

Influence de la contrainte sur la relation thérapeutique dans le cadre des SASC

Une étude qualitative

Dr Valérie LAGARDE,
Assistante spécialiste,
GH Paul Guiraud -
Villejuif

Dr Annie MSELLATI,
Présidente de la CME,
Hôpital Maison Blanche -
Paris

Contexte général

- Quelle « efficacité » ?
 - nombre / durée d'hospitalisation
 - adhésion aux soins
 - troubles du comportement
 - fonctionnement social
- > 70 études, 2 revues de la littérature**

Résultats contradictoires...

Etudes descriptives : résultats « en faveur » des SASC	Etudes randomisées : pas de différence statistiquement significative
<ul style="list-style-type: none">- Design rétrospectif- Absence de groupe contrôle	<ul style="list-style-type: none">- Patients très réfractaires ou potentiellement violents exclus

... question polémique!

La méthodologie qualitative

- Analyse le vécu des sujets
- Démarche inductive (et non de vérification d'hypothèse)
- Au-delà de *l'efficacité* des SASC :
comprendre le rôle et la place de cette mesure administrative de contrainte au sein du processus thérapeutique afin de repérer des *leviers thérapeutiques*

Matériel et méthode

- Suivis au CMP du 75G23
- Bénéficiant ou ayant bénéficié dans l'année d'une mesure de soins ambulatoires sous contrainte.
- Majeurs. Participation volontaire.
- Comité d'éthique, formulaire de consentement, entretien d'information préalable.

Matériel et méthode

- Entretien semi-dirigé de 20 à 60 minutes
- Enregistrement audionumérique puis retranscription intégrale.
- Méthode d'analyse qualitative inspirée de l'Interpretative Phenomenological Analysis (Smith, 2007)

Résultats

- 10 participants
- 5 femmes / 5 hommes, 30 à 58 ans
- 4 SDRE / 6 SDT
- Mesure en cours sauf pour une participante (et levée la semaine suivant l'entretien pour une autre)
- Schizophrénie++, trouble bipolaire, borderline.

Résultats

- 3 axes thématiques :
 - La dimension sociétale :

Fonction tierce de la loi mais...

- Le dispositif de soins :

Un sentiment d'impasse...

- Le niveau interpersonnel :

La relation ne peut pas être contrainte...
mais influencée!

La dimension sociétale

- Une forme de protection : « ***c'est à la fois sécurisant pour, euh, la population et pour nous*** »
- Loi garante des libertés mais « ***c'est pas tout l'monde émotivement qui est capable d'aller en appel. Contre son propre médecin! Vous vous rendez compte?*** »
- Confusion du rôle des différents acteurs

Le dispositif

- Période initiale d'hospitalisation, « double peine »
- Liberté conditionnelle : « ***c'est comme si on avait le fameux bracelet électronique à la jambe*** »
- Vécu de contrainte associé à un sentiment d'impasse : « ***c'est repoussé, repoussé, repoussé, repoussé...*** »

- **« Il faut obliger les fous à se soigner... un certain temps. Alors il faut dire que c'est un certain temps. »**
- **« Avant j'avais pas ça. Donc, euh, pourquoi ne pas revenir à la situation antérieure? C'est ça aussi! Le temps qu'ça prendra...qu'ça mettra! »**
- **« on sait pas, euh, quand est-ce que ça va s'arrêter »**
- **« Je n'en vois pas l'bout quoi. C'est-à-dire qu'avant on pouvait avoir une levée plus facilement. Maintenant c'est devenu très dur. Euh, en plus, on n'est pas sûr d'avoir une levée à la... au fin d'compte. A la fin du compte, on sait pas si ça s'ra levé ou pas. C'est repoussé, repoussé, repoussé... »**

Le niveau interpersonnel

- Un cadre pour la relation
 - Sécurisant / ancrage dans la réalité
 - Peut servir la communication quand la parole n'est pas possible
- La relation ne peut être contrainte :
« cette obligation s'évanouit une fois qu'on est dans le bureau du psychiatre »

Le niveau interpersonnel

- Influence « négative » sur la relation :
 - censure et sujets tabous
 - patient = victime passive?

« c'est pas des gens qui ordonnent, j'veux dire. Ils vous laissent faire c'qu'ils veulent »,

« moi j'peux rien faire. Y'a que la psychiatre qui puisse agir ».

Le niveau interpersonnel

- Quant le patient devient « acteur » du processus thérapeutique :
 - l'aide à la prise de conscience des troubles passe par le crédit accordé à l'avis médical : « ***j' préfère avoir un avis médical. Qu'elle m'dise que j'suis plus malade. Pour pas tricher*** »
 - trouver un « ***compromis*** » à travers le conflit et la négociation...

Discussion

- Relation thérapeutique malgré la contrainte (JM Bourel, 2015).
- > Cadre « protecteur » de la relation qui permet l'échange et la confrontation **nécessaires** à l'élaboration du consentement.
- analyse du vécu des praticiens et des équipes soignantes.

Discussion

- Diminution du vécu de contrainte à travers l'accès à l'information (Pridham et al. 2016)
- > Confusion du rôle de chacun des acteurs : manque d'information? Confus également pour les professionnels?
 - Analyse du vécu des professionnels
 - Rencontres entre professionnels (Cambier, 2013) / Groupes d'échange

Discussion

-> Lien entre vécu de contrainte et **sentiment d'impasse** dans le suivi+++

- Quels alternatives/aménagements possibles pour diminuer ce vécu?

Graduation du niveau de contrainte?

Quels sont les dispositifs à l'étranger?

Plus de créativité dans l'utilisation du programme de soins?

Conclusion

Le sentiment d'impasse : un « problème de maladie chronique » ?

Programme de soins = « diplôme » de chronicité

-> comment en faire un outil d'ouverture?

Merci pour votre attention!