que j'ai ressenti c'est que...J'avais pas le choix de toute façon...Il était menacé quand même cet homme là. Tampus pour les conséquences, il fallait qu'il soit hospitalisé et puis c'est tout.

95

S : Vous y pensez (interrompu)

B : Et puis même j'étais content de pouvoir le faire, pour qu'enfin il soit pris en charge et qu'on le maintienne un peu, qu'on le garde. Pour faire tous les examens et qu'il ne soit pas

100

laissé à l'abandon seul chez lui et puis à ma charge exclusive. Parce que c'est un patient que je ne pouvais pas gérer de toute façon.

S : Un soulagement ?

105

B : Oui un soulagement parce que je ne pouvais pas m'en sortir tout seul avec un patient qui refuse. Il faisait pas ses prises de sang, il refuse tous les examens qu'on lui demande...c'était pas possible...de continuer de le prendre en charge.

110 S : Comment vous expliquez que vous soyez soulagé ?

B : Ça...De toute façon on est dans une impasse. J'ai rien à lui proposer, je ne sais pas comment ; j'avais pas de moyen d'agir moi-même.

115 S : Qu'est-ce que ces patients peuvent éventuellement vous renvoyer ?

B : Ben il y a une petite connotation d'exaspération un peu. Parce que je suis un peu...J'aime mieux quand mes patients je leur prescris quelque chose et puis qu'on peut les convaincre que c'est ce qu'il faut prendre et tout ça. Sinon si on...systématiquement on refuse tout ce que l'on propose, c'est pas une situation très confortable.

120

Bon encore que là c'était une situation où le patient n'est pas...agressif, avec moi en tout cas. De ce côté-là...C'est plutôt...Je le décrirai plutôt comme un poids, un poids mort en fin qu'on n'arrive pas à mobiliser, qui a une force d'inertie considérable et en réalité je ne pouvais pas bouger et c'était impossible de faire prendre conscience de quoi que ce soit.

125

S : Est-ce que ce sont des patients qui peuvent vous renvoyer des sentiments violents malgré tout ?

B : Dans ce cas là pas spécialement, un petit peu d'exaspération c'est sûr. Quand on est acculé comme ça on ne sait plus quoi faire. C'est...Heureusement que l'on a cette procédure, sinon je ne vois pas comment on pourrait...s'en sortir.

130

En plus on est dans une situation délicate ; on peut rien faire et puis après on nous accuse, on peut nous accuser de rien faire non plus. C'est une situation inconfortable.

135 S : Ce sont des patients différents par rapport aux autres ?

B : Oui c'est un peu différent, c'est moins facile à gérer euh...

S : Est-ce que c'est un poids ?

140

B : Un poids oui, c'est pas des patients faciles...euh...Encore là ça c'est passé mieux que je n'espérai parce que ça aurait pu...C'est ce que j'appréhendais en allant le voir, qu'il y aurait une forte résistance, qu'il refuserait absolument. Mais il avait le moral un peu cassé parce que son épouse était partie depuis deux, trois jours...

145

S : C'est tout de même une crainte...

B : Ben oui, c'est une crainte que ça dégénère et puis comment va se passer le transfert ? C'est pas toujours facile.

150

S : Comment vous avez fait pour que ça se passe bien ?

(interruption téléphonique)

155 B : Où est-ce qu'on en était ?

S : Par rapport aux situations de violences (interrompu)

160 B : Oui alors c'était plus, j'pouvais craindre ça. Alors pour moi c'était une corvée d'y aller. Quand je suis arrivé...J'étais soulagé, tout c'est bien passé, j'ai vu qu'il ne s'opposait pas, il était plutôt frappé par le fait que sa femme ne voulait pas revenir, le reste lui était un peu égal.

S : Qui vous a appelé ?

165 B : C'est sa femme.

S : Il était prévenu de votre venue ?

B : Non, non.

170

S : Le fait qu'il vous connaisse, est-ce que vous pensez que ça a pu aider ?

175 B : Oui, quand même pour...Il fallait qu'il accepte, il fallait qu'on ait de bonnes relations quand même sinon ça aurait été plus dure. Enfin ça s'est bien passé, il n'y a pas eu de soucis. C'est donc un cas...

S : Vous dites qu'il est revenu...

180 B : Oui il est rentré chez lui maintenant, je l'ai revu dernièrement il avait l'air beaucoup mieux...J'espère que ça va durer.

S : Quand vous dites « on craint les conséquences » est-ce que vous vous dites qu'il pourrait ne pas revenir ?

185 B : Non pas spécialement. Déjà ce sont des patients qui sont très difficiles, qui sont un poids...Bon, parfois quand ils partent ça peut être un soulagement. Alors que là c'était pas le cas.

S : Parce qu'il vous prennent plus de temps ?

190

B : Non même pas, c'est pas ça. C'est quand la situation devient ingérable. Bon ça commençait un peu à m'irriter de voir toutes mes prescriptions qui étaient systématiquement non suivies, on n'avancait pas du tout, il continuait son alcoolisme...

195 S : Conséquence de son passage par la contrainte, il suit vos prescriptions ?

B : Bon...Maintenant il a une infirmière qui passe et qui prépare un semainier parce qu'il y a une petite atteinte frontale quand même donc...Il y a des infirmiers psychiatriques qui passent le voir, il est beaucoup plus entouré qu'avant.

200

S : Vous pensez que la prise en charge est différente maintenant ?

B : Oui, oui... Il est beaucoup plus encadré par l'hôpital.

205 S : Vous vous sentez moins seul ?

B : Maintenant je suis moins seul, je suis aidé et puis lui il a une aide ménagère qui passe. Il y a tout un ensemble qui le protège et je pense que ça va mieux se passer.

210 S : Pensez-vous qu'il y a une conséquence sur votre relation avec votre patient ?

B : Quand il y a une période de crise on peut être un peu énervé m'enfin après ça se passe mieux.

215 S : Quand vous dites énervé... ?

B : Parce qu'on se demande comment est-ce qu'on va s'en sortir ? On se sent un peu agressé, c'est pas agréable. Enfin là il n'y avait pas de violence.

220 S : Cela a pu vous arriver dans le passé ?

B : Non, j'ai pas été trop. Si des fois mais c'était des gens que je ne connaissais pas et puis en garde et il y avait la gendarmerie qui était, qui nous aidait bien quand même. Donc moi j'étais un peu en... à la rigueur en second...

225

S : Avec les patients que vos connaissiez vous n'avez jamais été victime de violences ?

B : Pas du tout, jamais.

230 S : Vous attribuez ça (interrompu)

B : Une fois un couple extrêmement pathologique; j'ai pas eu d'HDT à faire mais c'était aussi inconfortable. C'était un patient Pfff...paranoïaque suivi par un psychiatre mais il refusait d'aller voir son psychiatre. Le traitement il le prenait quand il voulait donc il y avait parfois un peu de violence vis-à-vis de sa fille et de son épouse donc moi j'étais un peu entre les deux, je savais pas trop quoi...c'était à la fois...L'HDT c'était un peu juste pour le faire parce que quand je le voyais au cabinet ça allait...Après ce qu'il se passait...

235

S : Il venait vous voir mais n'allait pas chez le psychiatre, comment vous comprenez ça ?

240

B : Je ne sais pas...C'est peut-être que j'étais trop faible avec lui, c'est possible euh...et puis c'était plus loin pour y aller...et puis euh...euh...

Donc par contre j'avais des coups de fils assez agressifs de la part de son épouse...ça c'était un peu désagréable.

245

S : Vous vous sentez dans quelle situation, dans quelle position vis-à-vis d'eux ?

B : Bon...De toute façon elle était un peu spéciale aussi, je trouve. Je sais pas trop comment...il aurait fallu intervenir en cas de crise ? Je l'avais fait hospitaliser une fois quand même mais en dialoguant un peu sans passer par l'HDT mais en lui donnant un anxiolytique.

250

Il était allé là-bas de lui-même, il avait été hospitalisé un petit peu en psychiatrie et il était ressorti. Elle avait été mécontente du service de psychiatrie d'ailleurs et puis ça avait recommencé un petit peu...

255 S : Comment vous décrieriez vos liens avec les patients ayant des troubles psychiques ?

B : Euh.....Je ne sais pas. Quand c'est un patient dépressif c'est facile à gérer, ils ne sont pas dans l'agression ou...ils ne posent pas de problèmes par rapport à leur entourage. Mais un patient comme ça, ça commence à être un petit peu plus lourd.

260 Ne pas pouvoir l'hospitaliser à la demande d'un tiers parce que quand il vient il est bien ; et puis il aurait refusé énergiquement, il aurait fallu de solides infirmiers et tout ça...

S : Dans un rapport de force ?

265 B : Oui, ça n'aurait pas été facile...Surtout c'était un type costaud et un peu autoritaire. D'ailleurs quand il venait ici il était désagréable, il s'impatientait tout le temps quand il y avait quelqu'un avant, c'était tout une comédie enfin bon. Et en plus l'épouse qui n'était pas facile non plus.

270 S : Des patients très exigeants ?

B : Oui quand même...

S : Qui vous en demandent plus ?

275

B : Oui, et puis alors un jour je lui avais prescrit un fluidifiant pour la toux et j'aurai dû lui donner un calmant pour la toux, c'était toute une esclandre encore. C'était un peu pénible et quand j'ai appris qu'ils déménageaient j'étais assez satisfait je dois le reconnaître.

280 S : C'est pesant ?

B : Ben oui, surtout quand on est tout seul on se sent un peu le jouet entre leurs...problèmes de couple. Ils nous attirent dans une chose qu'on n'a pas envie.

285 S : Vous vous sentez manipulé ?

B : Chacun essaye de faire pression sur moi dans un sens ou dans l'autre, enfin dans ce cas précis.

290 S : Vous n'êtes pas en partenariat sur une prise en charge ?

B : Non là pas du tout. Si on peut convaincre la personne d'aller voir le psychiatre ; mais même si elle y va, elle va revenir et ne pas prendre son traitement.

295 S : Ce sont des patients qui reviennent vous voir ?

B : Là c'était pour son traitement du diabétique...mais bon après il est parti dans un autre département donc c'est bien.

300 S : Est-ce que vous diriez que ce sont des patients qui prennent plus de temps ?

B : Non...mais c'est plutôt de se retrouver dans la situation de recevoir des coups de fils déplaisants. « Il a encore fait ça hier soir », « vous n'avez rien fait », « son traitement est inefficace ».

305 S : Est-ce que vous arrivez à comprendre le point de vue de ces patients ?

B : Non pas vraiment...J'arrive pas vraiment à me mettre dans leur vision des choses...J'pense qu'il peut...J'pense à la femme qui monte tout de suite sur ses grands chevaux, elle était très excitée aussi, j'pense qu'elle n'était pas tout à fait d'accord. Ce sont des gens...

310 Je peux comprendre qu'ils aient des problèmes mais...Par contre qu'ils m'attirent dans leurs choses et qu'ils me mettent tout sur le dos, j'aime pas trop ça.

315 S : Est-ce que ce sont des patients plus compliqués à prendre en charge ?

B : Oui je trouve, dans certains cas.

S : Pourquoi ?

320 B : C'est la non compliance au traitement euh...le rapport de manipulation, d'agressivité voilà...

S : Est-ce qu'il y a moins de confiance qu'avec d'autres patients ?

325 B : ...Je ne sais pas, ça...En tout cas ils ne suivent pas leur traitement, c'est pas une histoire de confiance, c'est qu'ils se méfient de la médecine.

Il m'avait fait toute une histoire pour un petit effet secondaire avec un antidépresseur et puis...il m'a dit qu'il avait fait un malaise et que s'il avait eu des problèmes il aurait porté plainte, c'est pas...

330 S : Il y a-t-il plus d'attente, plus de responsabilité vis-à-vis de vous ?

B : Vis-à-vis des tiers, c'est ça surtout. Quand les tiers s'immiscent, c'est plus un dialogue avec un seul patient. C'est tout l'ensemble qu'on ne connaît pas forcément, la famille ou l'entourage donc ça devient plus...Dans ce cas là c'était plus Pfff il critiquait la psychiatrie en plus...

335 Il y a une autre patiente qui vient me voir qui avait fait le tour des autres médecins et à chaque fois c'était catastrophique, elle critique d'emblée.

340 S : Elle vous le dit ?

B : Oui et elle pose des questions complètement aberrantes donc j'essaie d'imaginer une réponse, là par contre qui était peut-être pas bien ; j'en ai parlé avec un autre confrère, il a bloqué tout de suite ce genre de question, il m'a dit : « pour l'instant on cible ça, on ne s'intéresse à rien d'autre ».

345 Parce que là ça risquait d'être une consultation avec de multiples détours et puis des questions absolument ridicules.

350 S : Vous sentez que c'est plus difficile d'avoir un objectif et d'être d'accord sur cet objectif ?

B : Oui je pense...Surtout que la patiente s'annonce en disant que tous les médecins sont des abrutis...et puis qu'elle a déjà vu tout le monde, on se demande pourquoi c'est vous qu'elle vient voir ?

355 S : Est-ce que vous lui avez posé la question ?

B : J'aurai pu, c'est vrai. Enfin la première fois que j'ai vu cette personne j'ai été vidé, parce que la consultation a duré longtemps, c'était la dernière consultation. Je me suis dit « sur qui je suis tombé ? »

360 Je voyais pas du tout comment gérer, là encore elle refuse de voir les psychiatres, prenant des ordonnances un peu partout et...sans suivi réel sur le plan psychiatrique.

S : Qu'est-ce que vous ressentez vis-à-vis de patients pareils ?

365 B : Un épuisement...là c'était un des cas les plus difficiles que j'ai eu, ça m'avait vidé pendant un bout de temps.

S : Elle est revenue vous voir ?

370 B : Oui, enfin bon j'ai pas cherché à accrocher...euh...donc après elle est allée voir un autre médecin et après je l'ai perdue de vue et puis...un jour j'ai eu un infirmier qui savait que j'avais suivi pendant un moment cette dame là et elle avait prévenu la police municipale et qu'il y avait besoin de mon aide tel jour pour faire une hospitalisation, d'office là.

375 Et puis...Mais c'était un lundi, j'ai pas eu d'appel ce jour là. Et le mardi j'avais un truc de prévu ailleurs et je ne suis pas allé la voir. Un autre médecin est intervenu et ça s'est bien passé même s'il y avait les gendarmes et tout ça. Donc elle a eu une longue hospitalisation. Mais là je pense...le patients qui sont paranoïaques, ce doit être plus, c'est le genre de patients qui doit être très...pas facile à suivre et qui ont un comportement désagréable.

380 S : Est-ce que vous vous sentez parfois isolé ?

B : Oui un petit peu.

Quoique le système infirmier qui passe à domicile, c'est pas mal mais pour rentrer dans ses systèmes là il faut qu'ils aient été hospitalisés auparavant euh...

385 Par contre quand une personne veut mettons le soir, on se sent un peu...donc on a...

Qu'est-ce qu'on peut faire ? On va pas appeler le maire, pas à cette heure là. On n'a pas de tiers parce qu'on ne connaît pas cette personne, on ne sait pas qui est sa famille.

S : Mais quand vous êtes le médecin traitant de ce patient...

390

B : Oui, mais là elle refusait de donner son adresse. En fin là c'est un cas extrêmement pointu, heureusement qui n'est pas trop fréquent.

S : Est-ce que vous avez eu dans votre formation une expérience en psychiatrie ?

395

B : Non, j'ai pas été en service de psychiatrie. J'étais peut-être pas attiré par ça. Le métier de psychiatre je pense que ça doit être démoralisant un peu, être dans les problèmes psychiques, même des personnes qui sont dépressives, qui sont chroniques, on n'arrive à rien faire, ça doit pas être réjouissant.

400

S : Vous les voyez aussi...

B : Qu'on peut voir aussi...

405 S : Comment vous vous situez ?

B : Ça peut aller...

410 S : Vous dites que ça a un côté déprimant...

B : De voir que ça, parce que nous on a un peu de break quand même. J'avais hospitalisé une psychose maniacodépressive une fois mais quelqu'un que je ne connaissais pas...et euh...

415 S : C'est tout de même assez rare que vous hospitalisiez vos patients ?

B : Assez rare...J'ai pas trop de patients qui ont des problèmes psychiques.

S : Comment vous expliquez ça ?

420 B : C'est assez rare...Enfin ça dépend il y a des médecins qui ont beaucoup plus de personnes en suivi psychiatrique.

S : ...

425 B : Je ne sais pas. Bon j'ai repris une clientèle d'un médecin qui avait des patients assez âgés qui avaient apparemment pas trop de problèmes dans le domaine psychique.

430 S : Est-ce que vous pensez qu'il peut il y avoir des conséquences sur les liens avec votre patient d'hospitaliser sous contrainte ?

B : Euh...Non pas forcément, là ça c'est bien passé, il ne m'en a absolument pas voulu...

S : Ça peut modifier en bien aussi...

435 B : Là, ça a été positif je trouve, je pense qu'il a du prendre conscience plus facilement de son problème, avec l'aide de sa famille. Parce que s'il n'avait pas été soutenu par la famille qui...qui aurait simplement voulu des soins à domicile on s'en serait pas sortie.

440 S : Est-ce que ça a fait un déclic ?

B : Je crois que ça a été positif, j'espère que ça va se confirmer.

S : Et dans votre prise en charge avec le patient aussi ?

445 B : Oui je pense qu'on sera peut-être plus proche...On aura plus de confiance. Enfin lui me faisait confiance apparemment. C'est moi qui ne lui faisais pas confiance. Maintenant je pense qu'il va peut-être mieux se prendre en charge.

450 S : Est-ce que le fait d'être passer par la contrainte, de montrer à votre patient votre implication jusque là...

455 B : Oui, c'est peut-être positif ça. Bon lui dire qu'on ne laissera pas, ça aussi c'est très...C'est comme ça qu'on lui a présenté les choses aussi quand je lui ai...Dans mon argumentaire pour le convaincre qu'il soit hospitalisé. C'était à la fois que sa femme ne reviendrait pas s'il refusait de se soigner, là on était aussi à un stade où avec tous les examens qu'il refusait on était tous d'accord pour qu'il soit enfin soigné à l'hôpital donc...

S : Et vous avez signé une HDT ?

460 B : Oui.

S : Mais vous avez demandé son accord ? D'une certaine façon...

465 B : Ah oui, oui c'est vrai...Je lui ai dit que de toute façon on le faisait. Enfin moi surtout ce que je ne voulais pas c'est qu'avec les ambulanciers on soit...ça se passe dans le drame et que...obligé d'injecter un produit ou qu'il puisse ressortir.

S : Vous avez travaillé le lien avec votre patient...

470 B : Oui, j'essaye qu'il adhère un peu quand même. C'est comme une HDT pour qu'il ne ressorte pas aussitôt, mais on essaye de l'amadouer, qu'il y ait un accord quand même.

S : Vous avez pu en rediscuter de cet événement avec le patient ?

475 B : Non, bof pas vraiment. On a regardé un petit peu...c'était positif. Son traitement avait été revu complètement et que maintenant il allait être bien entouré...

S : Vous n'en avez pas reparlé ?

480 B : On n'a pas reparlé franchement du papier signé je me demande. Mais peut-être que si ça se trouve il ne...s'y est pas accroché tellement. Ce qu'il a vu c'est qu'on disait qu'il allait à l'hôpital pour se faire soigner mais peut-être que la contrainte n'a pas été au premier plan pour lui. Je pense qu'il a vu qu'il y avait une crise au niveau de la famille et que maintenant il se soignait mais il a peut-être pas saisi, tous les aspects juridique, je crois pas.

485 S : Vous auriez aimé en rediscuter avec le patient, que cette fois-ci vous avez posé cette HDT ?

490 B : Euh...Les autres fois je pouvais vraiment pas le faire. On avait déjà tenté...qu'il arrive à se traiter par lui-même, ce qu'il refusait absolument et puis tant que sa femme était là il se sentait une certaine force pour...empêcher...faire bloc pour refuser.

Sa femme étant partie, se retrouvant tout seul à son domicile, là il était désemparé et on pouvait agir. Parce qu'avant...

495 Je pense que c'est ce qu'elle aurait du faire depuis longtemps, elle a quand même passé vingt ans avec lui, avec de multiples situations comme ça, ça doit être lourd à porter.

S : Vous vous sentez soulagé par rapport à ce patient ?

B : Oui, on s'en est bien...ça s'est bien passé finalement, c'est une bonne...

500 S : Parce que l'hospitalisation sous contrainte est souvent présentée comme un moment difficile, traumatisant...

B : Par contre la personne que j'avais hospitalisée et que je ne connaissais pas vraiment ; elle s'était enfermée chez elle dans sa chambre, il y avait déjà un lourd traitement, plusieurs fois
505 hospitalisée en psychiatrie donc euh...son conjoint...était en conflit avec elle. Donc on ne pouvait pas la laisser enfermée sans savoir ce qu'elle faisait donc on a fait venir les pompiers, ils ont cassé la porte. Donc là avec la situation un peu dramatique qu'il y avait, c'était difficile de donner un petit cachet, de repartir, donc je l'ai fait hospitalisée avec les pompiers qui l'ont amené à l'hôpital. Je crois que ça a pas du être très long parce que c'était un peu limite peut-être...
510 Mais bon ça fait une rupture de deux, trois jours pour que les choses puissent s'apaiser.

S : Et les conséquences (interrompu)

B : Après je l'ai revue. Bon je pensais à l'époque que ça n'allait pas lui plaire, qu'elle m'en
515 voudrait. Donc je l'ai revue pour un traitement, toujours pendant l'absence d'un autre médecin et euh...elle ne m'a rien reproché du tout. Enfin, on n'en a pas parlé à vrai dire.

S : Comment (interrompu)

B : Mais je n'ai pas abordé la question. Je me suis dit : « Tiens on va voir si elle m'agresse, ou si elle fait une remarque à ce sujet là. », comme elle ne m'en a pas fait part et qu'elle était plutôt dans un...gentille, pas du tout agressif...J'ai laissé courir.

S : Comment vous expliquez que vous vous dites : elle va sans doute m'en vouloir ? Alors
525 que c'est un soin que vous apportez.

B : C'est quand même une contrainte et puis là...qui était...quand c'est des histoires de couple c'est difficile à savoir, c'est un peu limite parfois...pas très simple, au milieu donc...
530 Enfin j'en ai hospitalisé un, je peux pas hospitaliser l'autre.

S : Avez-vous le sentiment de vous faire agresser ?

B : Non, pas agressé, on garde une rancœur...

S : Est-ce que vous pouvez sentir vis-à-vis du patient ce sentiment, de vous avoir conduit là où vous ne vouliez pas forcément aller, c'est-à-dire de signer une HDT ?

B : Euh...Pas spécialement, si j'arrive à bien gérer la question...

S : Quand vous dites dans les situations un peu limite (interrompu)

B : Si j'arrive à discuter avec le patient...si j'arrive à le convaincre plus ou moins, parfois j'étais pas très convaincu mais là j'avais toute une équipe de pompiers avec...donc ils l'ont emmenée un peu « manu militari »...ça aide pas...

S : Ça ne permet pas de travailler le lien...

B : Non pas tellement, il n'y a pas eu, elle m'en a pas voulu après. Elle avait été hospitalisée plusieurs fois comme ça, on peut se poser la question...

550

S : Les conséquences peuvent être positives et pas que négatives ?

B : L'autre patient qui a changé de département, si je l'avais fait hospitalisé à la demande d'un tiers je ne sais pas du tout quelles auraient été les conséquences. Et il me menaçait si je
555 l'hospitalisais à la demande d'un tiers de porter plainte après...donc c'était quand même assez compliqué. Et vis-à-vis de lui, pour moi ce n'était pas un personnage agréable à rencontrer. Là dans ce cas particulier, parce que il y a d'autres personnes, là le monsieur alcoolique qui était désagréable en soi, on pouvait parler avec eux, il n'y avait pas de soucis, ils n'étaient pas déplaisants. Mais lui par contre c'était déplaisant.

560

S : Il y avait de l'agressivité ?

B : Mais c'est vrai que c'est plus des gens que j'ai hospitalisé au cours d'urgences. Il y avait aussi une psychose maniacodépressive que j'avais hospitalisé...C'est pas un très
565 bon souvenir. Parce que c'est désagréable les épisodes maniaques...Donc j'aurai pas aimé être son patient (?) après, peut-être qu'après il était calme. Mais de le voir de prime abord et uniquement dans cette situation là...Par contre je comprends les familles qui ont des gens comme ça qui sont en phase maniaque, ça doit être extrêmement pénible pour eux d'assumer, de supporter ça.

570

S : Vous prenez la famille comme une aide ?

B : Ah oui, de toute façon...Là aussi j'étais aidé par le mari et le service hospitalier qui m'a
575 contacté. C'était en hiver, il y avait un feu dans la cheminée, elle avait pris mon vidal et jeté dans le feu. C'est un petit peu...C'est pas très simple. Par contre elle avait pu dialoguer avec son médecin psychiatre et il avait trouvé les mots par contre pour la convaincre de venir, donc ça s'est bien passé.

580

S : donc c'est important de connaître son patient ?

B : Oui, parce que pour faire une HDT il faut que ça se passe sans trop de heurts, si la
585 personne nous connaît je pense qu'il est plus facile de la convaincre et que ça se passe sans trop de heurts. On peut faire, on fait quand même l'HDT mais il n'y a pas d'injection, faut éviter ça je pense, on peut convaincre d'avantage.

585

S : Est-ce que le rapport au corps peut influencer le lien avec ces patients en tant que médecin généraliste ?

B : Pour essayer de dé...Peut-être on se détourne vers une autre manière d'aborder les choses,
590 peut-être.

S : Je ne sais pas, comment vous le voyez ?

B : Une vision globale, c'est peut-être moins culpabilisant pour le patient qu'on s'occupe de
595 la santé en général dont le psychique fait partie. Peut-être que pour lui ça peut être plus rassurant que d'être moins catalogué, un malade qui ressort de la psychiatrie. Ça peut être un atout pour nous.

S : Est-ce que ce sont des patients à qui vous pouvez cacher des choses ?

600

B : J'ai pas été trop confronté à ça...S'il y a une maladie...hypertension on peut l'annoncer. Par contre un cancer, je ne sais pas, mon attitude serait peut-être modifiée, quelqu'un avec une dépression...

605 S : Es-ce que vous avez un rapport différent ?

B : Oui je pense que je serai plus superficiel, cacher un peu les choses, en parler d'abord à l'entourage pour ne pas asséner trop brutalement les choses. Enfin pour les problèmes de santé qui se gère à peu près je pense qu'on peut dire les choses mais pour des pathologies a priori qui peuvent être mortelles, avec des gens fragiles sur le plan psychique il faut y aller doucement quand même.

610 S : Est-ce que vous avez toujours en tête le risque grave comme les tentatives de suicide par exemple ?

615

B : Oui, c'est pas facile à gérer, c'est pas toujours facile à percevoir d'ailleurs. J'aime pas quand une personne vient, complètement alcoolisée et elle me dit : « Je vais me suicider. ». C'est des situations pour moi que je n'aime pas trop. Parce que si c'est...ça va se faire ou pas ? J'avais téléphoné à un psychiatre qui m'avait dit : « Ils disent tous ça quand ils sont alcoolisés. ». On avait pu dédramatiser les choses, donc ça s'était bien passé. J'aime pas, c'est une crainte quand même...

620

S : C'est plus de responsabilités pour vous ?

625 B : Dans ce domaine là oui. Dans la réalité il y a quand même des suicides. Pour les dépister...Moi, l'indice de suicide c'est quand les gens ont déjà fait leur scénario, euh, on peut se dire qu'il faut faire attention.

630 S : Qu'est-ce que vous ressentez en tant que médecin généraliste lorsque l'on vous renvoie ça ?

B : Un petit peu désemparé parce que...euh...surtout ça serait limite une hospitalisation parce qu'il y a un risque...du patient vis-à-vis de lui-même. C'est une situation qui n'est pas...qui est difficile. Bon dès fois ça peut être des choses qui se répètent et qui finissent par arriver...

635 Faut peut-être pas hospitaliser chaque fois, il faut essayer de voir...si le passage à l'acte est possible...Si la personne est isolée, c'est pas confortable si son corps est retrouvé...

S : Vous pouvez ressentir que ce sont des patients plus lourds ?

640 B : Oui ce sont des patients plus lourds, qui dérangent un petit peu, c'est...

S : Qui dérangent en quoi ?

B : Par rapport au risque quoi...

645

S : Vous vous sentez moins à l'aise...

650 B Qu'avec les patients qui adhèrent pleinement à leur traitement, qui ne risquent pas de porter atteinte à eux-mêmes, qui n'essayent pas d'agresser d'autres personnes...tout ça. En plus on peut avoir la pression d'autres personnes qui interviennent donc c'est complexe.

S : Car il n'y a pas de relation à deux?

655 B : Car il n'y a pas de relation à deux tout à fait.

S : Est-ce que vous avez d'autres choses à ajouter ?

660 B : Non, pas spécialement. J'ai une expérience assez peu importante de l'HDT sauf en cas de patients que je ne connais pas.

S : Ce n'est pas tellement l'expérience que le vécu, qu'est-ce que vous ressentez vis-à-vis de... ?

665 B : Il y a déjà une difficulté supplémentaire, c'est que le traitement que l'on donne il ne va peut-être pas être accepté déjà. C'est là la situation la plus compliquée. Nous la situation idéale, on fait un diagnostic, on donne un traitement auquel le patient adhère pleinement, tout se passe bien. Tandis que lorsqu'il y a un refus de le prendre, c'est plus difficile. Le patient ne joue pas le jeu avec nous finalement. Il peut se détruire lui-même, il peut agresser d'autres personnes, il peut refuser d'autres personnes.

670 S : Pourquoi est-ce qu'ils refusent plus les traitements ?

B : Là je ne sais pas trop...

675 S : Est-ce que c'est leur maladie... ?

B : Je pense oui...

680 S : Avec les patients que vous connaissez vous avez plus un accord sur les traitements ?

B : Oui, peut-être plus facilement...Oui avec ceux que je connais ça se passe pas trop mal...enfin bon c'est vrai que je fais plus les problèmes de dépression...c'est plus fréquent que ce genre de pathologie.

685 Il y a une autre patiente par contre, j'avais donné un traitement antidépresseur et ça avait été plus long. On avait fini par, elle avait vu un psychiatre, on l'avait hospitalisée mais euh... C'était plus le psychiatre qui avait géré ça, pour la convaincre. Elle était sortie avec un traitement bipolaire...C'est peut-être pour ça que c'était plus long ?

690 S : Vous avez des entretiens plus longs ?

B : Non...Là la patiente ne parlait pratiquement pas, complètement figée...C'était plutôt le mari qui parlait.

695 S : Toujours un tiers...

B : Ben là oui.

B : Il y a d'autres personnes qui se disent dépressives, on peut leur apporter une aide, oui ça peut être plus long pour les soutenir moralement, les faire parler sur leur vie.

700 S : C'est pas trop lourd pour vous ?

B : Non, si j'ai le temps ça va.

S : Vous arrivez à vous dégager du temps ?

705

B : Oui ça va, par contre quelqu'un avec une forte clientèle ça peut ne pas être évident. Il faut prendre du temps, il faut les écouter. Ça arrive certaines fois que les patients dépressifs, ils veulent parler, parler même s'ils n'ont pas grand-chose à dire, même si c'est toujours la même chose. Il y a un moment où il faut arrêter sinon on ne sent sortirait plus.

710

S : Ils ont plus d'attentes ?

B : Non je crois que ce n'est pas ça. Il s viennent en pensant que ça va les soulager et ils se rendent compte que ça ne les soulage pas. C'est peut-être, je ne sais pas, comment exprimer ça ?...

715

S : Vous arrivez à mettre des limites ?

B : C'est pas facile...quand on n'a pas suffisamment de temps je dis : « On en parlera la prochaine fois. ». Si on a été attentif pendant vingt minutes, une demi heure, on a le droit de dire...et la personne finit par comprendre, elle ne peut pas rester tout le temps.

720

5 S : Dans un premier temps pouvez-vous vous présenter : depuis combien de temps exercez-vous, votre mode d'exercice, le rapport que vous avez avec vos collègues psychiatres et puis la fréquence des hospitalisations sous contrainte dans votre exercice?

10 D : Je fais de la médecine générale depuis 1981, j'ai commencé mes premiers rempilas à cette époque là et je suis installé depuis 1984. J'ai fait sept ans en exercice rural et je suis à Vertou depuis dix sept ans maintenant et je n'ai pas de pratique particulière.

15 Sauf que j'ai une petite compétence dans la prise en charge des personnes dépendants des opiacés...ce qui fait...qui sont une petite partie de mon activité. Pour le reste j'ai aussi développé, moi, des compétences sur des modalités de prise en charge en TCC, thérapie comportementale et cognitive, ce qui fait que je fais pas mal d'entretien psychothérapeutique dans ce domaine là. Pour ce qui est des hospitalisations sous contrainte, écoutez...c'est très très très rare pour moi.

S : Hmm

20 D : Pfff, j'dirai...Non, j'ai pas une pratique par an de cet ordre là, j'dois pas en avoir eu en 2008 euh...non c'est vraiment exceptionnel. Et, euh...à la demande d'un tiers ça a pu arriver, peut-être une fois l'an passé, peut-être une fois par an mais des hospitalisations d'office...je me souviens pas d'en avoir fait sur ma clientèle euh... depuis fort longtemps.

25 S : Comment vous comprenez ça ?

D : C'est qu'il y a peu de situations qui l'exigent. Je crois que de toute façon...Je ne sais pas quel pourcentage ça représente d'hospitalisation d'office ?

30 S : C'est rare.

D : Je crois que c'est plutôt rare. Et à partir du moment où nous avons une pratique centrée sur notre clientèle, car on ne fait plus de permanence de soin, euh, du coup...

35 S : Ça se réduit...

D : Ça se réduit encore oui. Quand on faisait de la permanence des soins ça pouvait arriver qu'on soit appelé par les forces de l'ordre pour des trucs comme ça...

40 S : Pour des patients ?

D : C'était pas forcément des patients qu'on connaissait, non. Des patients que je connais que j'ai fait sur le mode de l'HO pfff...Je crois pas en avoir depuis que je suis ici, depuis...J'en ai fait à la campagne dans le temps, des forcenés ça m'est arrivé.

45 S : En milieu urbain...

D : Ça m'est pas arrivé en tout cas.

50 S : Quelles sont les relations que vous avez avec vos patients qui ont des troubles psychiques ?

D : Alors on n'a pas parlé de la psychiatrie de ville ou publique !

55 S : Ah oui...

D : Alors du fait de ma pratique...j'ai...assez peu, assez peu de lien avec la psychiatrie en général. Selon des demandes de patients je peux orienter vers des gens qui ont des pratiques analytiques donc qui sont des gens en ville, là encore depuis que je me suis investi dans la TCC j'avoue que je prends en charge pas mal de choses donc j'ai moins besoin, j'ai moins besoin de...du concours de mes collègues psychiatres euh...

60 S : Qu'est-ce qui vous a orienté vers la TCC ?

D : C'est la prise en charge des patients dépendants des drogues qui m'a conduit au cours de formations à rencontrer des gens qui travaillaient sur le domaine de la TCC donc j'ai été un peu formé. J'ai été formé avec des suisses qui font de la TCC dans le cadre de la prise en charge des dépendances et puis après j'ai validé ça sur les troubles anxiodépressifs...l'anxiété chronique et tout ça. En fait la méthodologie est la même et donc on peut être assez pertinent...en médecine générale si on a un peu de temps pour faire du suivi quoi...

70 Donc la psychiatrie hospitalière, là c'est pareil, j'ai quelques situations évidemment...euh. Psychiatrie privée, hospitalisation privée en psychiatrie, ça fait des années que j'ai pas envoyé de patient. Ça tient peut-être à la nature de mon activité ou de ma patientèle, plutôt des patients jeunes...euh oui...oui, ça m'arrive d'être obligé d'hospitaliser des patients mais c'est plutôt sur le public ; voilà.

75 S : Quelle relation vous avez ?

D : Avec les psychiatres ?

80

S : Non, plutôt vos patients ayant des troubles psychiques ?

D : Non, ça ne me pose pas de problème...Il y a longtemps que dans ma pratique de la médecine générale cette dimension là je la prends en compte. Je dirai plus que d'autres, plus que d'autres choses je prendrai en compte. Donc la dimension psychique ça fait partie de la composante essentielle donc les patients qui ont des troubles psychiques...

85

S : Quel lien avez-vous ?

D : Quel lien ? Non je suis pas...J'ai pas l'impression d'avoir de difficultés avec ça, ça ne me pose pas de problème particulier. Oui, je me suis, c'est pareil, je me suis formé dans ce domaine là. J'ai fait partie d'un groupe Balint pendant cinq ou six ans donc...C'était intéressant sur la relation avec les patients et sa relation propre à la pathologie donc...j'ai l'impression que ça, ça m'a bien aidé et puis...

95

S : Par rapport à la compréhension de leur point de vue, est-ce que ce sont des patients avec lesquels c'est plus compliqué ou différent ?

100 D : Franchement dans la mesure ou moi j'essaye de mettre la dimension de l'écoute et de la relation d'aide en premier dans ma pratique, ça ne me pose pas de problème particulier.

S : D'accord.

105 D : Et j'ai à faire quand même à des patients, ne serait-ce sur le domaine de la prise en charge des personnes dépendants des drogues il y en a au moins les deux tiers qui ont des troubles psychiatriques. Psychiatrique oui, parfois des troubles psychiatriques sérieux quand même, beaucoup plutôt. Non ça ne me dérange pas trop.

110 S : Comment vous la décririez cette relation, est-t-elle différente ?

D : Non, je crois que...non. Pour moi elle est identique, il n'y a pas de...Je crois que quand on a une pratique de médecine générale...globale et dans toutes les dimensions du patient...voilà, sa personnalité psychique ou ses troubles psychiatriques on les prend comme ils sont.

115 S : Oui.

D : J'ai pas de...soucis...

120 S : Est-ce que l'entente sur une prise en charge, c'est quelque chose que vous travaillez ?

D : Qu'est-ce que vous voulez dire ? (rire)

125 S : Etes-vous d'accord sur les prises en charge, un objectif de soin ?

D : Pour moi c'est l'essence même du travail, toute demande de prise en charge elle tient compte...des demandes du patient. Si je réponds à côté de la demande du patient j'ai...Si je suis dans une position d'expert ou de jugement je pense pas que j'aide la personne et les gens ce n'est ni les tirer, ni les pousser, c'est être à côté d'eux donc euh...quelque soit la pathologie, qu'il s'agisse je sais pas...d'une pathologie chronique, diabétique chronique. Si on se positionne comme expert ou comme juge on n'aide pas les gens. Si on prend en compte ou si on est juste dans le conseil on aide pas les gens non plus. On peut donner son avis sur les choses, euh, mais si on n'obtient pas in fine... le ... l'alliance thérapeutique avec la personne, on est pas pertinent.

135 S : D'accord

D : Donc c'est la même chose sur les troubles...

140 S : Donc il n'y a pas de particularité sur le travail d'alliance thérapeutique ?

D : Comme les autres patients je veux dire. Autant les résistance... je sais pas... d'un diabétique que celles d'un dépressif, c'est le même problème, c'est le même problème.

145 S : Ce n'est pas des pathologies plus compliquées à prendre en charge ?

D : Plus compliquées ? Non ! Non, les pathologies chroniques sont super compliquées à prendre en charge au même titre que le dépressif, c'est pareil. Pour moi non, il n'y a pas

150 vraiment de différence. Je vous dis... c'est complètement superposable. Et c'est peut-être une dimension... alors justement la dimension vis-à-vis des pathologies des gens qui n'ont pas de pathologie psychique ou psychiatrique, l'attitude du médecin n'est peut-être justement pas pertinente parce qu'elle ne prend pas en dimension les représentations du patients, euh, ses connaissances et ses attentes.

155 Si on n'a pas d'objectif commun avec un diabétique, si on lui dit qu'il faut qu'il fasse du sport alors que le mec fait 100 kilos et qu'il n'a jamais couru, on est à côté de la prise en charge donc euh, pour moi c'est pareil.

S : Certains médecins évoquent que ces prises en charge, c'est quelque chose de plus lourd pour eux.

160 D : Oui, c'est plus lourd, enfin c'est plus lourd ! Non, c'est aussi lourd, pour moi. Sauf que la pathologie aiguë, c'est plus simple, mais, euh, non c'est pas plus lourd... mais faut avoir une pratique peut-être un peu structurée par rapport à ça. Et c'est en ça que moi... les apports de la TCC sont super, super pertinents. Parce que le fait de travailler avec des objectifs, par exemple, vis à vis des patients avec des objectifs simples, atteignables... Je pense que ça fonctionne et puis aussi accepter qu'on n'est pas dans la toute puissance, que c'est le patient qui commande le rythme d'évolution de ses problèmes, c'est pas nous, qu'on s'inscrit dans la durée...

170 S : Pour vous le travail sur cette prise en charge n'est pas plus difficile par rapport au risque de rechute, ou de risque grave avec la tentative de suicide ?

D : Oui.

175 S : Ce sont des situations qui peuvent être plus...

D : Anxiogènes ?

S : Oui.

180 D : ... Non je crois que j'y suis rôdé un peu, je veux dire, quand t'es, moi j'ai été... Bon alors si on décrit des groupes, des groupes de patients difficiles : toxicomanes en premier lieu. Compte tenu de la pratique que j'ai dans ce domaine là, je pense que au niveau des situations difficiles, j'ai une certaine expérience. Ce qui fait qu'aujourd'hui... j'arrive à gérer
185 relativement bien ça, que ce soit la violence... le risque suicidaire. C'est quelque chose que j'explore toujours de toute façon dans tout un tas de chose. Non, ça...

S : D'accord, vous évoquiez que c'est plus facile dans la pathologie aiguë, maintenant nous allons évoquer la situation de (interruption)

190 D : Psychiatrique

S : Qui vous aurait conduit à faire une demande d'hospitalisation à la demande d'un tiers d'un de vos patients. Avez-vous une situation dont vous vous rappelez ?

195 D : ... J'essaye de réfléchir..... Mais en fait j'en ai assez peu de récentes.

S : Ou d'anciennes...

200 D : J'en ai pas de récentes... C'est vrai que la plupart du temps quand même on réussit à faire des hospitalisations sans contrainte...

S : Comment vous faites ?

205 D : Ben je sais pas (rires) je sais pas. Y a ... Y a des choses qui tiennent à la relation qu'on a pu nouer avec les personnes... mais des hospitalisations...alors hospitalisation à la demande d'un tiers ... Je pense à des patients à qui... des patients alcooliques... mais en fait ça s'est toujours passé à la demande d'un tiers parce que la personne voulait impliquer le tiers en fait.

210 S : Le patient ?

D : Le patient voulait... on est presque sur le registre d'un peu de manipulation. Il voulait que le tiers le fasse hospitaliser ...

215 S : Comment est-ce que vous vous situez dans ce type de situation ?

D : C'est pas le plus simple... De toute façon comme c'est, comme ce sont toujours des situations et qu'il faut à un moment donné... il faut sortir un peu de la crise. Ça peut être une solution pour sortir de la crise même si ça a ses inconvénients et moi je dis souvent aux gens
220 que, euh... bah c'est pas forcément productif quoi ! et euh... peut-être des fois on pourrait les différer, mais on peut se trouver un peu bloqué quelques fois...

S : Est-ce que vous réussissez à communiquer avec le patient dans ces moments de crise ?

225 D : Euhhh... oui en règle générale d'ailleurs les gens se font hospitaliser à la demande d'un tiers. Je pense que pour une bonne part ils sont convaincus de toute façon que c'est utile. Parce que enfin...

S : Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

230 D : Ouais !... Je pense... enfin dans les situations dont je me souviens, le niveau de souffrance est tel que de toute manière, de tous les côtés, de l'entourage ou de la personne elle-même... c'est quand même quelque chose qui... à un moment donné, ils savent bien que ça va leur apporter un soulagement. Donc... en fait des gens hospitalisés à la demande d'un tiers qui
235 soient vraiment rétifs à l'hospitalisation... j'ai pas de souvenir très très récents. Alors après, des forcenés, bon... c'est quand même pas courant. J'ai pas de souvenir récent de ça. De forcenés contraints de faire hospitalisés, j'en ai vu, quelques fois j'ai eu des patients comme ça dans le temps mais euh...

240 S : Quand vous évoquiez que la famille, le patient peut être soulagé par l'hospitalisation, vous comment vous le ressentez cette hospitalisation ?

D : ... Un peu de la même manière, parce que... si on en arrive à ça, en règle générale, sur le moment où ça se produit, il n'y a pas trop d'autre solution, quoi !

245

S : Oui.

D : Et donc... C'est vrai c'est tout différent des demandes d'hospitalisation en psychiatrie où...Au contraire j'ai des patients qui veulent être hospitalisés en psychiatrie. Il y en a plein
250 pour qui je pense, je vois pas trop à quoi ça sert et effectivement en règle générale ils renoncent à être hospitalisés d'ailleurs. Parce qu'ils se rendent bien compte. Ou alors il y a des gens qui sont dans un fonctionnement vis-à-vis de l'hospitalisation immature, pour qui ça constitue le refuge qui permet de ne pas avancer, quoi ... mais par rapport... Non, moi je pense, ça m'arrive... ça m'est arrivé vraiment rarement de faire, de faire une hospitalisation à
255 la demande d'un tiers et que je pense que ça soit complètement à côté.

S : Oui, mais ça vous fait quoi de passer par la contrainte ?

D : Je crois, je crois que pour ce qui est de l'HO, quand on est rendu là, c'est qu'il n'y a
260 vraiment pas d'autre solution et...

S : Et indépendamment du fait de ne pas avoir d'autre solution, qu'est-ce que ça vous... ?

D : Qu'est-ce que ça me fait ?
265

S : Voilà ! En tant que médecin généraliste je constraints mon patient : qu'est-ce que ça peut évoquer pour vous dans votre relation avec ce patient?

D : ... Alors oui, en quoi ça peut jouer sur ma relation avec le patient ? euh..... En fait je me
270 suis rarement trouvé dans une situation où ça me posait un problème moral ou éthique. De me dire que ce n'est pas approprié. C'est une violence qu'on lui fait euh...

S : Est-ce que c'est angoissant éventuellement ?

D : Non, non...
275

S : En se demandant qu'est-ce qui va se passer ?

D : Oui, qu'est-ce qui va se passer après, mais non, je ne suis pas très... alors vraiment
280 angoissé pour le patient ni sur la relation avec le patient ; est-ce que ça pourrait casser quelque chose dans la relation ? Je crois pas, non je crois pas...non.

S : Même de se positionner de manière un peu...

D : Oui !
285

S : Autoritaire...

D : Autoritaire...
290

S : Alors que vous dites travailler avec le patient...

D : Oui je suis plutôt pas là-dedans, voilà je suis, oui je suis plutôt pas là-dedans, oui passer à
295 un autre registre. Je vous dis sur le plan de l'hospitalisation d'office en règle générale comme ça m'est arrivé assez rarement et que c'était toujours dans des situations violentes alors là ça ne me posait vraiment pas de soucis parce que je pense qu'il faut protéger les gens qui ont besoin de l'être et sur le reste euh...Non je crois que j'ai, je suis suffisamment clair...dans

300 mon intention au moment où j'ai été conduit à le faire que ça m'est jamais apparu comme quelque chose de nuisible à la personne. Je pense que j'ai pu donner aux gens les raisons qui me guidait là-dessus, je pensais que c'était pour eux la meilleure chose au moment de le décider.

S : Est-ce que vous pensez que c'est une entente malgré tout ?

305 D : Oui c'est pour ça je vous dis, j'ai rarement vu des gens qui étaient très opposés à la demande d'un tiers parce qu'au fond d'eux ils avaient un peu la conviction que, même si ça leur plaisait pas, ça constituait une solution à ce moment là.

310 S : D'accord. Est-ce que c'est quelque chose qui était évoqué clairement ?

D : Oui, c'est quelque chose que je dis, quand ça m'est arrivé je l'ai dit que je comprenais bien que ça leur plaisait pas que, qu'on prenne une décision à leur place...que j'estimais qu'ils n'étaient pas en état de prendre la décision et que la situation dans laquelle ils se trouvaient devait conduire à ça.

315 S : Quelles ont été les conséquences ?

D : Sur la relation aux gens ?

320 S : Oui, en bien ou en mal...

325 D : Ouais, je dirai par rapport à ça.....Je pense que globalement les conséquences elles peuvent être négatives parce qu'elles peuvent induire une représentation de la psychiatrie qui n'est pas forcément aidante pour l'avenir...euh...Dans un grand nombre de cas il y a de façon implicite...les gens admettent après coup que c'était pas complètement inapproprié. Je pense que ça n'a pas induit de perturbation dans les relations et dans la confiance parce que c'est vrai que c'est ça la question, c'est comment faire confiance après à un médecin qui nous a enfermé en psychiatrie ?

330 S : Et qui peut éventuellement le refaire...

D : Voilà, et qui peut éventuellement le refaire...

335 S : Vous ne trouvez pas que ça a pu jouer sur votre alliance avec le patient ?

D : J'ai pas souvenir...

S : Vous ne l'avez pas ressenti comme ça ?

340 D : Voilà j'ai pas souvenir d'avoir ressenti que ça ait eu des conséquences...oui mais je vous dis que ça m'arrive quand même rarement. J'ai eu l'impression que la plupart du temps j'arrive à me débrouiller pour que la décision soit faite...la personne décide par elle-même de se faire hospitaliser.

345 S : Mais sous contrainte ?

D : Non, sans contrainte. Le plus souvent je m'en suis tiré comme ça.

- S : Comment vous l'expliquez ?
350
- D : C'est sans doute que j'ai pas été confronté à des situations trop difficiles...
- S : Est-ce que le fait de travailler l'alliance avec votre patient aide ?
- 355 D : Sans doute, ou sans doute étant bien dans l'alliance avec les patients, ou essayant de l'être du moins, ben ça permet ça quoi.
- S : On peut se poser cette question là...
- 360 D : Absolument, on peut se la poser.
- S : Est-ce que votre prise en charge est différente après ?
- D : Avec les gens hospitalisés sous contrainte ?
- 365 S : Indépendamment du lien que vous avez pu avoir, sur l'entente ensuite sur la prise en charge.
- D : ...Non, je crois que ça reste marqué comme un épisode où il s'est passé quelque chose, pour autant moi je le vis comme, voilà, comme un incident de parcours ; c'est souvent ce que je dis au gens...De toute façon j'ai quand même, de part ma pratique l'habitude de dire aux gens...les accidents ça fait partie du parcours ou les clashes ou les crises donc je les accepte comme tel. Et je pense que quand on est clair sur ce qui c'est passé...au contraire ça déculpabilise les gens. Parce que les gens ils sortent d'une hospitalisation en psychiatrie avec la culpabilité de ce qui s'est passé forcément.
- 370
- 375
- S : Et vous...
- D : Et moi par rapport à ça ? Je pense que si on les déculpabilise du fait qu'il y ait pu il y avoir une crise qui ait conduit à ça, si on travaille là-dessus sur la déculpabilisation, qu'ils intègrent que, comme un alcoolique doit intégrer que la rechute fait partie de son parcours, qu'ils intègrent que si on a une maladie psychiatrique on peut être amené à avoir une crise et que du coup on n'a pas d'autre solution que l'hospitalisation. Si les gens acceptent ça euh...déjà ça...on peut passer à autre chose, on digère un peu l'épisode, on l'accepte on le...
- 380
- 385
- S : Qu'est-ce que vous ressentez de savoir que votre patient culpabilise de ce que vous avez dû faire ?
- D : Culpabilise de ce qu'il m'a conduit à faire ? Euh...j'essaye justement de les déculpabiliser parce que...je crois que tout le monde qui se trouve dans la situation de contraindre l'autre à faire quelque chose culpabilise...forcément.
- 390
- S : Donc là quand vous contraignez quelqu'un, vous culpabilisez d'une certaine manière ?
- 395 D : Moi je culpabilise pas trop...Moi je fais en sorte que l'épisode...il puisse le regarder sans culpabilité, de tous les côtés.

S : Oui.

400 D : Voilà, c'est comme quand on s'engueule avec quelqu'un, quand on s'engueule on s'est dit ce qu'il y avait à se dire, on a réglé le problème puis on passe à autre chose. Bon on sait qu'on est en capacité de s'engueuler de nouveau mais c'est un peu pareil, on a pu à un moment donné se confronter sur un mode contraignant, mais point. Après on essaye de remettre les compteurs à zéro.

405

S : Il n'y a pas de sentiment de crainte partagé ?

D : Du patient ?

410 S : Dans votre alliance...

D : Ça peut l'être, ça peut l'être...effectivement on a à travailler là-dessus...parce que sinon ouais...

415 S : Est-ce que vous pensez qu'il existe une transparence toujours identique après un épisode pareil ? Est-ce que vous lui direz toujours les mêmes choses ?

D : De mon côté oui, de son côté sans doute pas. Effectivement c'est pouvoir le restaurer dans l'authenticité de ce qu'il exprime...faire en sorte qu'il puisse s'exprimer toujours pareil avec la même authenticité euh...je vois ce que vous voulez dire (sourire), c'est un des...c'est un des effets secondaires.

420

S : Que vous ne ressentez pas tellement de prime abord quand vous dites...

425 D : Je vois bien, on voit bien avec les patients psychotiques qui ne vont pas faire part de leurs troubles rapidement parce qu'ils se disent : « Ils vont encore me renvoyer euh... » J'essaye plutôt d'anticiper ça, de dire : « Vous voyez, on n'en a pas peut-être suffisamment parler, on n'a pas pu suffisamment agir, j'ai pas pu suffisamment vous aider comme il faut, donc vous vous êtes retrouvé contraint. Ce qui serait utile pour vous, ce que je pense qui serait utile, c'est qu'on puisse garder la liberté de parole et de se dire les choses. C'est souvent ce que je dis, c'est-à-dire « Je peux vous aider que si vous m'aidez à vous aider. Si vous ne m'aidez pas, si vous ne me dites rien, que tout va bien alors que tout va mal, je suis pas très aidant et je pense pas que ce soit la meilleure façon de faire. » Donc ça c'est ce que je dis aussi souvent.

435

S : D'accord.

D : Voilà et...c'est vrai que ça peut être un peu contradictoire parce que je dis au gens quoi qui se passe c'est pas ça qui induira de ma part du rejet, du sermon ou de l'autorité, euh, j'essayerai on essayera de faire en sorte que je puisse être là où je peux être utile quoi. Parce que là c'est typique avec les personnes dépendantes des drogues, euh, s'ils n'ont pas la liberté et l'espace de dire ce qu'ils font et comment ça va mal alors on ne peut pas les aider.

440

S : Hmm.

445

D : Donc si vous voulez le patient qui est toujours nickel, qui va toujours bien et tu sais que ça ne va pas du tout, euh, moi je dis : « Moi, vous me dites que tout va bien, j'ai pas l'impression

que ça aille si bien que ça, et puis je vous redis qu'il n'y a pas d'enjeux derrière le fait que vous soyez le patient parfait ou le mec qui déconne. Pour moi c'est pareil, je suis là et si vous
450 me dites que vous déconnez et que vous me dites comment vous déconnez, on peut voir comment vous pouvez faire pour moins déconner. Alors que si vous m'en parlez pas, voilà quoi... »

J'ai l'impression que je ne suis pas utile quoi, donc...j'essaye quand même d'être assez claire par rapport à ça...que les gens comprennent bien qu'il n'y a pas d'enjeux...Je les aime ou je
455 ne les aime pas, du bon patient ou du mauvais patient, voilà, qui fait comme je lui dis. C'est pour ça, si on n'est pas trop dans l'expertise ou dans le conseil euh...plus dans l'empathie, ça fonctionne mieux. Ça c'est les attitudes d'écoute de Porter, vous connaissez ?

S : Oui.

460

D : J'essaye de me méfier de ces fameuses dérives...

S : Donc en quoi passer par la contrainte peut influencer ?

465 D : Oui je comprends bien...

S : Qu'est-ce que le médecin ressent ?

D : Oui, c'est tout le sens de votre enquête. Je crois tout simplement qu'il y a des limites et
470 que ces limites c'est le risque que ça fait courir à la personne et qu'elle est en danger. Je crois que si on se positionne clairement sur le fait ; moi clairement la limite c'est quand je pense que vous serez en danger, je vous le dirai et on essayera de faire en sorte et si jamais vous étiez en danger et que vous ne soyez pas d'accord je pourrai être contraint de...

475 S : Mais le fait que vous soyez contraint, vous ne vous renvoie pas des choses qui ne sont pas positives à ce moment ?

D : Non...de me dire je n'ai pas fait suffisamment bien...

480 S : Ou cela vous renvoie éventuellement un échec dans la prise en charge ?

D : Non, vis-à-vis de ça, ça va, parce que je me suis armé pour...

S : Parce que certains médecins renvoient des sentiments très violents.

485

D : Oui, moi je me suis départie de ma toute puissance il y a un moment (sourire).

Et puis c'est ça, si on se positionne clairement en sachant que de toute façon le parcours du patient c'est pas nous qui le changeons, c'est lui qui fait son parcours. Certes si on est à côté pour l'épauler ça ira mieux mais si on le tire ou si on le pousse, ce que je disais tout à l'heure,
490 ça fonctionne pas. Je crois que ça aide et donc...

Dès fois on peut être un peu découragé mais...et puis quand on a des pratiques qui sont comme les miennes...pas toujours gratifiantes, bah finalement on s'y fait assez bien.

S : Ce n'est pas plus lourd à porter que d'autres prises en charge ?

495

D : Non, il y a des fois tu lui dis (rire) mais bon la prise en charge chronique c'est pareil, un patient diabétique ou hypertendu qui prend ses traitements un jour sur deux ou l'asthmatique qui ne prend pas son traitement de fond...c'est la même chose !

500 S : Vous ne diriez pas qu'il y a plus d'attente de la part de ces patients vis-à-vis de vous ? Que le lien est plus intense ?

D :Oui, oui, oui parce que l'investissement est parfois un peu plus conséquent, l'investissement personnel...

505 S : Personnel ?

D : Parce qu'on est dans du contact répété, dans des...voilà, c'est différent d'avec quelqu'un que tu vois une fois par semaine ou tous les quinze jours dans cet ordre là que le diabétique que tu vois tous les trois mois forcément...forcément qu'il y a une connaissance de la personne qui est plus, qui est plus importante. Et puis il y a un lien, il y a un lien thérapeutique qui est sûrement plus fort.

515 S : Et que vous essayer d'équilibrer pour le mettre sur le même plan que les autres ?

D : Oui, oui j'essaie de pas, du moins pour les autres patients, d'y penser aussi. Mais c'est vrai que ça envahit un peu plus.

520 S : Et dernière chose, le fait que vous soyez médecin généraliste avec l'examen clinique, est-ce que vous pensez que ça joue un rôle dans votre relation ?

D : Euh...Oui.

525 S : Par rapport au lien...

D : C'est quelque chose que j'essaie de faire dans la mesure où...pareil, de travailler sur la globalité, sur la globalité et la santé en général.

530 S : Hmm.

D : Donc...Toutes les dimensions de la santé...Donc c'est vrai que, oui du coup, je suis le professionnel de la santé au sens large.

535 S : Souvent les médecins ne parlent pas des problèmes cliniques chez des patients ayant plus de risques cardiovasculaires ou autres par exemple...

D : D'autant que souvent ils peuvent avoir des manifestations somatiques de leurs troubles donc...Moi je replace aussi ça dans la globalité...des manifestations physiques qu'ils peuvent avoir. Oui c'est le fait d'être dans la globalité, oui c'est ça je crois...

540 De pouvoir justement resitué, enfin je m'attache, resitué le ressenti physique des manifestations de leur état psychologique. De le resitué dans le contexte général de leur problématique euh...D'autant que ce que l'on voit le plus ce sont des patients avec des anxiétés chroniques, des personnalités dépressives avec des manifestations fonctionnelles...

545 Donc là je ne segmente pas. Donc par rapport au psychiatre...je suis assez dure avec la psychiatrie en règle générale, même s'il commence à il y avoir des psychiatres qui commencent à se tourner vers d'autres approches que purement analytique mais euh...

Je crois que la neutralité bienveillante psychanalytique...euh a quand même le plus souvent des côtés malveillants vis-à-vis des patients et que l'empathie en est souvent absente et que ça constitue une violence faite aux gens. Ce qui explique beaucoup que les gens aient du mal dans les suivis classiques de types analytiques parce que c'est quelque chose où ils ne trouvent pas leur compte en fait...

550 Quand la psychiatrie classique se cantonne à dire : « Comment ça va ? » et on file une ordonnance, ça peut aller à des patients mais...et puis je trouve que ça n'offre pas non plus, peut-être qu'il n'y a la disponibilité, mais de suivi suffisamment soutenu et puis d'approche concrète...de solution concrète...

555 Qu'on aide les gens à acquiescer...En fait c'est assez simple de faire de la psychothérapie, à mon avis. Chez les gens on est vraiment dans le concret de ce qu'ils sont et de leur vie, on les aide à trouver des solutions or souvent je trouve que c'est pas très bien fait en psychiatrie. Quand ils voient les patients une fois par mois il ne peut pas se passer grand chose.

560 S : Depuis combien de temps faites-vous de la TCC ?

D : J'ai fait pas mal de TCC sans appeler ça de la TCC, ce que certains appelaient les prises en charge sur le comment sur les patients dépendants des drogues...De façon plus construite depuis cinq, six ans avec supports écrits, travail sur l'estime de soi, l'affirmation de soi, des trucs comme ça un peu structurés. C'est assez intéressant.

Entretien n° 6 - le 04/03/09 (S : Stanislas, M : médecin)

5 S : Pourriez-vous vous présenter : depuis quand exercez-vous ? Quel est votre mode d'exercice ? Avez-vous une formation particulière en psychiatrie et quelle est votre expérience de l'HDT ou de l'HO ?

10 M : Je suis installé depuis 27 ans en médecine générale conventionnée, sans spécialité particulière en particulier pas la psychiatrie (rire) et j'ai fait comme ça à froid simplement cinq HDT en 27 ans. Il y en a une que j'oublie donc ça fait six et puis toutes celles que j'oublie...peut-être dix. Au moins dix donc grosso modo ça en fait une tous les trois ans donc

15 ce qui me donne pas du tout une expérience de ce genre de chose qui heureusement en médecine générale reste assez rare quand même. On arrive assez souvent je trouve à convaincre les gens de se faire hospitaliser. Moi j'en ai hospitalisé beaucoup des patients mais en négociant, en les faisant revenir, en retournant les voir etc...

Le phénomène aigu qui fait qu'on arrive à ça, c'est heureusement rare. La plupart du temps on a pu voir venir le coup et encourager les gens à se faire suivre, voilà ! C'est mon point de vue.

20 S : Quelles est votre relation, comment vous décrieriez votre relation avec les patients ayant des troubles psychiques, en terme de lien, de prise en charge ?

25 M : C'est quelque chose qui évolue pas mal avec le temps je trouve...Quand j'étais jeune, jeune médecin, je passais beaucoup de temps avec les gens. Je parlais beaucoup, j'étais énormément à l'écoute, je...je j'les prenais entre deux, ils avaient tous mon téléphone privé etc. Donc je faisais beaucoup beaucoup de temps...Et soit par expérience soit par prise d'âge et perte de patience, c'est vrai que j'ai trouvé ; enfin c'est pas gentil ce que je vais dire ; mais plus on en donne plus on doit leur en donner...plus certains patients en réclament. En particulier ces patients qui ne sont pas bien, où ils nous utilisent beaucoup comme une béquille comme...voilà ils nous appellent à tout bout de champ pour pas grand-chose. Donc je

30 crois que trop donner sans mettre de limites en disant : « Appelez-moi quand vous voulez, jour et nuit, le WE etc. » ; c'est dangereux parce que beaucoup de gens qui ne sont pas bien finissent par prendre ça tout à fait comme une béquille : la personne à qui on va se confier quand on a le moindre petit coup de cafard etc. Donc c'est vrai que j'ai beaucoup perdu confiance...Eloïse en est témoin depuis un moment je fatigue très vite et c'est vrai que ce type de patient me fatigue très vite mais je ne dis pas

35 que c'est de leur faute, c'est probablement de la mienne parce que voilà j'ai moins de patience parce que...En plus je trouve que c'est une compétence que je n'ai pas. J'ai pas l'impression que je leur apporte énormément. J'ai l'impression surtout, ça m'a frappé depuis qu'éloïse me remplace elle a réussi à débloquer des situations desquelles je n'arrivais pas à me dépêtrer depuis des années. Probablement parce que je n'arrivais pas à dire les choses, probablement parce que je n'arrivais pas à mettre les gens en confiance, enfin il y a pleins de raisons qui fait qu'elle a été plus efficace que moi. Peut-être aussi elles sait être très carrée dès le départ et c'est comme ça et pas autrement ; enfin je ne sais pas je ne suis pas dans le cabinet quand elle consulte ; mais

40 en tout cas les gens m'en parle comme ça. Quelqu'un qui met en confiance mais tout de suite « boum boum » des barrières et on reste dans ce cadre là.

45 Donc moi c'était à vau l'au : « Allez-y c'est quand vous voulez.» et bon ça n'aide pas les gens. Je...Je compare ça beaucoup à l'éducation d'un enfant. Je pense que si on le laisse tout faire, le pauvre il ne sait plus où il en est très vite. Et si on a une éducation un peu plus rigoureuse sans extrême évidemment, voilà, les barrières c'est confortable aussi. (rire)

Donc mon rapport avec le patient a beaucoup changé et je suis un peu moins à l'écoute aujourd'hui.

S : Comment vous décrieriez votre prise en charge, êtes-vous directif ou... ?

55

M : Non pas assez directif ! Je viens de dire, c'est sûr pas assez directif...

S : Mais par rapport à la pathologie, est-ce plus compliqué ?

60

M : Oui, oui et je pense en fait que ça vient de moi. Probablement que j'aurai ma propre thérapie à faire. Je pense que...Parce qu'il y a des choses que je n'arrive pas à dire, je n'arrive pas à faire mettre le doigt aux gens sur ce qui ne va pas ou voilà...et que donc du coup on n'avance pas...parce que l'objectif n'est pas clair et les...la pathologie n'est pas bien cernée dans leur tête ; ou il y a des tas de non-dits qui font que voilà...on n'est pas bien...

65

S : Est-ce que la prise en charge se fait avec des confrères psychiatres ?

M : Beaucoup, beaucoup. Je dis en fait que je perds patience c'est qu'en fait très rapidement je dis : « Oh la la c'est pas pour moi, allez voir un psychologue, un psychiatre ou un psychothérapeute. », mais je passe la main très facilement, peut-être trop mais...

70

S : Pensez-vous que vous pourriez aller plus loin avec ces patients ?

M : ...Je pense que je ne leur ai pas donné ; oui oui j'aurai pu aller plus loin. J'allais plus loin avant c'est certain. Oui, non non je pense que de temps en temps je passe facilement la main. Alors c'est peut-être aussi que c'est parce que j'ai beaucoup de travail et que à côté de ça je n'ai pas de temps à consacrer à des gens qui ont envie de parler pendant une heure et que...a aussi y fait mais il y a des gens que j'aurai pu prendre plus longtemps ou mieux si j'avais pu parler et qu'il y a des choses qui se débloquent en quelques séances et bon...là j'aurai pu le faire.

75

80

S : Est-ce que ce sont des pathologies pour vous qui vous semblent plus compliquées ?

M : Oui, oui...plus compliquées que ?

85

S : Que vos autres patients ayant des pathologies compliquées ?

M : Oui, beaucoup plus parce que je vous dis comme j'ai du mal à faire tomber le masque chez les patients il y a très rapidement un jeu qui s'installe qui consiste à moi ne pas dire ce qu'il faudrait dire et eux me cacher ou le croire, et donc je trouve que c'est dure.

90

S : Maintenant par rapport à votre expérience de l'HDT, pouvez-vous me dire dans quel contexte elles se sont déroulées, comment vous l'avez ressenti ?

95

M : D'abord je me sens très mal, très mal parce que je me dis que quand on en arrive là c'est que l'on n'a pas fait ce qu'il fallait avant...Donc à chaque fois que j'ai eu à hospitaliser les six que j'ai noté ça a toujours été le même réflexe en disant il aurait pas fallu que j'en arrive là et j'aurai dû m'y prendre autrement, les convaincre de se faire hospitaliser avant etc.

100

Parce que pour moi ça va contre tout ce que je défends depuis toujours une hospitalisation contre la volonté de quelqu'un un traitement contre la volonté de quelqu'un ça va contre tout

ce que je défends depuis toujours en disant le patient c'est lui qui doit toujours avoir le dernier mot.

Et donc ça me heurte complètement donc à chaque fois c'est mon premier réflexe, c'est : « J'ai pas fait ce que je devais faire avant pour qu'on n'est pas à en arriver là. »

105 Et après le contexte...C'est toujours pareil...C'est souvent des phases délirantes je crois pratiquement tous, c'est des phases délirantes et agressives en générale. Des délires de persécution ou violences ou à l'occasion d'un délire. Ça a toujours été ça, des délires de persécution. Donc c'est toujours violent. Donc...

110 Je suis un pacifiste et je ne suis pas fait pour la camisole et les choses comme ça, ça me choque, c'est inévitable mais je n'aime pas du tout.

S : Qu'est-ce que vous ressentez lors de cette expérience de la contrainte ?

115 M : De voir au sens médical, délirant, ça ne me choque pas du tout, c'est pas...C'est pas le délire de la personne qui me choque, c'est plutôt de devoir en arriver à des extrêmes pareils. Ça me fait penser à un autre que je n'ai pas mis. C'est ça...je me suis pointé avec ma seringue et avec cinq ampoules de Tercian^o ou je ne sais quoi et je trouve que c'est une caricature qu'on peut voir dans de mauvais films. Le médecin avec sa seringue et les deux ambulanciers costauds (rire) pour lui mettre la camisole tout de suite. C'est pas comme ça que je vois la

120 médecine générale.

S : Quelle relation vous avez avec votre patient à ce moment là ?

125 M : Il est délirant, il est confus...Je pense aussi à un huitième que j'ai aussi hospitalisé comme ça, c'était à mes tous débuts. Donc j'avais passé un moment à essayer de le raisonner et puis au bout d'un moment je croyais y être arrivé et au moment où les ambulanciers sont arrivés il était tellement puissant qu'il a boxé tout le monde. On n'a jamais réussi à le faire hospitaliser et donc je ne suis plus du tout aujourd'hui dans la discussion.

130 Quand on en arrive là c'est qu'on est à une phase tellement aiguë, donc enfin je veux dire ...je suis dans la discussion cinq minutes pour vérifier quand même qu'il n'est pas bien et que ce n'est pas une invention de la voisine ou d'un parent. Il y a un minimum, mais je n'essaye pas du tout de convaincre les gens de se faire hospitaliser à ce stade là.

S : Une chose que vous aviez auparavant comme...

135

M : Démarche oui...Je n'ai jamais réussi. Et un autre ! Une mère de famille, divorcée, vivant seule avec ses deux enfants en bas âge et que la belle sœur avait retrouvée dans une phase comme ça complètement perdue. Et là aussi j'ai passé un temps fou à essayer de la convaincre de se faire hospitaliser parce qu'il fallait qu'elle protège ses enfants, qu'elle soit consciente que c'était difficile...sans aucuns résultats. Il a fallu passer par la force.

140

S : Est-ce que vous pensez que le lien que vous pouvez avoir avec votre patient peut être une aide ?

145 M : Non, dans la phase aiguë non. Avant, après mais pendant non. Non parce que j'ai eu l'occasion d'hospitaliser des gens qui n'étaient pas mes patients, ça se passe presque mieux, parce que je ne connais pas leur histoire. J'arrive en tant que professionnel, le côté médecin : « Je vous prends en charge, je m'occupe de vous etc. » Mais je ne me pose pas la question de tout ce qui c'est raconté avant et des soucis personnels, familiaux, financiers, professionnels,

150 enfin bon c'est presque plus facile quand je ne connais pas les gens.

S : Et quel sentiment vous avez dans ce moment vis à vis de votre patient ?

155 M : Vis-à-vis du patient non, je ne crois jamais avoir pensé que c'était de sa faute. Après je crois qu'aucun patient ne cherche ce genre de chose. Vis-à-vis de moi c'est un sentiment de culpabilité d'en être arrivé là, c'est l'affect qui parle, il n'y a...J'ai sûrement pas fait ce qu'il fallait.

S : Vous avez l'impression d'apporter un soin ?

160

M : Ah oui, oui tout à fait.

S : Ressentez-vous une inquiétude par rapport à ce qui va se passer ensuite ?

165 M : Non, à ce moment là non. Après je constate que oui mais sur le coup non. Sur le coup je dois apporter une réponse immédiate, non ça ne me freine pas, mais après oui c'est différent.

170 S : Comment vous voyez l'impact que ça peut avoir sur votre relation de contraindre votre patient ?

M : ...

S : De prime abord...

175

M : De prime abord c'est mauvais. C'est mauvais, moi je vis ça comme un échec, comme de devoir amputer un artéritique ou un truc comme ça. Je me dis « Zut, on n'aurait pas dû en arriver là, on a sûrement pas fait tout ce qu'il fallait. » Donc c'est mauvais parce qu'après je me trouve mal à l'aise d'avoir hospitaliser quelqu'un de force.

180

S : Et comment vous le vivez après, ça peut être discuté avec le patient ?

185 M : Oui, oui on essaye d'en discuter quand c'est possible parce qu'il y a des gens qui ne pardonnent pas. Plusieurs patients ne me le pardonneront jamais de les avoir hospitalisé. Après quand c'est possible on en reparle et c'est vrai qu'à ce moment là quand les gens ne sont pas rancuniers, m'en veulent pas trop, je déculpabilise en me disant c'est ce qu'il fallait faire à ce moment là et on avait pas le choix, d'autant plus si après ils sont bien pris en charge. Ils ont conscience de leur maladie, de leurs troubles qui ont amené à ça. Donc là je me dis qu'il fallait taper un grand coup, mais ce n'est pas la majorité à mon avis.

190

S : Vous avez plus d'expériences...

M : Négatives, de gens qui ne veulent plus me voir, voir portent plainte. Oui je suis plutôt dans ce sens là.

195

S : Les gens sont revenus vous voir ?

M : Ben je vous dis...

200 S : Vous en reparler ?

M : Quand les gens portent plainte, je me retrouve devant le tribunal ou devant le conseil de l'ordre des médecins et il faut justifier et ce n'est pas toujours facile car au moment du clash on n'avait pas beaucoup d'éléments pour justifier. Mais après les psychiatres confirment que
205 l'hospitalisation était justifiée. Mais souvent les gens qui attaquent ont beaucoup d'arguments pour dire qu'il y avait d'autres solutions. Et il y en a qui ne portent pas plainte, quand même pas, mais qui ne veulent plus entendre parler du médecin qui est capable de faire ça à ses patients. Et qui savent faire notre publicité autour, on est dans un village où, maintenant ça ne me choque plus trop, mais pendant un moment c'était catastrophique... La réputation est très
210 vite faite dans des petits bourgs et alors ça allait vite.

Je me suis fait insulter plusieurs fois par des gens qui n'avaient rien à voir avec la famille du patient que j'avais hospitalisé. Dont la troisième que j'ai noté où vraiment c'était ahurissant, c'étaient des gens que je ne connaissais pas qui venaient m'insulter dans le couloir. Donc c'était un peu surprenant mais ça ne me choque pas. Enfin ça ne me choque pas, je veux dire
215 « Ouf ! » mais un quart d'heure après j'ai oublié mais...

S : C'est un soin que vous donnez, les choses sont claires ?

M : Oui, par ailleurs je vous dis là je n'avais pas d'autres choses à faire. C'était avant qu'il
220 fallait, il fallait que je fasse attention pour ne pas en arriver là. Et je dois le faire sentir aux patients parce qu'ils savent me le rappeler... me le dire, c'est bien parce que je n'ai pas fait mon boulot que...

Mais je vous dis, j'ai le même sentiment par rapport à un artéritique qu'on ampute ou vis-à-vis d'un cancéreux qu décède plus vite. Il y a des tas d'autres pathologies pour lesquelles j'ai
225 ce même sentiment de ne pas avoir, somme toute, fait le maximum. Mais c'est peut-être lié à notre métier ou à ma paranoïa personnelle.

S : Est-ce que les choses se disent plus facilement après ?

M : C'est vrai pour les maniacodépressifs, oui, indiscutablement c'est plus clair. Ils ont un déni très très longtemps de la maladie et puis d'un seul coup ils passent dans une phase délirante et là je trouve après, parce qu'à l'hôpital on leur a bien expliqué les mécanismes, après on peut en parler plus facilement et autrement je...

235 S : Il n'y a pas de crainte, vous ne cachez pas des choses aux patients ou l'inverse de peur de renouveler cette expérience ?

M : Vous voulez dire que je pourrai cacher des choses ?

240 S : Oui, ou le patient de peur de retourner à l'hôpital.

M : Je ne sais pas, quand on est passé, quand on est arrivé à hospitaliser quelqu'un par contrainte de toute façon on ne peut plus se cacher grand-chose parce qu'on a fait le pire qui pouvait arriver à mon avis. Donc après moi je ne cache rien, après est-ce que mes patients me
245 cache dans ce domaine là je pense que c'est un peu dur quand même. Dans ce domaine je ne pense pas, je vous dis même pour les maniacodépressifs ça leur permet d'en parler

S : Donc la prise en charge serait différente après ?

250 M : Oui, indiscutablement oui.

S : Selon vous cette expérience a-t-elle un impact sur votre alliance ?

255 M : Oui, le seul problème c'est que j'ai l'impression que les trois quarts des patients je les perds après ça, donc je ne garde qu'un quart. Pour ce quart c'est positif, parce qu'après on peut effectivement travailler, être honnête, parler, corriger quand ça va plus. Les gens ont vite conscience quand ils passent dans une phase hypomaniaque parce qu'on en a parlé, re-décrit le tableau, re-décrit, re-décrit. Donc là c'est positif, mais ça ne représente pas la majorité à mon avis, à mon avis dans mon expérience.

260

S : Est-ce que ça a pu être discuté avec vous pour les autres $\frac{3}{4}$?

265 M : Ben je vous dis il y en a qui ne discute pas, il y en a qui portent plainte, il y en a qui ont plutôt une attitude méprisante. J'ai l'impression que pour certaines pathologies psychiatriques, je n'y connais rien donc je me garderai de donner des noms, il y a un tel déni que même après ça ils continuent à nier la nécessité d'une hospitalisation, la nécessité d'un traitement et donc c'est extrêmement difficile après car beaucoup de ces patients, je trouve, ont épuisé leur famille, leur conjoint etc. On arrive nous, après toutes ces personnes épuisées et...donc on est mis dans le lot global de tous ceux qui ne comprennent pas : « Docteur vous ne me comprenez pas, de toute façon vous ne m'avez jamais compris ; de toute façon c'est ma famille qui est méchante, c'est mon conjoint qui est méchant ou c'est mes voisins. »

270

S : Vous dites être mis dans le lot mais est-ce que ces patients vous épuisent aussi ?

275 M : Qui m'épuisent et aussi pour lesquels aujourd'hui j'ai un sentiment d'impuissance complet donc je suis, je suis inefficace donc c'est pour ça je vous dis, je passe vite la main du coup à un psychiatre en espérant que ça ira mieux. J'ai pas l'impression qu'il y ait des résultats extraordinaire mais eux au moins ils ont appris à le gérer.

280 S : Est-ce que votre position en tant que médecin généraliste avec l'examen clinique apporte quelque chose dans votre relation ?

M : Non, non parce que cliniquement...pas spécialement.

285 S : Quel est votre sentiment dans votre prise en charge, vous sentez vous isolé ?

290 M : Oui, énormément, alors c'est un peu moins vrai maintenant parce que nos campagnes ici se peuplent de plus en plus et il y a de plus en plus de monde et de confrères mais à une époque il y a 27 ans on était tout seul devant ce genre de chose il n'y avait pas moyen de demander de l'aide.

290

295 J'ai toujours dans ma sacoche les formulaires selon l'article machin chose. Bon j'ai toujours trouvé ridicule parce que quand on est dans l'urgence j'ai toujours trouvé ridicule de ne pas oublier de marquer. Moi je me suis toujours trouvé très isolé face à ça parce qu'à chaque fois que j'appelais un psychiatre quand j'étais dans ces situations il me disait surtout de faire en trois exemplaires, de marquer ceci cela. C'était pas le problème, j'avais un patient qui n'allait pas bien devant moi et il fallait vite l'embarquer. C'est comme si j'appelais le SAMU pour un arrêt cardiaque, ils ne vont pas commencer à me demander des détails sur sa vie privée, ses allergies, pas dans l'immédiat en tout cas, très vite derrière mais pas au moment...
Donc isolé, oui.

300 Je ne trouve pas par contre des services psychiatriques à ces moments là quand on décroche son téléphone et qu'on demande qu'est-ce que je fais ? comment je gère ça ? Moi je n'ai jamais eu aucune aide. Les seuls qui m'ont aidés c'est les confrères généralistes qui pouvaient me conseiller si j'étais un peu perdu. Oui je trouve qu'on est très très seul. Et puis comme je vous dis, comme avant la famille, les voisins sont tous épuisés, dès qu'ils nous voient arriver
305 ils partent en courant et on laisse faire le médecin. Donc plus personne ne fait rien, quand on est avec un délirant je ne trouve pas ça très évident.

S : Vous avez pu ressentir de la crainte face à ces situations ?

310 M : Non, je n'ai jamais eu de gens agressifs au point de...si de me taper un peu mais jamais comme me décrivent certains confrères.

S : Auriez-vous autre chose à rajouter ?

315 M : Non, je serai intéressé par vos résultats pour savoir si tous les confrères ont le même sentiment d'arriver trop tard quand on en est là, ou d'incompétence ou d'inefficacité ou des trucs comme ça.

Alors je dois reconnaître à la décharge des hôpitaux psychiatriques que jamais, par rapport aux urgences ou à d'autres pathologies qui disent : « Vous n'avez pas fait ça. », jamais en
320 psychiatrie on m'a dit : « Vous auriez dû avant faire ça. » ou « C'est parce que vous ne lui avez pas donné le traitement untel, qu'il aurait fallu. ». Jamais, jamais, jamais. On ne m'a jamais culpabilisé.

S : La relation est tout de même modifiée en négatif selon vous ?

325

M : Pour moi je dirai en négatif parce que je les perds. Je pense en positif pour eux parce que même s'ils changent de médecin parce qu'ils n'admettent pas l'hospitalisation, il s'est quand même passé quelque chose. On ne revient pas d'une hospitalisation indemne. Donc c'est quelque part dans leur cerveau, il y a un petit truc qui c'est quand même allumé et je pense,
330 statistiquement je ne sais pas où ça en est, mais je pense que c'est rare de faire deux, trois HDT chez des gens. Une, souvent les marque tellement qu'après, moi je constate que les confrères que vont voir mes patients après m'avoir quitté, ils ont la tâche plus facile parce que les gens disent tout de suite : « J'allais pas bien, on m'a hospitalisé. » Moi, jamais ils ne me l'admettront. Ça ça facilite la prise en charge après.

335

S : Comment vous l'expliquez qu'ils arrivent à le reconnaître à quelqu'un d'autre ? C'est quelque chose qu'ils ne vous disent pas ?

340 M : Non, parce que moi je suis celui qui les a hospitalisé, c'est considéré comme une agression. Moi je les ai agressé ; par contre le fait d'avoir été agressé, ils n'ont plus envie de revivre ça donc le...sans vraiment peut-être le dire au contraire.

Mais je pense qu'ils sentent quand ils ne vont plus bien, ils savent dire : « Attention, au secours. » Donc dans ce sens là c'est positif.

Ma relation est plutôt négative, majoritairement négative.

S : Pourriez-vous vous présenter ? Depuis quand exercez-vous ? Quel est votre mode d'exercice ? Quelle est votre formation en psychiatrie ?

5

C : Je suis médecin généraliste associé, on est cinq médecins, je suis associé depuis 2001. J'ai fait des remplacements ici pendant trois ans donc je connaissais bien le quartier ce qui est quand même un peu plus facile pour s'installer.

10

Alors là on est en zone plutôt urbaine. Initialement c'était rural ici mais moi j'ai connu ça plutôt urbain. Les patients qu'on a viennent de la ville, donc l'exercice est plus facile en terme de garde étant près de Nantes, c'est assez simple.

15

Pour la psychiatrie... mon premier stage en tant qu'interne était en psychiatrie à la Roche sur Yon. Donc là j'ai découvert effectivement la psychiatrie, c'était un domaine qui m'intéressait quand même bien. J'ai fait une thèse de psycho gériatrie. J'ai choisi un sujet... J'ai travaillé avec un médecin de l'hôpital de Blain qui faisait des consultations dans les maisons de retraite pour les pathologies psychiatriques. Ça pouvait être des gens avec des pathologies psychiatriques lourdes qui étaient quand même en institutions. Ma thèse portait sur l'intérêt de ces consultations sur site, et voir ce qui pouvait être amélioré par rapport à ça.

20

S : Quelle est votre expérience de la contrainte dans votre exercice ?

25

C : Alors ça... la contrainte j'ai pas été directement... Il y a un patient où j'avais fait le certificat d'HDT... un schizophrène jeune... En fait il pétait les plombs à la maison, justement ça ne se passait pas très bien. Donc j'ai fait un certificat d'hospitalisation à la demande d'un tiers par l'intermédiaire de ses parents. Donc il est allé au CHU et l'HDT comme souvent j'ai l'impression s'est levée en hospitalisation libre en peu de temps...

30

C'était pas un patient à moi directement parce que c'était le patient d'un de mes confrères mais je suivais le père de la famille. C'est la seule fois où j'ai été amené à faire un certificat d'hospitalisation la demande d'un tiers, après il y a eu d'autres patients qui se sont retrouvés en HDT, j'ai pas l'impression que ce soit si fréquent que ça... c'est des fois « SOS » qui est amené à faire les hospitalisations sous contrainte.

S : Quelle est votre relation avec les patients ayant des troubles psychiques ?

35

C : Pour les patients lourds ou en général ?

S : En général...

40

C : Alors c'est vrai que ce que nous voyons en règles générale, c'est les syndromes dépressifs et puis des gens avec de l'anxiété généralisée. J'ai l'impression que c'est ce que l'on voit le plus souvent mais après c'est vrai qu'il n'y a pas que des syndromes dépressifs francs. Il y a des gens qui ont des passages un peu difficiles où on fait un peu de psychothérapie de soutien, donc c'est assez fréquent...

45

Le plus important pour nous en tant que médecin généraliste c'est d'être disponible pour essayer de prendre en charge quelqu'un et puis les voir en consultation régulièrement... Quand on met un traitement antidépresseur en place il faut sur la première prescription... faut voir les patients... Généralement je fixe un rendez-vous trois semaines après en précisant au patient que s'il y a besoin de quoi que ce soit entre temps soit il téléphone soit je peux les revoir.

50

S : Quel lien avez-vous avec ces patients ?

C : Donc ça pour ça...c'est assez simple, c'est de la psychothérapie de soutien. Je pense qu'il faut prendre de la distance par rapport au patient (rire) il faut pas non plus...il faut garder de la distance mais il faut être disponible et puis être à l'écoute.

55 Après c'est vrai que sur les pathologies plus lourdes, la schizophrénie, les patients psychotiques on en a quelques uns, pas non plus énormément mais il faut être très vigilants par rapport aux symptômes quand on voit que ça commence à déborder un peu. Il faut repérer les choses et éventuellement...se mettre en relation, comme souvent ils sont suivis par des psychiatres, pour voir un petit peu comment ça se passe. S'il y a besoin d'une hospitalisation
60 ou de prendre un rendez-vous plus rapidement. Dans les psychotiques, oui ça m'est arrivé d'appeler au CHU pour certains patients. Mais la relation avec eux...c'est vrai que des fois les patients psychotiques ont des abords un peu particuliers donc la relation est pas obligatoirement la même, avec un contact un peu différent par rapport à la population générale.

65 S : Et comment vous gérez ça en tant que médecin généraliste étant donné la possibilité d'avoir l'examen clinique avec eux ?

C : Alors tout ça je le gère de la même façon au niveau de l'examen clinique. Après c'est sûr qu'on n'aborde pas les mêmes choses avec un patient psychotique ou avec un dépressif. C'est vrai que les psychothérapies de soutien chez les psychotiques c'est pas...
70 Là c'est vraiment de voir des signes psychiatriques qui commencent à décompenser, pour agir en fonction de ça.

75 S : Est-ce que ce sont des patients qui sont plus difficiles à comprendre au niveau de leur point de vue ?

C : Leur point de vue au niveau ?

80 S : Au niveau de votre prise en charge, de la relation que vous avez avec eux.

C : Là je pense à un patient qui est schizophrène et que je vois assez régulièrement. En fait ces inquiétudes sont focalisées par rapport au travail quand je le vois, c'est surtout par rapport à ça. Sinon au niveau de sa pathologie en dehors de...c'est pas plus compliqué que les autres.
85 C'est vrai que son discours est très centralisé là-dessus.

S : Est-ce que vous pensez que c'est un patient qui vous demande plus, qui attend plus de vous ?

90 C : ...Non, j'ai pas l'impression qu'il soit plus demandeur. En tout cas en dehors de sa pathologie psychiatrique il n'y a pas plus de demandes. En fait sur sa pathologie schizophrénique c'est fluctuant, il y a des périodes où on ne voit pas les patients et des moments où ça va moins bien et on est plus amené à les voir de façon rapprochée. Mais je ne crois pas qu'ils soient plus demandeurs en tout cas je n'ai pas l'impression.

95 S : Est-ce que c'est plus compliqué pour la prise en charge ?

C : De toute façon pour les patients lourds il faut qu'ils soient quand même suivis par un psychiatre, je crois que c'est important.

100 J'ai une autre patiente qui fait de la bouffée délirante aiguë, pareille une schizo. Avant elle avait dû être hospitalisée à la demande d'un tiers, ça avait été par un médecin de garde je ne sais pas dans quel contexte. Je l'avais adressée à un psychiatre pour qu'elle soit suivie régulièrement. Au bout d'un moment elle était mieux psychologiquement donc son traitement

105 avait été diminué mais il restait ce qu'il fallait et elle voulait changer de psychiatre. Au départ elle me demandait : « Est-ce que vous pouvez suivre ma pathologie psychiatrique ? » Mais méfiance quand même je pense qu'il faut garder un contact avec un psy pour des patients lourds comme ça. Je l'ai adressée à une autre consoeur et ça s'est bien passé. Même si elle est moins souvent en consultation avec les psychiatres je trouve que c'est important qu'il y est un spécialiste qui puisse être contacté pour adapté le traitement. Car pour des patients comme ça
110 qui sont lourds il faut une sacrée thérapeutique dès le départ qui est souvent difficile à gérer.

S : Comment vous décrieriez votre expérience de l'HDT et la relation que vous aviez avec le patient ?

115 C : Alors c'est vrai que le patient que j'avais envoyé en HDT , moi je ne le connaissais pas particulièrement. C'est vrai que j'en avais beaucoup entendu parler par ses parents parce que j'avais vu les parents en consultation. Et puis le jour où c'est arrivé, il ne se posait pas trop de question. Je l'ai revu après, il ne m'en a pas voulu.

120 S : Sur le moment quelle est votre relation ?

C : Sur le moment il faut déjà essayer de calmer un peu le jeu car ce sont des gens qui sont plutôt agressifs. Là il avait fugué et était rentré chez ses parents. Les parents m'avaient appelé en me disant : « Il ne va pas bien du tout, il faut le faire hospitaliser. »

125 Il avait déjà été hospitalisé à la demande d'un tiers quelques années avant. Du coup je leur ai dit de passer, je ne leur ai pas donné de rendez-vous. Donc ils ont commencé à négocier avec lui pour venir ici. Pendant l'entretien on a essayé de calmer le jeu et puis ça s'est passé comme ça.

130 S : Mais la communication était difficile avec lui ?

C : La communication, ben oui. Quand ils sont en crise de toute façon c'est un peu difficile, l'interlocuteur principal c'est quand même l'entourage. Parce que là effectivement quand les gens sont en bouffée délirante aiguë...moi je me souviens quand j'étais interne en psychiatrie
135 on faisait des fois toutes les admissions des pathologies psychiatriques donc c'est vrai que les patients en bouffée délirante aiguë de toute façon ils sont dans un monde parallèle.

S : Et la communication ?

140 C : La communication c'est...C'est la thérapeutique et puis après on voit.

S : Et le fait que vous connaissiez la famille est-ce que ça pu apporter quelque chose ?

C : C'est possible effectivement. Déjà il était prise en charge...Il faut savoir qu'au niveau du
145 cabinet on s'entend bien donc les patients peuvent aller d'un cabinet à un autre sans problème. Donc déjà il a été pris en charge dans un cabinet qu'il connaissait donc c'est déjà plutôt rassurant pour le malade.

Après comment est-ce qu'il a vécu les choses, c'est difficile ? On peut pas trop se mettre à sa place. Moi je sais que je l'ai revu après donc ça c'est très bien passé donc il ne m'en a pas
150 voulu. Mais quel a été son vécu à l'époque ?

S : Ça n'a jamais été...

C : Ça n'a jamais été évoqué et puis c'est vrai que quand ils sont en bouffée aiguë comme ça
155 je ne sais pas comment il...

S : Et vous qu'est-ce que vous ressentez à ce moment là quand vous les voyez comme ça et que vous devez les contraindre ?

160 C : C'est effectivement un peu...l'urgence. Il faut faire quelque chose, on ne peut pas les laisser. Il faut essayer de négocier un petit peu, d'expliquer les choses. Bon après c'est pas facile de se faire entendre dans cette période là.

S : Ce n'est pas une prise en charge qui vous met dans une position...

165

C : Difficile ? Non, ben moi...Ben c'est pas des trucs que je ferai tous les jours (rire). Ça prend tout de même du temps, bon ça bouleverse l'organisation au niveau du cabinet. Effectivement quand on dit à quelqu'un de venir comme ça quand on sait qu'on va en avoir pour une demie heure au milieu du reste des consultations.

170 C'est chronophage mais de toute façon c'est notre rôle de gérer ça. Comme d'autres urgences, c'est dans le même registre, moi je mets ça dans le même truc.

Après ça ne pose pas vraiment plus de problème que ça, parce que l'urgence psychiatrique je l'ai vu au moment de ma formation. A la limite je me trouve moins embêter avec ça qu'avec une urgence cardiologique. Ça m'intéresse peut-être plus effectivement.

175

S : Qu'est-ce que vous avez ressenti après cette expérience ?

C : Dans l'immédiat ?

180 S : Après.

C : A distance...Ben de toute façon...Une fois que...Quand on a réussi à faire hospitaliser le patient on a un soulagement parce que c'est ce qu'il fallait faire. On a l'impression d'avoir fait ce qu'il fallait, c'est plutôt satisfaisant.

185

S : Et après vous avez pu faire le point avec le patient ?

C : Je l'ai revu, alors c'est vrai que ce n'est pas mon patient donc je le vois quand mon collègue n'est pas là. Quand je l'ai revu après, il était bien, il avait un traitement qu'il prenait régulièrement, il avait un nouveau suivi psychiatrique, il avait du travail donc tout était à peu près calmé.

190

S : Il n'y a pas eu de peur de votre part qu'il ne revienne plus ?

195 C : ...Non ça ne m'a pas, ça ne m'a pas. De toute façon c'est effectivement un risque mais...dans l'HDT quand c'est les parents qui signent je trouve que la position est plus difficile pour les parents. Effectivement le père c'était quand même la deuxième fois qu'il signe une HDT pour son fils...

200 S : Est-ce que ça a été une position difficile pour lui vis-à-vis de vous ?

C : Après, non pas du tout. Le père je le suis régulièrement parce que c'est mon patient. On en parle régulièrement quand je le vois en consultation je lui demande des nouvelles de son fils, comment ça se passe. Ça à l'air d'être plutôt stabilisé jusqu'à la prochaine...Quand il arrêtera son traitement et que ça repartira mal...Non, de toute façon c'est un sujet qu'on a toujours abordé et c'est pour ça que quand il est venu en urgence c'était la première fois que je voyais le patient en question mais j'en avais déjà entendu parler depuis longtemps.

205

- 210 S : Et vous pensez qu'il vous connaissais ?
- C : Peut-être qu'effectivement ses parents...Après je crois qu'il a pu intégrer des choses. C'était peut-être une bonne chose pour lui, peut-être qu'il l'a vécu comme ça, il ne m'en a pas voulu de l'avoir fait hospitaliser. L'HDT je ne sais pas combien de temps il est resté en HDT après c'était en hospitalisation libre donc c'est vrai qu'à l'hôpital c'est assez rare d'être assez longtemps en HDT.
- 215 S : Aimeriez-vous ajouter quelque chose ?
- C : Par rapport à ce cas non. Je pense que s'il faut faire l'HDT, il faut le faire comme une urgence, comme un infarctus il faut appeler le SAMU. Il n'y a pas d'autres choses à faire. Je mets ça sur le même registre.
- 220 S : Et votre expérience à l'hôpital...
- 225 C : Pour moi je trouve ça plus rassurant parce que un malade psychiatrique je vois à quoi ça correspond. C'est plus facile quand on connaît. Après un médecin qui n'est jamais passé en psychiatrie il ne va pas gérer les choses de la même façon.
- 230 S : Pas d'inquiétude par rapport à l'alliance thérapeutique après cette expérience ?
- C : Ça peut arriver. Je n'ai pas une grosse expérience par rapport à ça. Les gens peuvent nous en vouloir mais après ça doit se gérer aussi. De toute façon si les gens ont des choses à dire il faut écouter, ils viennent en discuter.
- 235 Comme pour tout ce qu'on fait, les gens n'ont pas toujours compris. La porte reste ouverte, des fois les gens se posent des questions quand on a mis un traitement en place ou pris une décision thérapeutique. Les gens sur le coup ne réagissent pas trop et a posteriori demande : « pourquoi vous m'avez donné ça ? »
- 240 L'espace est libre, on peut en discuter. Des fois les gens qui sont pris en charge à l'hôpital, pas obligatoirement en psychiatrie, on ne répond pas à leurs questions. Les gens sont remontés contre le corps médical, ils veulent comprendre ce qui c'est passé. Régulièrement il nous arrive de désamorcer un peu la bombe et puis de discuter avec les gens.
- S : Ils ont plus confiance vis-à-vis de vous ?
- 245 C : On les voit quand même régulièrement, s'ils ont des questions c'est plus facile. On remet un peu les choses à plat. Si les gens ont vécu un peu difficilement une HDT après ils peuvent toujours revenir en parler, leur dire que dans ce genre de situation c'est ce qu'il fallait faire. On n'avait pas le choix, il fallait donner un traitement et puis gérer l'épisode difficile.

Titre de thèse : L'impact sur l'alliance thérapeutique d'une hospitalisation sous contrainte par le médecin traitant.

RESUME

Nous nous sommes intéressés au vécu des médecins généralistes au sujet des conséquences d'une hospitalisation sans consentement sur l'alliance thérapeutique lorsqu'il s'agit d'un de leur patient. Nous avons étudié leur relation avec les patients souffrants de troubles psychiques et leur expérience de la contrainte par l'intermédiaire d'entretiens semi-dirigés. L'alliance thérapeutique avec ces patients est plus complexe car elle associe le besoin de temps et des attentes plus importantes qu'avec d'autres patients. L'hospitalisation sans consentement reste rare mais génère un traumatisme important chez les médecins. Les conséquences sur le lien ou la prise en charge du patient sont importantes mais paradoxalement les médecins conservent l'impression d'une stabilité de leur alliance avec le patient. Il nous semble nécessaire de développer la formation des médecins généralistes sur le plan relationnel et de rompre leur isolement face à cette expérience traumatisante.

MOTS-CLES

Hospitalisation sans consentement- Alliance thérapeutique- Entretien semi-dirigé-
Contrainte- Consentement- Médecin généraliste- Psychiatrie- Formation