



HAL
open science

**Quels sont les ressentis des médecins en charge d'initier
une procédure de soins psychiatriques sous contrainte ?
Vécu des urgentistes de SOS Médecins en Ille-et-Vilaine,
exploré par une enquête qualitative**

Camille Thibaudeau

► **To cite this version:**

Camille Thibaudeau. Quels sont les ressentis des médecins en charge d'initier une procédure de soins psychiatriques sous contrainte ? Vécu des urgentistes de SOS Médecins en Ille-et-Vilaine, exploré par une enquête qualitative. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02142092

HAL Id: dumas-02142092

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02142092v1>

Submitted on 28 May 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



THÈSE D'EXERCICE / UNIVERSITÉ DE RENNES 1
sous le sceau de l'Université Bretagne Loire

Thèse en vue du
DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

présentée par

Camille THIBAudeau

Née le 20 mai 1988 à THOUARS

**Quels sont les ressentis
des médecins en charge
d'initier une procédure
de soins psychiatriques
sous contrainte ?**

**Vécu des urgentistes de
SOS Médecins en Ile-et-
Vilaine, exploré par une
enquête qualitative**

**Thèse soutenue à RENNES
le 25 juin 2018**

devant le jury composé de :

Dominique DRAPIER

*PU-PH, Psychiatrie d'adultes, CHU de Rennes /
Président de jury*

Jacques BOUGET

*PU-PH, Médecine d'urgence, CHU de Rennes /
assesseur*

Pierric RENAUT

*MCA, DMG Rennes, SOS Médecins Saint-Malo /
assesseur*

Jean-François BRUN

*Docteur en médecine, SOS Médecins Rennes /
Directeur de thèse*

Virginie BLONS

*Docteur en médecine, SOS Médecins Rennes /
Membre invité*

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ANNE-GALIBERT Marie-Dominique	Biochimie et biologie moléculaire
BARDOU-JACQUET Edouard	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BELAUD-ROTUREAU Marc-Antoine	Histologie; embryologie et cytogénétique
BELLISSANT Éric	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
BELOEIL Hélène	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
BENDAVID Claude	Biochimie et biologie moléculaire
BENSALAH Karim	Urologie
BEUCHEE Alain	Pédiatrie
BONAN Isabelle	Médecine physique et de réadaptation
BONNET Fabrice	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques; gynécologie médicale
BOUDJEMA Karim	Chirurgie générale
BOUGET Jacques Professeur des Universités en surnombre	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
BOUGUEN Guillaume	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
BOURGUET Patrick Professeur des Universités Emérite	Biophysique et médecine nucléaire
BRASSIER Gilles	Neurochirurgie
BRETAGNE Jean-François Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie

BRISSOT Pierre Professeur des Universités Emérite	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
CARRE François	Physiologie
CATROS Véronique	Biologie cellulaire
CATTOIR Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
CHALES Gérard Professeur des Universités Emérite	Rhumatologie
CORBINEAU Hervé	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
CUGGIA Marc	Biostatistiques, informatique médicale et technologies de communication
DARNAULT Pierre	Anatomie
DAUBERT Jean-Claude Professeur des Universités Emérite	Cardiologie
DAVID Véronique	Biochimie et biologie moléculaire
DAYAN Jacques	Pédopsychiatrie; addictologie
DE CREVOISIER Renaud	Cancérologie; radiothérapie
DECAUX Olivier	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
DESRUES Benoît	Pneumologie; addictologie
DEUGNIER Yves Professeur des Universités en surnombre + Consultant	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
DONAL Erwan	Cardiologie
DRAPIER Dominique	Psychiatrie d'adultes; addictologie
DUPUY Alain	Dermato-vénérologie

ECOFFEY Claude	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
EDAN Gilles	Neurologie
FERRE Jean Christophe	Radiologie et imagerie Médecine
FEST Thierry	Hématologie; transfusion
FLECHER Erwan	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
FREMOND Benjamin	Chirurgie infantile
GANDEMER Virginie	Pédiatrie
GANDON Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GANGNEUX Jean-Pierre	Parasitologie et mycologie
GARIN Etienne	Biophysique et médecine nucléaire
GAUVRIT Jean-Yves	Radiologie et imagerie Médecine
GODEY Benoit	Oto-rhino-laryngologie
GUGGENBUHL Pascal	Rhumatologie
GUIGUEN Claude Professeur des Universités Emérite	Parasitologie et mycologie
GUILLE François	Urologie
GUYADER Dominique	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
HAEGELEN Claire	Anatomie
HOUOT Roch	Hématologie; transfusion

HUSSON Jean-Louis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
HUTEN Denis Professeur des Universités Emérite	Chirurgie orthopédique et traumatologique
JEGO Patrick	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
JEGOUX Franck	Oto-rhino-laryngologie
JOUNEAU Stéphane	Pneumologie; addictologie
KAYAL Samer	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
KERBRAT Pierre, RETRAITE	Cancérologie; radiothérapie
LAMY DE LA CHAPELLE Thierry	Hématologie; transfusion
LAVIOLLE Bruno	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
LAVOUE Vincent	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale
LE BRETON Hervé	Cardiologie
LE GUEUT Mariannick Professeur des Universités en surnombre + consultant	Médecine légale et droit de la santé
LE TULZO Yves	Réanimation; médecine d'urgence
LECLERCQ Christophe	Cardiologie
LEDERLIN Mathieu	Radiologie et imagerie Médecine
LEGUERRIER Alain Professeur des Universités Emérite	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
LEJEUNE Florence	Biophysique et médecine nucléaire
LEVEQUE Jean	Gynécologie-obstétrique; gynécologie médicale

LIEVRE Astrid	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MABO Philippe	Cardiologie
MAHE Guillaume	Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire
MALLEDANT Yannick Professeur des Universités Emérite	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
MENER Eric (Professeur associé)	Médecine générale
MEUNIER Bernard	Chirurgie digestive
MICHELET Christian Professeur des Universités en surnombre	Maladies infectieuses; maladies tropicales
MOIRAND Romain	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
MORANDI Xavier	Anatomie
MOREL Vincent	Epistémologie clinique
MOSSER Jean	Biochimie et biologie moléculaire
MOURIAUX Frédéric	Ophthalmologie
MYHIE Didier (Professeur associé)	Médecine générale
ODENT Sylvie	Génétique
OGER Emmanuel	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
PARIS Christophe	Médecine et santé au travail
PERDRIGER Aleth	Rhumatologie
PLADYS Patrick	Pédiatrie

RAVEL Célia	Histologie; embryologie et cytogénétique
REVEST Matthieu	Maladies infectieuses; maladies tropicales
RICHARD de LATOUR Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
RIFFAUD Laurent	Neurochirurgie
RIOUX-LECLERCQ Nathalie	Anatomie et cytologie pathologiques
ROBERT-GANGNEUX Florence	Parasitologie et mycologie
ROPARS Mickaël	Chirurgie orthopédique et traumatologique
SAINT-JALMES Hervé	Biophysique et médecine nucléaire
SAULEAU Paul	Physiologie
SEGUIN Philippe	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence
SEMANA Gilbert	Immunologie
SIPROUDHIS Laurent	Gastroentérologie; hépatologie; addictologie
SOMME Dominique	Médecine interne; gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
SOULAT Louis	Thérapeutique; médecine d'urgence; addictologie
SULPICE Laurent	Chirurgie générale
TADIÉ Jean Marc	Réanimation; médecine d'urgence
TARTE Karin	Immunologie
TATTEVIN Pierre	Maladies infectieuses; maladies tropicales

TATTEVIN-FABLET Françoise (Professeur associé)	Médecine générale
THIBAUT Ronan	Nutrition
THIBAUT Vincent	Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière
THOMAZEAU Hervé	Chirurgie orthopédique et traumatologique
TORDJMAN Sylvie	Pédopsychiatrie; addictologie
VERHOYE Jean-Philippe	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
VERIN Marc	Neurologie
VIEL Jean-François	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
VIGNEAU Cécile	Néphrologie
VIOLAS Philippe	Chirurgie infantile
WATIER Éric	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique; brûlologie
WODEY Éric	Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

Nom Prénom	Sous-section CNU
ALLORY Emmanuel (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
AME-THOMAS Patricia	Immunologie
AMIOT Laurence (Baruch)	Hématologie; transfusion
ANSEMI Amédéo	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BEGUE Jean-Marc	Physiologie
BERTHEUIL Nicolas	Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ; brûlologie
BOUSSEMART Lise	Dermato-vénérologie
CABILLIC Florian	Biologie cellulaire
CAUBET Alain	Médecine et santé au travail
CHHOR-QUENIART Sidonie (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
DAMERON Olivier	Informatique
DE TAYRAC Marie	Biochimie et biologie moléculaire
DEGEILH Brigitte	Parasitologie et mycologie
DROITCOURT Catherine	Dermato-vénérologie
DUBOURG Christèle	Biochimie et biologie moléculaire

DUGAY Frédéric	Histologie; embryologie et cytogénétique
EDELINÉ Julien	Cancérologie; radiothérapie
FIQUET Laure (Maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
GARLANTEZEC Ronan	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GOUIN Isabelle épouse THIBAULT	Hématologie; transfusion
GUILLET Benoit	Hématologie; transfusion
JAILLARD Sylvie	Histologie; embryologie et cytogénétique
KALADJI Adrien	Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire
LAVENU Audrey	Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
LE GALL François	Anatomie et cytologie pathologiques
LEMAITRE Florian	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
MARTINS Pédro Raphaël	Cardiologie
MATHIEU-SANQUER Romain	Urologie
MENARD Cédric	Immunologie
MOREAU Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
MOUSSOUNI Fouzia	Informatique
NAUDET Florian	Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

PANGAULT Céline	Hématologie; transfusion
RENAUT Pierric (maître de conférence associé des universités de MG)	Médecine générale
ROBERT Gabriel	Psychiatrie d'adultes; addictologie
SCHNELL Frédéric	Physiologie
THEAUDIN Marie épouse SALIOU	Neurologie
TURLIN Bruno	Anatomie et cytologie pathologiques
VERDIER Marie-Clémence (Lorne)	Pharmacologie fondamentale; pharmacologie clinique; addictologie
ZIELINSKI Agata	

REMERCIEMENTS

À Monsieur le Professeur Dominique Drapier,

Vous me faites l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse.

Merci pour l'intérêt que vous avez bien voulu porter à mon travail et pour votre disponibilité.

Je tiens à vous témoigner mon profond respect et toute ma reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Jacques Bouget,

Vous avez accepté de juger ce travail, j'en suis très honorée et je vous en remercie.

Je tiens à vous faire part de mes sentiments les plus respectueux.

À Monsieur le Docteur Pierric Renault,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury et d'avoir pu vous rendre disponible.

J'ai été touchée par votre enthousiasme à l'annonce du sujet de cette thèse.

Mes plus sincères remerciements.

À Madame le Docteur Virginie Blons,

Pour ton engagement à la présidence de SOS Médecins Rennes,

Pour ta disponibilité et ta gentillesse,

J'espère que ce travail sera source de réflexion pour les pratiques futures.

Merci de me faire l'honneur de ta présence.

À Monsieur le Docteur Jean-François Brun,

Pour avoir accepté de diriger ce travail avec tant de gentillesse,

Pour ta confiance, ton écoute, ta disponibilité et tes encouragements chaleureux,

Pour ton soutien sans faille, ta générosité, et tes attentions (merci pour tous les cookies !),

Pour tes qualités professionnelles et humaines qui font de toi un exemple,

Je tiens à te faire part de ma profonde admiration et de tout mon respect.

Merci pour la transmission de ta passion de la médecine et de ton savoir-être.

Jeune « Padawan » est devenu grand ! Merci Maître ! À notre amitié.

Aux quinze médecins de SOS Médecins Rennes et Saint-Malo,

Merci d'avoir accepté de vous confier avec autant de sincérité et d'authenticité.

Merci pour votre disponibilité.

Merci pour votre enthousiasme et votre gentillesse.

J'espère que ce travail de thèse sera à la hauteur de vos réflexions.

Je souhaite qu'il vous apporte de la sérénité dans vos pratiques quotidiennes.

À toutes celles et ceux qui ont contribué à la relecture de cette thèse.

À Corentin et Geneviève, merci pour votre aide active à la traduction du résumé en anglais.

Au Docteur Thomas Guitton, merci pour ton aide méthodologique et tes précieux conseils au commencement de ce travail.

Aux Docteurs Heintz, Berthy, Chiloup Pilard, merci de m'avoir accompagnée et transmis votre passion de la médecine.

Aux Professeur Hammel et au Docteur Ferru,

Merci pour votre professionnalisme et votre humanité.

Je vous adresse ma profonde reconnaissance et ma plus grande admiration.

À ma famille,

À Gautier, mon compagnon,

Merci pour ton soutien, et ta contribution à la réalisation de cette thèse.

Merci pour ta patience et ton amour. J'ai de la chance de t'avoir à mes côtés.

Après tant d'épreuves, désormais place à nous !

À papa et maman,

Merci pour votre soutien indéfectible pendant ces longues années d'études.

Merci pour votre amour inconditionnel.

Maman,

Merci de m'avoir appris la tolérance et l'empathie.

Merci de m'avoir transmis autant de bonne sagesse.

Avec tout mon amour et ma reconnaissance éternelle, où que tu sois, je te dédie ce travail.

À Corentin, mon petit frère, mon petit génie,

À nos longues conversations...merci pour tes réflexions sur le monde et sur la vie, toujours plus abouties les unes que les autres.

À Pauline, ma sœur, loin des yeux près du cœur,

À notre complicité immuable, merci pour ton soutien sans faille depuis notre plus tendre enfance.

À Jeanne, merci pour le bonheur que tu m'apportes, nous allons dévorer la vie !

À Paul-Marie, merci d'être là, je suis fière de te compter parmi la famille.

Merci de m'avoir conseillé Michel Foucault.

À papi, merci pour ton humour à toutes épreuves et ta sagesse.

À mamie, merci pour ta générosité (la meilleure cuisinière de tous les temps !) et ton soutien.

À tata Francine et tonton Marc, merci pour votre éducation, votre sagesse et votre amour.

Sans vous je ne serais pas la même aujourd'hui.

À mes amis Rennais et à « la team PloPlo »,

À Charlotte,

Merci pour ton soutien inconditionnel.

Cuisinière hors pair, merci pour ton énergie positive et ton humour qui requinque.

À notre amitié.

À Camille D.,

Merci pour tes attentions, ta générosité sans compter, ta bienveillance et ton soutien.

À notre amitié.

À Adrien,

À notre complicité sans faille depuis le début de l'internat.

Merci pour ta folie et ta créativité que j'adore.

Merci de m'avoir présenté Gautier !

À Marion Quenet,

Pour les fous rires, et les si bons moments partagés. À notre belle amitié. Merci Marionnette.

À Clément, Manu, Loïc,

Merci pour votre simplicité et votre amour de la vie. Rions encore !

À Lydie,

Merci pour cette amitié authentique, pleine de véracité et de partages.

À mes amis Poitevins, à ces folles et belles années d'externat,

À Chloé,

Merci ma Chlo pour ton soutien, tes attentions et pour ton énergie débordante.

On sera les mêmes dans quarante ans sur la plage de Saint-Malo !

À Marion,

On a réussi ma Briffette! Je suis fière de notre chemin parcouru. Merci pour ta joie de vivre et ton soutien infaillible. À notre amitié.

À Pauline, aux bons moments partagés, à notre amitié. Merci Popo.

À Raph et Elo, Rémi, Yoan, Gêrôme, merci pour les folles soirées et les si bons souvenirs.

À mes amies de toujours,

À Marianna,

À notre amitié inconditionnelle et immuable.

Merci d'être là.

À Isa,

Au temps qui passe et qui n'efface rien. La vie est belle et tu le sais ! Merci pour cette amitié.

Liste des abréviations

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé

SSC : Soins Sans Consentement

SAMU : Service d'Aide Médicale Urgente

ERIC : Equipe Rapide d'Intervention de Crise

HAS : Haute Autorité de Santé

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

SDT : Soins à la Demande d'un Tiers

MCC : Nom du logiciel utilisé chez SOS Médecins

HSC : Hospitalisation Sous Contrainte

CMU : Couverture Mutuelle Universelle

ADT : Admission à la Demande d'un Tiers

CHEM : Collège des Hautes Etudes en Médecine

TABLES DES MATIERES

I. Résumé.....	18
II. Introduction.....	20
III. Matériel et méthodes.....	22
A. Recherche bibliographique.....	22
B. Choix du type d'enquête.....	22
C. Elaboration du guide d'entretien.....	22
D. Recrutement.....	23
E. Recueil des données.....	23
F. Méthode d'analyse.....	24
IV. Résultats.....	25
IV.1. Patients ayant participé à l'étude et entretiens.....	25
IV.2. Analyse des résultats.....	26
A. Le contexte.....	26
1. Une complexité organisationnelle.....	26
2. Le vécu de l'intervention selon le cadre.....	27
3. Notion de dangerosité potentielle, y faire face.....	28
B. La place du médecin dans le réseau.....	30
1. Les rôles du médecin.....	30
2. Les difficultés du médecin.....	31
C. Ethique et déontologie.....	34
1. La notion de responsabilité perçue par les médecins.....	34
2. La prise de décision médicale.....	35
3. Un acte pas anodin.....	36
4. Le cadre légal et ses limites.....	37
D. Ressenti.....	38
1. Le ressenti des médecins.....	38
a. Des sentiments contradictoires.....	38
b. Des ressentis spécifiques concernant autrui.....	39
c. Le vécu et l'expérience.....	40
2. Le retentissement des interventions sur les médecins.....	41
a. Des conséquences psychologiques.....	41
b. L'absence réelle d'influence psychologique.....	42
c. Doute sur un impact émotionnel.....	43
E. La communication.....	43
1. Les intérêts du dialogue.....	43
2. Les recours en cas de difficultés.....	44
3. Besoin de soutien psychologique.....	46
4. Remise en question.....	46

F. La formation.....	47
1. Sentiments autour de la formation médicale.....	47
2. Souhaits de formation évoqués.....	48
V. Discussion.....	50
A. Les forces de cette étude.....	50
B. Les limites et les biais.....	50
C. Discussion des résultats.....	51
1. La réponse aux urgences psychiatriques.....	51
a. Des dispositifs variables pour une réponse commune et cohérente.....	51
b. Une évaluation compliquée de la dangerosité psychiatrique.....	51
2. Une décision adaptée à la pratique de SOS Médecins malgré quelques difficultés.....	52
3. La contrainte, entre respect des libertés individuelles et nécessité de soins.....	53
4. Ressentis et répercussions psychologiques du vécu sur les médecins.....	54
a. Expérience vécue et ressentis.....	54
b. Mise en évidence de réactions psycho-traumatiques aux interventions.....	55
5. Des échanges constructifs, indispensables voire même thérapeutiques.....	56
6. Formations : perspectives de changements pour une modernisation des pratiques.....	57
VI. Conclusion.....	59
Permis d'imprimer	
Bibliographie.....	61
Annexes.....	64
Annexe 1. Guide d'entretien.....	64
Annexe 2. Mail d'inclusion des participants à l'étude.....	66
Annexe 3. Formulaire de consentement.....	67
Annexe 4. Questionnaire de recueil des caractéristiques des médecins interrogés.....	68
Annexe 5. Arbres thématiques.....	69

**Quels sont les ressentis des médecins en charge d'initier
une procédure de soins psychiatriques sous contrainte ?**

Vécu des urgentistes de SOS Médecins en Ille-et-Vilaine, exploré par une enquête qualitative

*What is the psychological impact on doctors responsible for initiating
a process of involuntary psychiatric commitment ?*

The experience of doctors from SOS Médecins in Ille-et-Vilaine, through a qualitative study

I. RESUME

Contexte : Les situations d'urgences psychiatriques sont spécifiques et mobilisent de nombreux intervenants qui travaillent en temps réel, en collaboration étroite, formant un réseau opérationnel de professionnels. Les praticiens de SOS Médecins sont fréquemment sollicités pour intervenir dans ce genre de situations afin d'initier et de mettre en œuvre, si besoin une procédure de soins sous contrainte. L'objet du travail est d'explorer le vécu de ces médecins en visite à domicile, confrontés à l'expérience de l'hospitalisation sous contrainte et exposés potentiellement à la dangerosité du patient. Le but est aussi d'identifier leurs craintes et difficultés et d'essayer de comprendre leur ressenti psychologique.

Méthode : Une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, a été menée auprès des médecins de SOS Médecins, à Rennes et à Saint-Malo. Tous les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Une analyse thématique par codage a été réalisée.

Résultats : Quinze entretiens ont été analysés. Cette étude montre que la gestion de ces situations s'avère complexe, tant sur un plan organisationnel que sur un plan humain et éthique. D'autre part, les médecins sont soumis à un stress professionnel lors des interventions. L'étude met en évidence des réactions psycho-traumatiques touchant certains praticiens. Ces troubles correspondant au registre du syndrome de répétition, indiquent que ces interventions ont des conséquences psychologiques négatives sur certains médecins. L'impact mémoriel traumatique qui en résulte témoigne d'un stress important.

Conclusion : Ces résultats interrogent sur la place du dialogue et du soutien psychologique dans la prise en charge de ces professionnels, soumis à un stress récurrent. Dans un souci de prévention des conséquences psychologiques sur le long terme, il semble utile de sensibiliser les praticiens de SOS Médecins à ce risque, à la possibilité de le méconnaître et à celle d'une aide les concernant. Aussi, l'accent doit être mis sur la formation pratique. Des propositions de formations des praticiens par des séances de simulations de situations cliniques d'urgences psychiatriques, semblent être une piste à développer.

Mots clés :

hospitalisation sous contrainte, urgences psychiatriques, intervention de crise, ressenti psychologique, dangerosité, SOS Médecins, recherche qualitative

I. ABSTRACT

Background : Psychiatric emergency situations are specific and require many healthcare professionals whose work, in real time, and close cooperation, form an operational network of medical experts. Medical practitioners from SOS Médecins are often solicited to intervene in this kind of situation in order to initiate and establish a process of involuntary commitment, where necessary. The objective of our study is to explore the work experience of doctors who, while on house calls, have to face the possibility of an involuntary commitment and who must also face a potentially dangerous patient. Its goal is also to identify the doctors' fears and struggles faced with these situations in order to try to understand the psychological impact they have.

Method : Through semi-directed individual interviews, a qualitative study was conducted on doctors from SOS Médecins, in Rennes and in Saint-Malo. Every interview was recorded and fully transcribed, after which a thematic analysis by coding was made.

Results : Fifteen interviews were analysed. This study shows that handling these situations is somewhat complex on an organisational level as well as on a human and ethical level. Moreover, doctors are subject to a large amount of stress while on house calls. Our study highlights psycho-traumatic reactions which some doctors experience. These psychological reactions, which correspond to a repetition syndrome category, indicate that these interventions have negative psychological consequences on some doctors. The impact that this kind of trauma can have is evidence of a great deal of stress.

Conclusion : These results lead us to reassess the importance of instituting a dialogue and a form of emotional support when it comes to taking care of these doctors who are subject to recurring stress. If we are to prevent long term psychological consequences, it would be useful to make doctors from SOS Médecins aware of this risk and their potential complacency when it comes to this issue, as well as explain that help and support can be made available to them. Also, it seems to be necessary to emphasize practical training. One option that could be worth exploring is offering to train these doctors using staged sessions of clinical situations of psychiatric emergencies.

Key words :

involuntary commitment, psychiatric emergency, crisis intervention, psychological impact, dangerousness, SOS Médecins, qualitative research

II. INTRODUCTION

La santé mentale est au cœur du débat de santé publique et représente un enjeu sociétal majeur en France. L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) considère que cinq des dix pathologies les plus préoccupantes au vingt et unième siècle concernent la psychiatrie : schizophrénie, troubles bipolaires, addictions, dépression et troubles obsessionnels compulsifs (1).

En phase de décompensation aiguë, certaines maladies mentales altèrent la capacité de jugement de la personne, notamment celle d'adhérer à des soins qui lui sont indispensables. La conséquence peut être la mise en œuvre de soins contre la volonté du patient.

Magali Coldefy, dans son étude de février 2017, pour l'Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (IRDES), révèle que la fréquence des soins sans consentement est en hausse. En 2015, en France, plus de 92 000 personnes ont été prises en charge au moins une fois sans leur consentement en psychiatrie. On note une hausse sensible de ce chiffre depuis 2012 (2).

En France, le dispositif de soins sans consentement (SSC) s'inscrit dans un cadre légal (3).

Il est encadré par la loi du 5 juillet 2011 modifiée le 27 septembre 2013 et est de quatre types :

-SPDT : Soins Psychiatriques, sur décision du directeur d'établissement, à la Demande d'un Tiers (4).

-SPDTU : Soins Psychiatriques, sur décision du directeur d'établissement, à la Demande d'un Tiers en Urgence (5).

-SPPI : Soins Psychiatriques, sur décision du directeur d'établissement, sans tiers en cas de Péril Imminent (4).

-SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande du Représentant de l'Etat (6).

La décision de soins sans consentement qui revient au médecin doit être « motivée ». Elle est alors basée sur des critères cliniques permettant de justifier que le patient ne peut consentir aux soins qui lui sont proposés. Elle inclut la nécessité du caractère immédiat de la mesure et les éléments de gravité clinique nécessaires à la graduation de la contrainte.

Pour rappel, la loi du 4 mars 2002 indique que le consentement aux soins demeure la règle et doit toujours être recherché par le médecin (7).

Le plan gouvernemental « Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 » nous rappelle que « la psychiatrie est la seule discipline où le soin est en lien avec l'ordre public et peut impliquer une restriction des libertés individuelles. » (8).

Les dispositifs de réponse aux urgences psychiatriques et aux situations de crise sont variables sur le territoire français et répondent à la notion de sectorisation psychiatrique (9).

Les situations d'urgences psychiatriques sont complexes et mobilisent de nombreux intervenants pré-hospitaliers, dont la coordination peut être du ressort du Centre 15 (SAMU) (10).

C'est dans ce contexte d'urgence que revient au médecin de poser l'indication d'une hospitalisation sous contrainte d'une personne présentant des troubles mentaux. Il est alors en charge de rédiger le certificat médical obligatoire y afférant, en respectant des formes et des obligations précises.

Les médecins de SOS Médecins sont fréquemment sollicités pour répondre à ce type d'urgence (11–14). Ils interviennent à la phase initiale de la procédure, le plus souvent au domicile du patient. Ces contextes d'interventions spécifiques exposent les médecins à des situations inconnues, potentiellement violentes. D'autre part, la dimension distincte du caractère non consenti des soins apporte à ces visites un caractère inhabituel, non assimilable aux autres actes courants, en médecine générale.

Après recherches bibliographiques, nous avons pu trouver des travaux qui s'intéressent au vécu des médecins dans ces situations de crise.

L'étude de Robin *et al.*, présente le dispositif ERIC (Equipe Rapide d'Intervention de Crise) situé en région parisienne. Cette équipe mobile constituée de psychiatres et d'infirmiers, intervient en urgence au domicile des patients en crise psychiatrique aiguë. L'étude révèle que les difficultés rencontrées par l'équipe sont de deux ordres : l'effet de « burn-out », notamment pour les médecins et le caractère menaçant voire potentiellement dangereux de certaines situations (15).

Dans ses recommandations intitulées « Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en service de psychiatrie », la Haute Autorité de Santé (HAS) rappelle un risque accru de violences au moment de l'admission de certains patients ayant des troubles psychiatriques en phase aiguë. Par ailleurs, elle rapporte plusieurs études révélant des impacts psychologiques négatifs chez des soignants victimes de violences, voire d'agression (16).

Une étude qualitative réalisée à Brest par Maucort *et al.*, s'intéresse au ressenti des médecins généralistes face à la prise d'une décision d'hospitalisation sous contrainte, à partir d'un cas vécu (17). Il en ressort que l'acte est difficile et complexe à réaliser pour les médecins généralistes peu habitués à cette pratique. Par ailleurs, dans cette étude est posée la question de confier plutôt cette mission à des médecins n'ayant pas d'implication dans le suivi du patient (SOS Médecins, SAMU). L'idée implicitement évoquée étant de faire intervenir des professionnels spécialistes des questions de l'urgence, ouvrant les possibilités d'une optimisation de la prise en charge des patients.

A notre connaissance, il n'existe pas d'étude orientée sur le ressenti des praticiens de SOS Médecins dans ces situations d'hospitalisation sous contrainte, qui sont pourtant pourvoyeuses d'un grand nombre d'actes dans ce domaine.

Cette étude qualitative a pour objectif d'explorer le vécu des médecins de SOS Médecins Rennes et Saint-Malo en visite à domicile lors de situations d'urgences psychiatriques nécessitant une hospitalisation sous contrainte.

Nous situerons tout d'abord le contexte dans lequel ces médecins interviennent et nous préciserons leur place et leurs difficultés au sein du réseau.

Nous essayerons ensuite de comprendre leurs ressentis et les retentissements psychologiques qui en découlent, au moment de cette prise de décision importante.

Enfin, nous aborderons les problématiques de collaboration entre professionnels et celle de la formation, indispensables à la cohésion et permettant de donner du sens à la pratique.

III. MATERIEL ET METHODES

A. Recherche bibliographique

La recherche documentaire a été réalisée en priorisant Google Scholar®, à l'aide des mots-clés « hospitalisation sous contrainte », « urgences psychiatriques », « intervention de crise ». Des thèses et mémoires de confrères ont été consultés sur le catalogue SUDOC et la base de données DUMAS. Ces recherches ont été complétées par la lecture de rapports de la HAS, de rapports gouvernementaux et de littérature « grise ». Ces documents collectés ont été référencés et organisés au sein du logiciel Zotero®.

B. Choix du type d'enquête

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive, multicentrique, par entretiens individuels semi-dirigés.

L'objet du travail est d'appréhender la complexité des comportements humains, en explorant le vécu des médecins de SOS Médecins Rennes et Saint-Malo en visite à domicile ou au sein de l'hôpital, confrontés à l'expérience de l'hospitalisation sous contrainte, exposés potentiellement à la dangerosité du patient. Ce travail permet aussi d'identifier leurs craintes et difficultés et d'essayer de comprendre leur ressenti psychologique.

La démarche est celle d'une recherche de sens, dans le but d'étudier les comportements, le vécu, les opinions, les réactions, les représentations et de comprendre un phénomène social. C'est pourquoi la méthodologie qualitative s'est avérée être la plus adaptée à notre étude. Le choix de la méthode est donc celle de la phénoménologie interprétative.

La recherche qualitative est définie par Paillé et Mucchielli (18) comme « une démarche discursive de reformulation, d'explicitation ou de théorisation de témoignages, d'expériences ou de phénomènes. [...] Son résultat n'est, dans son essence, ni une proportion ni une quantité, c'est une qualité, une dimension, une extension, une conceptualisation de l'objet. [...] L'analyse qualitative vise en fait à construire des descriptions et des interprétations. Elle est au service de la quête *du sens* des actions et expériences humaines. »

« La recherche qualitative ne cherche pas à quantifier ou à mesurer, elle consiste le plus souvent à recueillir des données verbales permettant une démarche interprétative. » (19).

C. Elaboration du guide d'entretien

Un premier guide d'entretien a été réalisé (cf Annexe 1) en août 2017, à l'aide de la littérature.

Composé de questions ouvertes, il est articulé en deux parties. La première partie concerne des questions sur le vécu du médecin (l'organisation des interventions, la place du médecin, la dangerosité potentielle du patient). La deuxième partie s'intéresse au ressenti psychologique du médecin et à l'éthique.

Les questions ouvertes n'ont pas forcément été abordées dans l'ordre au cours des entretiens, dans le but de recueillir un discours le plus spontané possible. Par ailleurs, les silences ont été respectés pour permettre à l'interviewé de construire son discours et formuler au mieux ses réponses. En cas de besoin, des reformulations et/ou des questions de relances ont été posées, dans le but d'encourager le dialogue, sans pour autant l'influencer (20).

Ce guide a été adapté après deux premiers entretiens exploratoires. Il a ensuite évolué au fur et à mesure des entretiens. Il a été rédigé sous deux versions différentes, l'une employant le tutoiement et l'autre le vouvoiement, afin de permettre à l'enquêteur une plus grande aisance.

D. Recrutement

Nous avons récupéré la liste des 27 médecins de SOS Médecins de Rennes et de Saint-Malo.

Le recrutement des participants à l'étude s'est effectué dans un premier temps par courriel (cf Annexe 2) auprès des ces derniers. Le travail de thèse y était présenté succinctement, ainsi que le déroulement des entretiens.

En l'absence de réponse au courriel initial, un courriel de relance était renvoyé dans les quinze jours.

Ont été inclus dans l'étude les médecins, titulaires et remplaçants réguliers, ayant été confrontés lors de visites à domicile à des situations d'hospitalisation sous contrainte.

Les médecins ayant participé à l'élaboration du projet de l'étude ont été exclus.

La date et l'horaire du rendez-vous ont été choisis par l'interviewé, afin de maximiser sa disponibilité.

Un courriel de confirmation de rendez-vous a été systématiquement envoyé au médecin deux jours avant l'entretien.

Le recrutement a été effectué jusqu'à saturation des données (quand les nouvelles informations sont redondantes et ne fournissent plus d'éléments nouveaux à la recherche).

E. Recueil des données

Le recueil des données a été effectué de septembre 2017 à décembre 2017, par la réalisation d'entretiens individuels semi-dirigés, dans les locaux de SOS Médecins à Rennes et à Saint-Malo où un bureau calme a été mis à disposition. Exceptionnellement, l'un des entretiens a été réalisé au domicile de l'un des médecins.

Le consentement écrit de chacun des participants a été recueilli avant le début de chaque entretien (cf Annexe 3). Il était relatif à l'enregistrement des entretiens, à l'anonymisation des propos et l'utilisation des données recueillies pour le travail de thèse.

De plus, au début de chaque entretien le médecin était invité à remplir un questionnaire succinct afin de nous renseigner sur son profil (cf Annexe 4).

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone « Olympus WS-300M ».

Ils ont ensuite été retranscrits intégralement (propos aussi appelés verbatim), de façon strictement anonyme, à l'aide du logiciel Word® et avec l'aide du logiciel de reconnaissance vocal « Spechnotes ».

Pour faciliter la lecture des verbatim, précisons que ces derniers ont été systématiquement introduits par un « M » suivi d'un chiffre, correspondant au nom de code donné pour chacun des médecins interviewés, toujours dans le but de préserver leur anonymat.

Tout au long de ce travail, un « logbook » a été réalisé par l'enquêteur, au sein duquel l'avancement de la thèse a été tracé, les idées émergentes notées, les réunions de rencontres avec le directeur de thèse synthétisées. Cet écrit évolutif et personnalisé a permis de référencer la progression de l'étude.

F. Méthode d'analyse

L'analyse des données a été réalisée par la méthode d'**analyse thématique du contenu**, définie par Paillé et Mucchielli. (18)

Pour chaque entretien, les verbatim ont été découpés puis codés, selon un **codage thématique**. L'étude des textes a permis un **relevé linéaire de thèmes**. A chaque thème ont été associés des extraits de verbatim. Ces thèmes ont ensuite été regroupés sous forme d'**axes thématiques**. Le tout réalisant un **regroupement thématique**.

Une **grille d'analyse** évolutive au fur et à mesure de l'analyse des entretiens a été réalisée à l'aide du logiciel Excel®.

Des **arbres thématiques** ont ensuite été élaborés (cf Annexe 5) pour la finalisation de l'étude.

Une double analyse des données a été réalisée avec l'aide d'un intervenant extérieur pour les trois premiers entretiens afin d'augmenter la qualité des résultats.

IV RESULTATS

IV.1. Patients ayant participé à l'étude et entretiens

Parmi les 27 médecins travaillant chez SOS Médecins Rennes et Saint-Malo, trois ont été exclus de l'étude d'emblée pour avoir participé à son élaboration. Au total, 24 médecins ont été contactés. Six médecins n'ont jamais répondu à la sollicitation malgré un courriel de relance. Deux ont répondu négativement, par manque de disponibilité. Un médecin a annulé le jour même du rendez-vous.

Les caractéristiques sociodémographiques des participants à l'étude sont présentées dans le tableau 1.

Quinze entretiens ont été réalisés de septembre 2017 à décembre 2017.

Ces entretiens ont duré entre 16 minutes et 54 minutes pour une **durée totale de 7 heures 55 minutes 56 secondes** d'enregistrement. La durée moyenne de chaque entretien est de 31 minutes 43 secondes.

Onze entretiens se sont déroulés au local de SOS Médecins à Rennes, trois à Saint-Malo et un au domicile d'un des médecins à sa demande.

La saturation des données a été obtenue à partir du treizième entretien et confirmée par les deux derniers.

Afin de respecter la rédaction sous format article de ce travail, nous avons fait le choix concerté, de ne pas inclure les verbatim sous format papier. Néanmoins, ils sont disponibles en intégralité sous forme dématérialisée grâce au CD-ROM joint.

N° entretien	GENRE	AGE	Statut marital	Enfants	Années d'expérience chez SOS	Statut	Implication dans la formation médicale	Durée de l'entretien
1	M	38	marié	non	2 ans 1/2	titulaire	non	29'30''
2	M	61	marié	oui	7 ans 1/2	titulaire	non	54'35''
3	M	31	célibataire	non	3 ans	titulaire	MSU	25'25''
4	M	48	pacsé	non	3,5 ans	titulaire	MSU	28'40''
5	M	29	concubinage	non	2 ans	remplaçant régulier	non	29'19''
6	M	35	marié	oui	3,5 ans	titulaire	non	32'50''
7	F	32	pacsé	non	4 ans	titulaire	non	41'29''
8	M	29	concubinage	oui	1 an	remplaçant régulier	non	44'45''
9	M	56	marié	oui	14 ans	titulaire	non	25'50''
10	M	40	marié	oui	8 ans	titulaire	MSU	26'00''
11	M	33	marié	non	6 ans	titulaire	non	16'18''
12	F	43	marié	oui	11 ans	titulaire	non	18'40''
13	M	31	célibataire	non	1 an 1/2	remplaçant régulier	non	21'05''
14	M	31	marié	non	2 ans	titulaire	non	49'50''
15	F	30	célibataire	non	2 ans	associée temporaire	non	31'40''
TOTAUX	12 Hommes 3 Femmes	moyenne: 37,8 ans	8 mariés 2 pacsés 2 concubinages 3 célibataires	9 non 6 oui	10: Entre 0 et 5 ans 3: Entre 5 et 10 ans 2: Plus de 10 ans	11 titulaires 3 remplaçants réguliers 1 associé temporaire	3 MSU	Durée totale : 7h 55min 56 sec

Tableau 1 : caractéristiques socio-démographiques des participants à l'étude.

MSU : Maître de Stage Universitaire

IV.2. Analyse des résultats

A. Le contexte

1. Une complexité organisationnelle

Chaque intervention est effectuée dans le cadre d'une **procédure régulée par le centre 15**. M2 : « *Nous intervenons sur demande du 15.* » M5 : « *Alors, dans tous les cas, je rappelle le SAMU, parce que c'est le SAMU qui nous a envoyé sur les hospitalisations à la contrainte.* »

Un grand nombre de médecins interrogés, relatent la nécessité de **recueillir des informations en amont**, pour connaître au mieux la situation sur place. M14 : « *Soit le motif est un peu bizarre, il n'y a pas la police sur place ou pas les ambulances ou j'ai un doute sur le fait qu'elles soient sur place et dans ce cas-là j'appelle. J'appelle la personne qui a appelé en disant qu'est-ce qui se passe ? [...] Pour prendre la température sur place. Savoir quelle est la situation clinique.* »

Ces situations font intervenir un **réseau d'intervenants complexe**. M5 : « *C'est compliqué, on arrive il y a souvent quelqu'un sur place, la police, on arrive là tout seul au milieu de parfois dix personnes.* » M14 : « *Et en fait en arrivant dans l'appartement, il y a toujours beaucoup de monde sur les situations d'HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers, NdT). Fréquemment il y a beaucoup de monde, puisqu'il y a deux ambulanciers, trois policiers au minimum, un patient, la famille.* »

Quelques médecins évoquent la notion du **travail en équipe**. M9 : « *Donc ça c'est important. Le travail en équipe au niveau de l'ensemble des intervenants, sur ce genre de coup. Que ça soit les transporteurs, les policiers, enfin les forces de l'ordre, que ce soit gendarme ou police nationale et nous. Ça permet une grande fluidité.* »

D'autres insistent sur **l'importance du dialogue avec le patient et avec le/les tiers**. M7 : « *Déjà expliquer aux gens pourquoi tu es là. Si on peut, on discute un peu avec les proches avant. Moi je discute aussi avec le patient, parce qu'il faut avoir les « deux sons de cloches ».* »

Pour un grand nombre de médecins interrogés, lors de ces visites à domicile, le rôle du médecin est celui de **chef d'orchestre des opérations**. M1 : « *Bah c'est toi le chef d'orchestre. De toute façon les policiers obéissent à ta demande.* » M14 : « *Donc non, le médecin il doit se positionner en leader. Il doit se positionner en chef de l'équipe, rassurer tout le monde. Mettre tout le monde à un bon rôle. Chacun sait ce qu'il doit faire maintenant et ce qu'on attend de lui. Et c'est pareil dans l'HDT.* »

Par ailleurs, deux médecins abordent la **complexité du rôle managérial** qui leur incombe. M12 : « *C'est compliqué à gérer. Gérer le patient ! Gérer la famille ! Gérer les ambulanciers ! Gérer les forces de l'ordre ! On se retrouve un peu chef d'orchestre. Et on n'est pas formés pour ça je pense.* » M14 : « *Pas des opérations de secours mais le directeur médical sur place c'est-à-dire c'est nous qui manageons médicalement la situation. Et donc comme tout tient à la question médicale, de savoir s'il y a une contrainte ou pas, en fait on dirige tout sur place. Et c'est là que c'est difficile. C'est-à-dire qu'il faut se placer en chef d'orchestre et savoir replacer les gens qui sont là à leur place.* » M14 : « *Ça m'a marqué parce que la situation de management initiale, elle était compliquée.* »

Spontanément, plusieurs médecins font un **parallèle avec les situations d'urgence**. M3 : « Ça se rapproche un peu de ça quand même... ouais ça se rapproche quand même de cette prise en charge du coup en urgence où il faut penser à plein de choses. La SDT (Soins à la Demande d'un Tiers, NdT) c'est un peu ça. On a moins de moyens sur place mais il faut qu'on pense un peu à tout quoi. A organiser bah du coup que l'ambulance soit là, que la police soit là. Bien expliquer à la famille qu'est-ce qu'on fait. Bien expliquer aux patients qu'est-ce qu'on fait. Proposer éventuellement des médicaments enfin... » M14 : « Ça me fait penser, c'est la même situation que pour les arrêts cardiaques. »

Ces situations sont vécues pour deux médecins, comme étant des **situations de crise**. M2 : « De toute façon, notre rôle n'est pas de faire le diagnostic. Enfin en tout cas, pas le diagnostic pathologique mais le diagnostic de situation de crise. »

Plusieurs médecins expriment la nécessité d'**agir efficacement et avec rigueur**. M3 : « Oui, où il faut être vraiment... de par son attitude, de par ses gestes, de par ce qu'on va dire, il faut vraiment être très très carré euh... [...] Voilà, pour expliquer ce qui se passe il faut prendre le temps et en même temps il faut aller vite quoi. Parce qu'on ne peut pas laisser le patient non plus avec l'ambulance, avec tous les moyens qui sont déployés, pendant une demi-heure dans la maison quoi. »

Enfin, pour deux d'entre eux, il est nécessaire d'**analyser chaque situation de manière fine et rapide**. M9 : « Mais bon ça a une technicité. Ça nécessite un peu de finesse psychologique. » M14 : « Et donc euh... ce qui est difficile dans cette situation là, alors on pourra en reparler mais c'est qu'il faut démêler en très peu de temps l'histoire. »

2. Le vécu de l'intervention selon le cadre

Plusieurs médecins expriment une **grande différence de ressenti** entre les situations d'hospitalisation sous contrainte réalisées en visite à domicile et celles réalisées à l'hôpital. M11 : « Ah oui ! Alors je vis les choses oui de façon complètement différente. » M12 : « Ah ben oui ! On n'est plus du tout dans les mêmes conditions. »

Tout d'abord, **la visite à domicile** s'effectue dans un **environnement particulier** et dans **des conditions inhabituelles**. M15 : « Après il y a des difficultés... je me suis rendue compte de difficultés un peu techniques de ça. Où est-ce que tu te mets pour faire les papiers enfin des trucs auxquels on ne pense pas. Mais en fait quand tu as quelqu'un dans une maison qui est susceptible de péter un câble s'il te voit écrire un truc et que tu te retrouves dans la salle de bain ou sous la pluie... »

La visite à domicile est une immersion dans l'intimité du patient. **Intimité qui est parfois le reflet de l'état mental du patient**. M4 : « Et c'est important presque plus d'aller à domicile, parce que quand on va au domicile d'une personne on voit parfois l'intérieur de sa tête. Un domicile où c'est le grand boxon, c'est que la personne est complètement perdue. Un domicile à l'inverse trop propre trop carré, ça sent le paranoïaque à plein nez. Enfin bon... On a comme ça un petit pressentiment, enfin un petit ressenti à l'arrivée. »

Pour certains médecins ces interventions peuvent être **à risque**. M2 : « Mais c'est généralement, dans les interventions en ville, que... il faut vraiment faire attention quoi. »

En outre, au domicile, pour l'un des médecins, **la prise de décision semble facilitée par la présence du tiers**. M7 : « Bah à domicile je trouve ça plus simple en fait. Parce que tu as le tiers. »

Par ailleurs, un certain nombre de médecins, se sentent **plus en sécurité** lors des interventions **en milieu hospitalier**. M4 : « *Mais enfin il y a un cadre mieux maîtrisé à l'hôpital, c'est évident. C'est plus adapté.* »

M9 : « *Ah bah c'est beaucoup plus sécurisé à l'hôpital. Puisque à l'hôpital en fait, il est déjà quelquefois contentonné. En tout cas il est dans une chambre d'isolement.* » M11 : « *Mais par contre oui, c'est beaucoup plus cadré. Et je vais te dire que j'y vais peut-être moins avec la boule au ventre quand je vais à Guillaume Régnier, à l'hôpital.* » Cependant, la **prise de décision semble vécue comme étant plus complexe** en milieu hospitalier.

A plusieurs reprises, quelques médecins évoquent une **décision facilitée par la présence des soignants spécialisés**. M8 : « *On se fie beaucoup à ce que nous disent les autres soignants qui les ont déjà vus. Là je pense que notre boulot à ce moment-là, c'est de venir en aide au psychiatre. [...] Et puis les infirmiers psy, ils connaissent leur boulot. Voilà... à mon avis... je leur fais aussi relativement confiance au personnel de Guillaume Régnier.* »

En revanche, d'autres médecins parlent de leur **difficulté à évaluer le patient et de leur doute quant à aller à l'encontre parfois de l'avis du spécialiste**. M7 : « *Ah c'est pas toujours évident. Moi j'ai toujours un peu de mal, par contre à Guillaume Régnier. [...] Mais alors des fois c'est compliqué de donner un avis contraire parce que moi j'estime que je ne suis pas le spécialiste. Et des fois, tu vois les gens ils sont sédatisés... C'est pas facile, à Guillaume Régnier c'est pas facile.* »

A l'inverse, un seul des médecins a tendance à **avoir pleinement confiance en l'avis du psychiatre**. M12 : « *Je ne sais pas si ça fait partie de ton travail mais moi j'ai tendance à faire confiance quand même aux spécialistes qui nous demandent de passer pour faire ce certificat. Je pense que s'ils ont estimé que c'était nécessaire, euh... je vais ne pas aller à l'encontre parce que le patient est sédaté et que je ne peux pas l'entendre me parler de son délire etc...* »

3. Notion de dangerosité potentielle, y faire face

De manière unanime, les médecins reconnaissent que le **caractère de dangerosité réelle** du patient est **rare**. M3 : « *Y'a pas trop de violences, trop de choses comme ça. C'est extrêmement rare qu'il y ait de la violence envers les médecins. En tout cas à SOS Médecins Rennes. Pour l'instant...* » M9 : « *Après j'ai rarement eu... enfin j'ai très rarement eu des problèmes de violence hein.* »

Trois médecins **redoutent** une situation dangereuse. M7 : « *Bah en général ça se passe bien, c'est toujours pareil mais... Mais tu ne sais pas chez qui tu vas.* »

Globalement, les médecins ont **conscience du risque** qu'ils encourent potentiellement. M9 : « *En règle générale on s'en sort bien hein. Mais bon ça reste effectivement très aléatoire. J'imagine qu'on doit pouvoir avoir des soucis. C'est le seul moment réellement où on peut se mettre en situation de danger dans notre métier.* »

Pour l'un d'entre eux, ce danger potentiel est imprévisible et reste **difficile à évaluer**. M8 : « *Mais je pense qu'à force d'en avoir vu euh... je pense qu'on ne peut pas imaginer le degré de dangerosité maximale d'une personne. Ce n'est pas possible, même en ayant beaucoup d'expérience.* »

Pour faire face à ce danger potentiel, **les médecins adoptent une attitude** particulière.

Pour un certain nombre de médecins, il est primordial de se **mettre en sécurité**. M8 : « *Donc je pense qu'il faut toujours surtout toujours se protéger. Mon attitude moi c'est de me dire que je ne suis pas là pour me prendre une beigne.* » M11 : « *Face à la dangerosité toujours prendre de la distance. [...] Mais non, je n'ai pas mis en place de chose particulière si ce n'est toujours prendre un peu de distance, me protéger, avoir mon sac pas loin.* »

Pour d'autres, la mise en sécurité passe par l'**anticipation du danger potentiel**. M11 : « *Mais oui j'essaie quand même de m'assurer qu'il n'y a pas de souci, qu'il n'y a pas de mise en danger, c'est surtout ça.* » M14 : « *C'est-à-dire d'avoir repéré avant d'arriver la situation potentiellement à risque de violence.* »

Pour deux d'entre eux, l'**analyse de l'environnement** apparaît comme un point essentiel. M2 : « *Je regarde discrètement un petit peu autour comment ça se présente. Voir même je fais le tour des pièces pour prendre l'ambiance quoi.* »

Par ailleurs, d'autres médecins témoignent de la nécessité de prendre **une posture adaptée** accompagnée d'une **empathie** certaine. M2 : « *(Interruption) donc il faut avoir une parole d'accompagnement, il faut essayer d'avoir une parole bienveillante. [...] Ma manière de se positionner, se positionner positivement, à formuler des paroles de manière positive... euh... à ne pas se heurter de front. [...] Eviter de dire non. Eviter de contrarier la personne. Essayer de marquer une certaine empathie. Euh... parfois une compassion, bon. Mais en tout cas une empathie. Euh... et puis, essayer de diriger la personne vers une issue qui serait positive ou du moins... euh... de nature à l'accompagner dans le processus.* » M12 : « *Et c'est sûr qu'il faut rester très calme déjà.* »

Enfin deux autres médecins font confiance à leur instinct, **leur feeling**. M3 : « *Je pense que c'est assez facile rien qu'au contact, rien qu'en regardant la personne agir parler ou autre, d'évaluer un peu son agressivité. C'est pas forcément évident tout le temps mais la plupart du temps, on arrive quand même à sentir les choses, à savoir si la personne est ouverte au dialogue ou pas tout simplement...* »

Dans ce contexte complexe, l'un des médecins témoigne de la notion de **rapport de force** entre lui et le patient. M8 : « *Je sais que notre principal atout dans ce cas-là c'est... de toute façon on rentre dans un rapport de force. C'est l'intimidation.* »

Aux yeux d'un grand nombre de médecins, **la présence de la police est protectrice**. M7 : « *Mais c'est parce qu'ils sont là que ça se passe bien. Parce que les gens voient la police quoi et du coup ça se passe bien.* »

Pour d'autres, la protection passe par l'**importance de l'effet de nombre**. M4 : « *Sauf que le nombre de personnes intervenant dans une HDT, est inversement proportionnel à la violence de l'intervention. C'est-à-dire que si on est cinq, il ne se passe jamais rien. Si on est deux, trois, il y a un petit risque.* »

Par ailleurs, un bon nombre de médecins insistent sur la nécessité de rencontrer le patient en petit comité afin d'**instaurer un climat de confiance** auprès de ce dernier. M5 : « *Voilà, je trouve que finalement on arrive à instaurer un climat un peu plus de confiance, quand on est en tête-à-tête ou en petit nombre, que quand on est...* »

B. La place du médecin dans le réseau

1. Les rôles du médecin

Premièrement, **les rôles traditionnels du médecin** sont abordés à plusieurs reprises.

Quelques médecins rappellent leur fonction première lors de ces interventions, qui est avant tout une fonction **médicale**. M3 : « Bah c'est mon rôle de... médecin hein qui vient du coup attester que la personne nécessite des soins. Je suis vraiment dans le soin, comme je disais, je ne fais jamais du coup d'intervention physique auprès des patients. », voire même **médico-légale**. M2 : « Bah, notre rôle euh... il n'y a qu'un... il n'y a que le médecin qui peut prononcer l'hospitalisation sous contrainte donc le rôle est médico-légal. »

Ils sont plus nombreux à évoquer spontanément leur rôle de **décisionnaire**. M7 : « Je suis le décisionnaire. C'est moi qui dis, toi tu vas là, toi tu vas là, etc..., etc... »

Parmi tous, un seul d'entre eux insiste sur les **capacités d'adaptation** du médecin, nécessaires au bon déroulement de ce genre de visite à domicile. M13 : « Donc après on est obligé de s'adapter finalement à pas mal de situations. Il n'y a pas vraiment un protocole tout fait et heureusement. »

Un autre médecin nous fait part de sa volonté d'**inspirer confiance et de rassurer**. M14 : « Donc il faut rassurer tout le monde. Il faut montrer qu'on a les épaules pour porter la situation. Il faut en gros s'imposer. Pas s'imposer par la force hein mais c'est s'imposer par une posture, par le fait de rassurer les personnes qui ont besoin d'être rassurées. »

Deuxièmement, les médecins évoquent **des rôles plus spécifiques aux situations d'hospitalisation sous contrainte**.

Plusieurs **médecins** expriment le fait qu'ils soient **très attendus** par les différents intervenants selon les lieux d'intervention. M14 : « On est attendu. Quand on va à Guillaume Régnier, on est attendu par Guillaume Régnier. Quand on va à domicile, on est attendu par le SAMU, par les pompiers etc... On est attendu par plein de monde. »

D'autres témoignent de leur fonction de **négociateur**, M1 : « Et là, tu leur dis « non mais allez-y » parc 'que là parc 'qu'au début tu fais une négociation avec le patient quoi euh... » et de **modérateur** lors des échanges avec le patient et son entourage. M10 : « La présence du médecin fait tampon dans la procédure. »

Le sentiment d'avoir un rôle particulier, tel un **rôle d'exception**, émane de la bouche de certains médecins. M12 : « C'est un acte qui reste vraiment à part par rapport à notre activité autre en fait de médecin. »

L'un d'entre eux insiste sur le rôle **protecteur**, bénéfique qu'il joue auprès des patients. M4 : « Euh, voilà. Tu vois c'est, une HDT, on protège les gens. Enfin j'espère avoir un rôle plutôt bénéfique, en HDT [...] »

Certains médecins nous parlent de leur rôle de **contrôleur** au sein de la procédure. M6 : « Mais justement, je pense que les choses sont bien faites, on est là pour être un petit peu les garde-fous. »

Pour finir, les médecins témoignent de **leur rôle d'expert** inhérent à la pratique de SOS Médecins.

Plusieurs arguments sont exposés pour justifier ce propos.

Un certain nombre de médecins insistent sur **la fréquence des actes** d'hospitalisation sous contrainte au sein de leur pratique. M14 : « Deuxièmement parce que c'est une situation où il faut de la bouteille. Il faut avoir l'habitude, il faut en faire régulièrement. Nous on en fait toutes les semaines. »

M14 : « *Donc ça en l'occurrence SOS Médecins c'est notre grande force pour ça. C'est qu'il y a des situations comme ça, où il faut avoir l'habitude d'en faire. Je veux dire on a une expertise sur la question franchement. On a des compétences supplémentaires je pense de par notre expérience.* »

D'autres évoquent leur **habitude de l'exercice de terrain** et d'intervention au domicile des patients. M9 : « *La prise en charge à domicile ça s'apparente quand même à une activité très spécifique. Puisque c'est une activité que n'ont pas la plupart des autres médecins. C'est vraiment une activité très spécifique à SOS à mon sens.* »

Certains médecins nous rappellent qu'ils sont **des intervenants ponctuels** auprès de patients nécessitant des soins en urgence, ce qui facilite une prise de distance pouvant être utile. M2 : « *C'est plus la structure même enfin le style d'activité de la pratique SOS qui est propice à ça bien sûr. Qui nous fait rencontrer ces situations cliniques et qui permet aussi un peu de se distancier. Puisqu'on est des intervenants ponctuels.* »

Enfin trois médecins expliquent la **possibilité de réévaluer le patient 24h/24** si jamais ils décident de ne pas l'hospitaliser. M7 : « *C'est vrai que l'avantage de SOS Médecins on est dispo tout le temps. De toute façon ils nous rappellent. Ça passe souvent par nous. Donc on les revoit des fois ceux qu'on a laissés. Parce qu'ils ont appelé après.* »

2. Les difficultés du médecin

Parmi les difficultés qui émanent du discours des différents médecins, quatre thèmes ressortent.

Tout d'abord, les médecins évoquent des difficultés sur un **plan organisationnel**.

- Plus de la moitié des médecins abordent des difficultés de compréhension avec le SAMU.

Le bon déroulement de l'intervention est remis en cause en cas de **dysfonction procédurale en amont**. M7 : « *Les problèmes qu'on a souvent c'est les problèmes en amont, de ça n'a pas été bien « protocolisé ». On n'a pas tout le monde sur place. Ou alors, on a très peu d'informations sur le patient sur pourquoi on y va. Ou alors le tiers il n'est pas là, on n'a pas d'informations et le patient ne va pas nous dire. C'est plus en amont.* »

Parfois le **contexte est imprécis**. M2 : « *Nous avons (petit silence) non rarement des imprécisions sur le contexte des situations. Nous intervenons sur demande du 15. [...] C'est parfois un problème. Euh... les hospitalisations sous contrainte sont souvent dans un brouillard de situation qui n'est pas bien défini dans un certain nombre de cas.* » D'autres médecins rapportent des manquements dans la **coordination des différents intervenants** sur place. M6 : « *Avant d'arriver généralement je suis un peu surpris quand sur la fiche MCC (nom du logiciel, NdT), on me dit que les forces de l'ordre sont sur place et que j'arrive et que je ne vois aucune voiture de gendarmerie ou de police donc des fois je suis un peu surpris par rapport à ça... Ou les ambulanciers sont sur place et j'arrive il n'y a personne donc ouais... je n'ai pas besoin de passer des coups de fil on voit déjà que la situation va être pas comme on nous l'avait annoncée.* » M12 : « *Un petit peu chaud, si en plus ça a été mal anticipé, qu'on arrive sur place et qu'il n'y a pas la police, pas l'ambulance. C'est là que c'est plus long... c'est... voilà c'est... pour nous c'est un peu plus lourd quoi.* » L'un des médecins parle de possibles **erreurs d'aiguillage** de patients. M7 : « *Mais ça c'est des problèmes qu'on a avec le SAMU. Après ce n'est pas facile au téléphone, toujours, de faire la part des choses. Mais tu as des erreurs un peu d'aiguillage quoi...* »

- Pour poursuivre, un médecin nous fait part de ses difficultés quand il est amené à **enchaîner plusieurs HSC** (Hospitalisation Sous Contrainte). M7 : « *Par contre, moi ce que j'aime pas, c'est si je me tape deux HDT d'affilée ou trois HDT d'affilée ou alors derrière tu as une HDT qui t'as pris du temps, tu es restée longtemps, tu as beaucoup discuté etc... ça a été compliqué et derrière on te remet une dépressive ou une angoissée. Je dis non, non, là moi intellectuellement je ne suis plus empathique du tout. Donne-moi un truc facile. Un truc pas psy entre guillemets. Ouais je fais plutôt ça !* »
- D'autre part, deux autres médecins expliquent les **difficultés techniques et environnementales** auxquelles ils peuvent être exposés, en visite à domicile. M6 : « *Et puis après surtout, c'est tout le temps dans des contextes... c'est jamais posé dans un canapé tranquille hein ! Je me souviens d'une visite c'était en pleine canicule l'été, la patiente elle voulait rester dehors pour fumer sa clope, il n'y avait pas d'ombre ! (Rire) J'étais dehors ben ouais il faisait chaud quoi ! Je suis resté une demi-heure à suer mes gouttes, sans verre d'eau ! Ouais, c'est des détails tu vois ! (Rire) [...] Mais c'était incroyable ! Il y en a une... elle ne pouvait pas... elle allait d'une pièce à une autre. Je n'arrivais pas... elle était assez agitée et elle fumait à côté de moi... pfff c'était désagréable au possible.* »
- Enfin, plusieurs médecins mentionnent leurs difficultés lors de la **rédaction des certificats**. M5 : « *Mais c'est compliqué pour moi de dire... Bah ouais je trouve ça quand même à chaque fois compliqué, rien que de remplir ce certificat. De mettre les mots un peu comme on nous apprend des mots-clés. Je veux dire ces mots qui vont marquer et qui vont être le reflet de la vérité tout simplement. Mais ces mots qui soient assez précis, sans divaguer...* »

Ensuite, les médecins abordent la **problématique de la temporalité** de l'acte en lui-même.

Ils décrivent l'acte comme étant **chronophage** et redoutent la **mise en danger d'une chaîne de patients en aval** si jamais ces derniers ne sont pas pris en charge à temps. M5 : « *Alors oui ça impacte parce que c'est extrêmement chronophage.* » M9 : « *Ça peut engendrer des gros problèmes, oui. Des saturations, des absences de prise en charge pour d'autres pathologies. Donc c'est complexe.* »

Par ailleurs, un seul médecin sur les quinze nous parle de difficultés sur un **plan financier**.

Il évoque le **problème de la rémunération** dans ces circonstances un peu exceptionnelles de prise en charge. M5 : « *C'est un acte qui n'est pas forcément aussi payé. Enfin je veux dire on n'est... c'est compliqué... moi je ne sais pas trop comment font mes collègues là-dessus. Pour des gens qui sont naïfs de pathologies psychiatriques, qui ne sont pas pris en charge à 100 % ou... c'est compliqué. C'est compliqué en plus de dire, bah écoutez je vous hospitalise sous la contrainte et en plus après il va falloir régler, enfin... Moi je suis hyper mal à l'aise, donc en fait c'est un truc que je ne fais jamais quasiment. Si les gens n'ont pas de 100%, n'ont pas une pathologie prise en charge à 100 % ou une CMU (Couverture Mutuelle Universelle, NdT) ou quelque chose comme ça, je ne demande jamais d'argent dans ces situations.* »

Enfin, certaines **difficultés relationnelles** sont pointées.

- Tout d'abord les médecins rapportent des **problèmes de communication** avec différents interlocuteurs. Quelques médecins évoquent leur **difficulté à joindre un psychiatre** en cas de besoin. M10 : « *Mais les quelques fois où j'ai essayé en cours d'HDT d'appeler par exemple le psychiatre. La secrétaire me disait : « il va vous rappeler dans une heure quoi. » ça marche pas... On n'arrive pas à les joindre... C'est très dur d'avoir des psychiatres en direct !* »

L'un d'entre eux insiste sur les **relations conflictuelles** auxquelles il peut être confronté avec les différents interlocuteurs. M3 : « *Il peut y avoir des relations un peu tendues derrière avec le psychiatre à qui on va adresser le patient... [...] ou les forces de l'ordre sur place, ou le 15, enfin des fois c'est pas forcément... ça se passe pas forcément très bien.* »

Va s'y rattacher la **problématique du secret médical** qui pose question à un médecin quant à son attitude à adopter lors des interventions, en particulier avec la police. M14 : « *Au moins et puis en plus, ils posent un problème avec le secret médical. C'est-à-dire que quand je parle à un patient, je n'ai pas envie que les policiers entendent.* »

Par ailleurs, la question de la **violence verbale** du patient est évoquée par un autre médecin. M8 : « *Ah ben je me suis fait insulter !* »

● Pour finir, certains médecins témoignent d'une **mise en doute de leur légitimité**.

L'un des médecins nous raconte une remise en question de son **statut et de ses compétences** par un patient. M1 : « *Il a commencé à me demander mon identité, une carte professionnelle comme quoi j'étais bien médecin. [...] C'était uniquement pour me mettre en doute sur mes propres compétences ou autre...* »

Un autre médecin semble craindre d'être exposé à des **patients suffisamment éduqués** et pouvant le mettre éventuellement en difficulté. M2 : « *Je leur ai expliqué qu'il fallait accompagner la personne et essayer de ne pas entrer trop en discussion avec elle en polémiquant parce que je constatais que la personne était avec une éducation... tout à fait élevée et tout à fait correcte etc... et que avec son niveau universitaire elle allait « couper les cheveux en douze » et qu'on n'en finirait jamais quoi.* »

Enfin un médecin exprime son inquiétude à pouvoir se sentir **déstabilisé** dans certaines situations de par son **jeune âge et/ou son caractère féminin**. M15 : « *Je fais assez jeune et du coup souvent les gens ont du mal... C'est écrit sur ma veste, que c'est moi le docteur mais souvent quand les ambulanciers arrivent, ils disent « Bonjour. Il est où le médecin ? » Donc c'est moi ! (Rires) Mais euh... enfin ouais forcément on recadre un peu* » M15 : « *Je pense... alors je ne sais pas si c'est le fait d'être une femme ou si c'est le fait d'être jeune. [...] Je ne sais pas mais ouais, je pense qu'en tout cas la première fois, c'est sûr que ça a joué !* »

C. Ethique et déontologie

1. La notion de responsabilité perçue par les médecins

Tout d'abord, deux médecins évoquent spontanément l'**importance de la responsabilité** qui leur incombe. M6 : « *Ensuite ce qui ressort de tout ça quand même, c'est que c'est une grosse part... c'est là où j'ai l'impression moi en tout cas, c'est là où je mets le plus ma responsabilité médicale en jeu. [...] Et ça me demande beaucoup de ressources et une grosse prise de responsabilité finalement.* »

Ensuite, la plupart des médecins ont tendance à travers leur propos à **transférer cette responsabilité** vers autrui, comme pour décharger leur conscience d'un poids.

Deux des médecins semblent se **mettre à distance en invoquant la loi**. M10 : « *Mais je le fais parce que de toute façon, la loi est derrière nous. C'est-à-dire que si on ne le fait pas, on prend plus de risques à ne pas le faire, qu'à le faire.* »

Pour un grand nombre d'entre eux, la notion de **réévaluation du patient** (entre autres à 24 heures) par un confrère et/ou un juge apparaît comme un élément fondamental de réassurance. M7 : « *Après ce que je me dis, c'est que nous quand on y va pour le contre-avis, en fait comme il y a toujours trois... trois papiers en fait. Il y a le premier, le deuxième et tu en as un autre à 24 heures. Donc je me dis, au pire il est revu dans 24 heures. Donc si je me suis plantée, il est revu à 24 heures quoi.* » M14 : « *Alors l'autre truc c'est que derrière la situation elle est quand même réévaluée.* »

Quelques médecins expliquent compter sur **le soutien et l'avis du psychiatre**, en tant que spécialiste et expert, dans l'aide à la prise de décision. M2 : « *Donc euh... et quand il y a un doute euh... sur l'état de santé de la personne (raclement de gorge) ou que je trouve qu'il y a peut-être une cause organique ou une ivresse ou je ne sais pas quoi et quand je suis convaincu pour ça, bah je dis ben écoutez vous allez aller aux urgences... et vous allez discuter avec le spécialiste. Et c'est lui qui décidera.* » M9 : « *Je sais qu'il y a un psychiatre expert qui va passer derrière. Et qui va l'évaluer voilà.* »

L'un des médecins arbore le masque de son **statut non thésé**, en pensant que cela puisse peut-être jouer en sa faveur en cas de certificat litigieux. M8 : « *D'ailleurs je les ai informés, que le certificat que j'ai fait, je n'étais pas thésé. Donc le certificat je le faisais, a priori j'avais une licence de remplacement donc j'avais le droit de le faire. Mais que ça pouvait être discutable.* »

Enfin, certains médecins nous parlent spontanément de leur **peur de l'erreur médicale et d'un éventuel procès**. M10 : « *Même si on sait que d'un point de vue de procédure extérieure etc... plaintes... c'est très casse-gueule de faire des HDT. Parce que très souvent on a des retours de bâton.* » M13 : « *Après voilà c'est plus d'être sûr de ne pas se tromper, parce qu'on n'aimerait pas être à leur place si jamais on se trompe hein.* »

2. La prise de décision médicale

Pour quelques médecins, **la prise de décision** quant à la prononciation ou non d'une hospitalisation sous contrainte, ne semble **pas poser de problème**. M11 : « *Quand on considère que le patient n'a pas toutes ses facultés de décision, bah je considère que c'est à nous de prendre la décision. Je le vis très bien.* »

En effet, pour ces mêmes médecins, la **décision est codifiée par la loi**. M4 : « *C'est un rôle qui est simple. C'est codifié par une loi. Il y a des termes clairs sur la dangerosité, pour soi, pour les tiers.* » M14 : « *Ça ne me dérange pas, parce que les choses se font sur... alors déjà c'est dans un cadre bien précis. C'est dans le cadre de la loi. Que je le fais toujours en respectant scrupuleusement la loi.* »

Un seul des médecins, aborde la **notion nouvelle du péril imminent**. D'après lui, cette nouvelle procédure apporte **plus de liberté** pour le médecin dans sa prise de décision. M9 : « *Ah ben avec le péril imminent on est tranquille ! [...] Parce que les quelques fois où on a réussi à convaincre les familles, de ne pas faire un péril imminent et de faire une demande... euh une ADT (Admission à la Demande d'un Tiers, NdT) et bah à ce moment-là, quand ils arrivent aux urgences, ils ont changé d'avis. Ou alors on ne les voit pas aux urgences. (Rires)* »

Pour d'autres médecins, **la prise de décision est difficile**.

Deux médecins nous font part de leur **difficulté à prendre seul la décision d'hospitalisation** et de leur besoin de partager et d'échanger. M3 : « *Donc ça c'est pas facile pour le coup à faire la part des choses, mais à chaque fois quand même j'arrive à négocier soit une SDT (Soins à la Demande d'un Tiers, NdT), soit de consulter un psychiatre euh... plus ou moins accompagné d'un tiers en fait, pour amener la personne vraiment à la réalité de ce qui lui arrive et du coup avoir un deuxième avis d'un psychiatre éventuellement pour une SDT derrière quoi...* »

Pour un grand nombre de médecins, la plus grande difficulté réside dans le fait de **prendre la décision de ne pas hospitaliser le patient**. M4 : « *Pour moi il n'y a pas de difficultés à hospitaliser. Ce serait plutôt l'inverse quoi.* » M13 : « *Mais bon ouais c'est vrai que c'est plus des fois quand le SAMU ils nous disent vite SDT pour machin euh... Donc ouais quand nous on n'est pas d'accord c'est plus compliqué.* »

Par ailleurs, deux autres médecins exposent leur sentiment de frustration, en expliquant, parfois, ne pas avoir le choix et en allant jusqu'à **prendre une décision à contrecœur**. M10 : « *Mais si on ne le fait pas et que la personne se suicide c'est pire. Donc je le fais parce que disons que... je le fais parce que je me dis que je n'ai pas le choix. Donc je le fais. [...] Mais je le fais à contrecœur.* » M15 : « *Et d'un autre côté on n'a pas le choix. Enfin à la fois ça fait douter et en même temps on n'a en général aucune autre alternative.* »

De manière unanime, les médecins se confient à propos de la **pression qu'ils peuvent subir** lors des interventions. **Ils redoutent une éventuelle manipulation**. M3 : « *Et du coup on a quand même une pression je trouve sur place euh...* » M14 : « *C'est-à-dire de demander une hospitalisation sous contrainte alors qu'il n'y a pas les éléments cliniques pour ça. Donc je suis plutôt à l'aise dans mes baskets, tant que je respecte ça. C'est-à-dire tant que je ne vais pas céder à la pression de l'hôpital Guillaume Régnier, des policiers au domicile, de la famille... [...]... pour faire une hospitalisation sous contrainte alors que je juge qu'il n'y a pas les éléments pour. Ça c'est difficile hein. Cette pression là, elle est importante. On est attendu.* »

A travers les témoignages des médecins, on comprend que cette pression peut venir de quatre sources différentes :

- **Des intervenants.** M3 : « *De toute façon il y aura une pression sur place des gens pour dire « On y va ! On y va ! On y va ! Le 15 a rappelé ! Il faut y aller... nanan nanan... » (Raclément de gorge) Enfin en même temps, il faut aussi que je fasse un beau certificat, parce qu'il ne faut pas que je me trompe, faut pas que derrière ce soit un mauvais certificat, sinon il faudra le refaire... »*
- **Du/Des tiers.** M8 : « *Mais le seul truc qui me met mal à l'aise si tu veux, c'est de me dire que je peux tomber sur des gens assez malsains, pour essayer de faire hospitaliser un proche en psychiatrie. Et qui essaient de manipuler le médecin. Ce qui me fait peur c'est de pouvoir céder à ces gens-là. Donc ouais ça c'est le truc qui me fait un peu peur. »*
- **Du patient.** M5 : « *Alors après, je pense que certains patients jouent bien la comédie aussi et c'est là où c'est compliqué. C'est qu'effectivement, il y en a qui arrivent très bien à se tenir pour un temps donné. »*
- **Du corps médical (psychiatres, infirmières).** M8 : « *Oui, il y a quand même des filets de sécurité. Après c'est vrai qu'on prend toujours un risque, quand on fait un certificat, que le gars qui nous demande le certificat se soit complètement foutu de nous hein. Qu'il ait monté un truc de toutes pièces. Mais bon si on s'arrête tout le temps là, on ne fait plus rien. »*

3. Un acte pas anodin

Concernant l'acte en lui-même d'hospitaliser un patient sans son consentement, plus de la moitié des médecins pensent qu'il n'est pas anodin. Ils évoquent spontanément la **notion de privation de liberté** du patient qui en découle. M3 : « *Et du coup, c'est pour ça que c'est très important de mesurer ce qu'on fait à ce moment-là et c'est pas un geste du tout anodin quoi. [...] De priver quelqu'un de sa liberté. [...] Mais rien que la privation de liberté pendant quelques heures, quelques jours, elle est importante. Du coup ce n'est pas anodin. »* M12 : « *Parce que c'est toujours un acte difficile hein une SDT. Parce qu'on va quand même priver quelqu'un de sa liberté. »*

Par ailleurs la plupart des médecins insistent sur le fait que leur décision est toujours prise dans **l'intérêt du patient** et pour son bien. M3 : « *Et on le fait vraiment pour eux. Et à chaque fois, on fait ça pour le patient. »* M5 : « *Mais en tout cas, quand moi je signe ce papier là, à domicile c'est toujours parce que je pense que ça va apporter un bénéfice au patient et... ou parce qu'il peut être dangereux, mais bon c'est aussi lui apporter un bénéfice, pour l'environnement. »*

4. Le cadre légal et ses limites

Tout d'abord, un grand nombre de médecins affirment que toute **indication d'hospitalisation sous contrainte doit être analysée** et réfléchi. Elle nécessite de se baser sur des **critères précis** justifiant des soins sous contrainte. M1 : « *Enfin c'est sûr que déjà la première chose qui est difficile quand t'arrives sur une hospitalisation sous contrainte, c'est d'analyser la situation, à savoir si effectivement il s'agit bien d'une personne qui elle-même se met en danger ou peut mettre son entourage en difficulté.* » M3 : « *Bah c'est vraiment important qu'il y ait cette perte de... cette perte de contact avec la réalité quoi. Souvent ils sont en délire, souvent... souvent des phases maniaques ou au contraire des idées suicidaires ou les gens du coup ne sont plus à même de décider pour eux-mêmes et en plus, se mettent en danger ou vont mettre en danger les autres quoi.* » M4 : « *On refuse essentiellement parce que déjà on n'est pas dans le cadre.* » M6 : « *La contrainte c'est vraiment quand toute la situation a bien été analysée, quand en effet c'est inéluctable, il faut qu'il soit hospitalisé sous contrainte.* » M14 : « *Donc parfois on y passe du temps, vingt minutes parfois d'entretien pour essayer d'avoir un élément qui pourrait nous amener à une HDT. [...] Mais il y a un moment on n'hospitalise pas les gens sous contrainte quand il n'y a pas d'élément.* »

Ensuite, quelques médecins nous apportent un regard critique et modèrent leur propos en exprimant leur souhait de prononcer une **contrainte en cas de nécessité et que celle-ci reste une mesure d'exception**. M14 : « *C'est ça qui est terrible, c'est que la situation sur laquelle on nous envoie c'est HDT, sur notre logiciel par exemple, HDT. C'est-à-dire qu'on attend de nous une contrainte. [...] Il faut faire redescendre le truc en disant mais je ne suis pas là pour faire une contrainte. Je suis là pour évaluer un patient, sur un plan psychiatrique ou autre et pour décider s'il y a... ce qu'il a besoin comme soins en fait. Alors les soins peuvent être sous contrainte ou pas. Voilà.* »

Pour finir, un certain nombre de médecins exposent les **contours flous entre la nécessité d'une décision médicale, psychiatrique et les éventuelles problématiques entre autres judiciaires** auxquelles ils peuvent être confrontés. M6 : « *Ceux qui m'ont posé problème, c'est vraiment ceux qui sont à la limite. On est à la limite des textes.* »

Dans cet esprit, différents exemples sont abordés.

- La problématique de **la sédation du patient** pose difficulté à différents médecins, notamment pour l'évaluation psychiatrique de ces derniers en milieu intra-hospitalier. M5 : « *Et puis l'autre raison c'est que les gens, la plupart du temps, sont lourdement sédatisés, tout simplement. [...] Et bien, je trouve ça toujours compliqué d'aller interroger quelqu'un qui est lourdement sédaté qui est...* »
- Par ailleurs, la frontière entre **le conflit familial**, voire même la conjugopathie peut-être mince avec celle du réel motif psychiatrique. Les médecins expriment leurs difficultés parfois de discernement. M3 : « *Il y en a qui sont très dures par rapport à ce qu'on voit. Par rapport à... au fait que c'est pas forcément blanc et noir, ça peut être gris la situation. On peut pas savoir. Quand le tiers notamment a des antécédents psychiatriques comme ça peut arriver des fois, c'est pas forcément facile de faire la part des choses entre une conjugopathie ou une SDT motivée par une demande rationnelle quoi.* »

- Bien que ne relevant pas explicitement d'une procédure de soins sous contrainte, dans le cas du **patient mineur**, deux médecins nous font part de l'impasse dans laquelle ils peuvent parfois se trouver, à devoir jouer plus un rôle de médiateur que de médecin. M13 : « *Souvent c'est ça on a l'impression que ça n'est pas un médecin qu'il faudrait que c'est plus un éducateur pour les personnes. Enfin souvent, typiquement c'est l'adolescent qui a péché les plombs et qui a tout jeté dans son salon et on est appelé pour faire une SDT sur mineur ou alors 18 ans mais pas très... un petit peu immature. Et c'est vrai que voilà il ne faut pas non plus se tromper et dire que tout va bien. Donc souvent là c'est plus du dialogue, on discute, on fait plus les médiateurs.* »
- Pour finir, un médecin parmi les quinze nous parle de la délicate **frontière médico-judiciaire** à laquelle il peut parfois être confronté, notamment dans la prise en charge de patients qu'il qualifie de « **délinquants** ». M7 : « *Oui, il peut il y en avoir une mais là c'était un problème de... je pense « d'étiquetage » de l'appel. C'est-à-dire que je vais voir pour un jeune, 18 ans, quelque chose comme ça, parce que agitation, possible HDT. Et en fait quand je vais sur place il n'est pas psy, c'est de la délinquance. Le mec, il avait tout cassé chez lui.* »

D. Ressenti

1. Le ressenti des médecins

a. Des sentiments contradictoires

Tout au long des entretiens, les différents médecins nous ont fait part de leurs émotions concernant le vécu des interventions. Des sentiments variés et souvent contradictoires nous ont été confiés.

En effet, un certain nombre de médecins évoquent des sentiments plutôt **négatifs** à l'égard de ces situations complexes : **de l'angoisse**, M9 : « *Donc c'est souvent des situations très stressantes.* » M12 : « *Enfin c'est toujours quelque chose d'anxiogène dans tous les cas.* », **de l'appréhension**, M5 : « *Je pense qu'on a toujours de l'appréhension à aller sur ce genre d'intervention. Toujours.* », **un certain malaise**, M8 : « *Quand je reçois une HDT, à chaque fois je me dis « et merde » ! (Eclat de rires) Non, non, non ça dépend des situations. Quand je reçois des HDT c'est vrai que souvent j'ai un petit... euh... un petit haut-le-cœur. Un petit truc... un petit bon... bon il faut qu'on y aille quoi. C'est pas... je pense que c'est pas des situations sur lesquelles on va gaiement à chaque fois.* » M15 : « *En fait je trouve que ce sont des situations qui mettent vraiment très mal à l'aise. Parce que la famille n'est pas à l'aise non plus.* », **de la culpabilité**. M12 : « *C'est... bon déjà le fait de rester un peu avec la famille, de debriefer, je pense que ça permet d'abord d'apaiser et d'expliquer à la famille. Mais nous aussi, je pense que ça nous fait du bien. Pour déculpabiliser la famille, peut-être qu'il faut nous déculpabiliser nous aussi d'avoir mis en...* » Pour plusieurs médecins, **l'acte est déplaisant**, M10 : « *Je déteste. Je n'aime pas trop le faire. Ce n'est pas que je déteste parce que de temps en temps c'est utile. Mais globalement je n'aime pas.* »

Par ailleurs, en opposition aux sentiments négatifs, des sentiments **positifs** ressortent, tels que **du soulagement**, M5 : « *Je suis toujours content que ce soit terminé. C'est un soulagement. [...] Voilà, le mot c'est du soulagement. Que ça se termine et que ça se termine sans pertes ni fracas.* », **de la confiance**. M9 : « *Et encore une fois, moi je suis sportif, je suis grand. J'ai confiance en moi physiquement. [...] Et ça joue. Voilà. Mais je suis peut-être inconscient aussi hein, c'est possible.* » M15 : « *Après être une femme, je ne sais pas. Je pense que c'est pas ça le truc. Si tu arrives et que tu es sûre de toi. Et même le fait d'être jeune. Si tu arrives et que tu es sûre de toi, je pense que ça ne pose pas de problème.* »

b. Des ressentis spécifiques concernant autrui

Au fil des interviews, la parole des médecins s'est libérée concernant leurs ressentis envers autrui, pendant et après les interventions. Cinq thèmes ont été mis en évidence.

Tout d'abord, concernant **leurs patients**, un certain nombre de médecins nous parlent spontanément du **sentiment de considération** qu'ils ont à leur égard. M14 : « *Donc pour moi, à mon avis la première chose c'est de considérer le patient. Première chose quand j'arrive, je tends la main, « Bonjour ! » Je serre la main du patient. C'est-à-dire que je le remets à sa place. C'est-à-dire que ce n'est pas la bête de foire au milieu de tout le monde. Non ! C'est un patient, je suis le médecin, tac, on se serre la main.* » D'autres nous confient leur ressenti concernant **la souffrance psychologique** dans laquelle se trouve leur patient. M1 : « *Donc euh non je pense que ce sont vraiment des patients qui sont en situation de détresse. [...] De fragilité psychologique soit sur le versant agressif, soit sur le versant triste mais euh... (Silence)* » Aux yeux d'un certain nombre de médecins, l'hospitalisation sous contrainte est indéniablement un **acte angoissant** pour les patients. M5 : « *J'en ai fait un l'autre jour au commissariat, parce que le monsieur était amené par son frère, au commissariat, parce qu'il ne savait pas où l'amener. Et il était terrorisé de voir tous ces gens. On voulait juste le mettre sur un brancard. Mais du coup on a été obligé de le mettre par la force et ça a été oh... je me suis dit que pour lui c'était effrayant quoi. Donc euh...* »

Ensuite, un grand nombre de médecins témoignent de **la détresse psychologique du/des tiers** lors des interventions. Ils insistent sur la nécessité de prendre du temps avec les familles afin de leur expliquer au mieux la situation. D'après ces mêmes médecins, **l'entourage en souffrance est en quête de sens et de soutien**. M6 : « *Et ensuite il y a la famille, qui est dans une souffrance énorme et qui a cette question, enfin ça dépend si c'est un patient qui a déjà été hospitalisé par le passé ou pas mais en tout cas qui a une demande, à mon sens, de réponse.* » M12 : « *Et puis il y a la famille, la famille sur le coup, pendant et puis après en fait. Après une fois que tout le monde est parti, ils se retrouvent tous seuls. C'est compliqué aussi pour eux. Donc il y a toujours un moment... enfin moi j'essaie toujours de rester un petit peu avec eux pour débriefer, pour expliquer, pour... surtout quand c'est une première fois et qu'ils ne connaissent pas. C'est un traumatisme pour eux.* »

D'autre part, les médecins évoquent des sentiments assez contradictoires quant aux **intervenants**. Ils expriment à la fois **un profond respect et une grande considération** envers leurs partenaires. M2 : « *Moi je remercie d'abord les forces de l'ordre de leur assistance systématiquement avant et après quand ils arrivent. [...] moi je considère quand ils sont là, qu'ils sont d'une grande aide que ce soit les gendarmes ou que ce soit... la police nationale.* » Cependant, un **certain sentiment d'agacement voire de lassitude** est exprimé dans quelques témoignages. M14 : « *Pour les autres intervenants, les policiers ils ne sont d'aucune aide. Ils sont même plutôt un... ils rendent plutôt difficile la situation.* »

Par ailleurs, trois médecins évoquent leur ressenti concernant **les étudiants en médecine** (externes et internes) qui travaillent auprès d'eux. Ces médecins semblent très **préoccupés du vécu de leurs étudiants** à propos des interventions et de l'impact psychologique qui en découle. M3 : « *Impressionnant... et je pense que ça a beaucoup impressionné mon externe d'ailleurs. [...] Après on en a reparlé avec lui, du coup. Donc euh on a débriefé ensemble parce que c'est pas forcément évident et...* » L'un des médecins nous fait part de son profond malaise et **nous explique avoir du mal à vivre les hospitalisations sous contrainte lorsque ces dernières impliquent ses étudiants**. M10 : « *Mais... mon vécu personnel et les HDT n'est pas mauvais. Mais mon vécu personnel quand les internes se retrouvent en situation d'HDT, ça par contre je le vis moins bien.* »

Enfin, quelques médecins nous parlent de leur sentiment à propos **des institutions psychiatriques**. L'un d'entre eux **remet en question l'organisation du système psychiatrique français**. M10 : « *Je le fais surtout à contrecœur parce que je ne suis pas un grand adepte de la psychiatrie à la française. Je pense qu'enfermer les gens et les mettre sous neuroleptiques ça a rarement résolu les problèmes. Donc c'est ce que je vis le plus mal en fait quand je fais une HDT.* » Deux autres nous font part de **leur sentiment de défiance**. M15 : « *Et... enfin... ouais... surtout que connaissant aussi les services de psy... Enfin on sait que de toute façon ils vont en psy. Bon chacun a son avis sur la façon dont ils sont pris en charge.* »

c. Le vécu et l'expérience

Tout d'abord, quatre jeunes médecins témoignent librement de leurs **premières expériences d'HSC** et tous affirment les avoir **redoutées**. M7 : « *Je pense que c'est au départ, les premières HDT, tu es mort de trouille.* » M14 : « *Alors au départ les premières interventions que j'ai faites, on va dire les six premiers mois, j'étais un peu lessivé. Parce que c'est fatigant de gérer tout le monde, d'avoir été stressé en arrivant etc...* »

Pour plus de la moitié des médecins, **l'expérience** permet de prendre de la **distance**, d'acquérir de la confiance et de **relativiser**. M8 : « *Après c'est des situations qui te font aussi réfléchir. Je pense que plus tu en vois mieux c'est.* » M13 : « *Enfin bah voilà, au bout d'un moment, on est quand même un petit peu habitué à ce genre de situations et je pense qu'on les gère mieux comme ça.* »

Cependant, selon deux médecins, **malgré l'expérience**, hospitaliser un patient sous contrainte reste un acte **ardu**. M12 : « *Même avec le temps, avec l'habitude, avec l'expérience qu'on a, ça reste un acte difficile.* »

Ensuite, plusieurs médecins expliquent que les situations de SDT sont des **situations de souffrance pour tous**, médecin, patient, famille. M12 : « *Il a fini dans l'ambulance mais c'est des situations qui sont un peu dramatiques quoi et violentes en fait. [...] Pour tout le monde ! Pour le patient lui-même, pour la famille, pour nous en tant que médecin parce que ce n'est jamais agréable en fait.* » M15 : « *Parce que tu sais que dans tous les cas ça ne peut pas être agréable. Pour personne, ni pour la famille, ni pour toi, ni pour le patient.* »

Enfin, quelques médecins évoquent **leur besoin de reconnaissance**. M15 : « *Il n'y a pas la satisfaction d'après les consultations en visites. Où en général les gens sont reconnaissants de ce que tu as fait pour eux. Enfin ils te remercient ou pas mais... Et là, je trouve que c'est vraiment des consultations déjà hyper-difficiles et en plus tu n'as pas ça. [...] Ou alors la famille après mais... C'est pour ça que la deuxième fois, j'ai discuté avec la famille, qui était pour le coup reconnaissante. Et je pense que ça aide aussi à se sentir bien. Enfin, en tout cas à vivre la chose mieux quand on te dit bon bah merci.* »

2. Le retentissement des interventions sur les médecins

a. Des conséquences psychologiques

Tout d'abord, la notion de **fatigue psychique** est prépondérante dans les déclarations de quelques médecins. M1 : « *Des fois c'est un peu fatigant sur le plan moral, fin psychique parc 'que... (Éclats de rire) On peut se faire quand même pas mal insulter par le patient ou [...] Y'a quand même pas mal de violences donc c'est un peu fatigant... euh... c'est assez marquant quoi... bon après moi je dors bien hein !* » M6 : « *Ce sont des visites qui sont pour moi clairement éprouvantes. Ça demande beaucoup de ressources quand même hein. Beaucoup, beaucoup de ressources je trouve, ouais. C'est des visites, tu sors de là... Généralement ça demande du temps clairement c'est aux alentours de une heure. Et voilà j'ai clairement... après, je pars dans mes visites mais... pfiou... je sens que ça m'a pris beaucoup d'énergie.* »

Ensuite, pour un certain nombre de médecins, **l'impact émotionnel** qui émane de ces interventions est **fort**. M5 : « *Bah là je ne me rendais pas compte. Mais le fait de te reparler de ces situations, je me souviens mais de centaines de gens que j'ai vu en HDT là... ils défilent pour beaucoup... des centaines, oui pas loin je pense. Des gens que j'ai vu en HDT, ils défilent beaucoup là par exemple. Donc je ne me rendais pas compte que ça me marquait autant. Alors que si tu me demandais de citer les angines que j'ai vues dernièrement, je ne serais pas capable de le faire. [...] Là les HDT, effectivement il y a un impact émotionnel assez fort puisque j'en garde une trace en mémoire... de beaucoup de situations. En tout cas ça ne m'empêche pas de dormir, c'est pas... mais forcément que ça marque, parce que je m'en souviens bien.* » M6 : « *En fait ça me fait revenir pas mal de situations tu vois... c'est intéressant. [...] Ouais, ouais ! Et (silence) Ouais... j'aurais peut-être des choses à dire mais peut-être plus tard. Là ça fait ressortir pas mal de choses !* » M13 : « *Donc oui forcément on s'implique un peu plus émotionnellement que dans d'autres visites.* »

A travers le témoignage de plusieurs médecins, on retrouve des éléments **d'état de stress aigu péri-traumatique**. M2 : « *Mais j'ai jamais eu trop l'impression d'avoir vécu un traumatisme énorme. Mais peut-être que sur le coup, dans l'heure qui a suivi ou un jour ou deux qui ont suivi ça a été le cas* » M15 : « *C'est pas euh ouais... non la première fois vraiment j'étais... J'étais vraiment pas bien. Et puis ça a traîné un peu... j'étais au moins une journée euh pas bien du tout.* » M15 : « *Et... mais après j'ai senti que je gardais quand même... même si dans ma tête ... je n'y pensais plus forcément. Mais je suis restée quand même dans un état bizarre. [...] Je ne sais pas si c'est de stress en tout cas... ouais peut-être de stress qui se... je ne sais pas si c'est de stress... plutôt de malaise quoi.* »

L'un des médecins nous rapporte des **somniloquies** pendant son sommeil. M7 : « *Et d'après lui, (Rires) je ne suis pas somnambule mais je suis « somniloque » et en fait les nuits où j'ai eu des HDT compliquées, il m'entend parler. J'en reparle dans mon sommeil. Il m'entend. [...] Et je pense que c'est... moi je ne ressens pas... je suis rarement très stressée tu vois. (Voix chuchotée) Je ne ressens pas forcément le besoin mais les journées pourries, la nuit il m'entend. (Rires)* »

Un autre, semble souffrir d'un **syndrome de répétition**, avec la présence de **cauchemars**, M8 : « *Si ça m'est arrivé. Ça m'est arrivé. Mais... Bon je fais... je fais avec hein ! J'ai fait des cauchemars aussi pendant mon externat, pendant mon internat.* », et la présence d'un **syndrome de reviviscence**. M8 : « *Oui si je pense que... tu peux faire des cauchemars et tu peux aussi avoir des réminiscences de toutes ces situations là. Oui. [...] Oui, oui complètement. Complètement. Ça peut me revenir en flash, pas en journée, pas quand je suis occupé. Mais oui le soir ou la nuit... La nuit quand je peine un peu à trouver le sommeil quoi... [...] Ouais. Ouais, ouais.* »

Plus de la moitié des médecins parlent de la **nécessité de temps pour décompresser** et insistent notamment sur la notion de **temps de trajet** en voiture entre deux visites, qui semble avoir une importance majeure. M5 : « *Heureusement nous on a les trajets en voiture pour rhhoouufff... [...] Se poser un petit peu et laisser retomber un peu les émotions quoi.* » M11 : « *Ca peut m'arriver d'avoir oui, besoin d'un petit temps de pause après une HDT, un petit break, prendre un café pour se vider un peu la tête.* »

Enfin, deux médecins sur quinze **appréhendent le fait de pouvoir recroiser un patient** qu'ils ont hospitalisé sous contrainte. M1 : « *Après des fois, on pourrait même avoir des p'tites appréhensions dans la vie de tous les jours en disant qu'est-ce qui se passe si je recroise un patient que j'ai hospitalisé sous contrainte...* »

b. L'absence réelle d'influence psychologique

Sept médecins sur quinze affirment ne pas ressentir d'influence psychologique, à court terme, dans les suites de ces interventions. M3 : « *Bah... rien... c'était plus spectaculaire je trouve que... que quelque chose qui nous amènerait à nous poser des questions dans le sens où ça.... où il y aurait un trauma psychologique quoi.* » M3 : « *Après, comme conséquences sur moi non je ne suis pas anxieux, je n'ai jamais eu de troubles du sommeil par rapport à ça...* » M12 : « *Donc non, non, ce n'est pas quelque chose qui va me traumatiser et me poursuivre plusieurs jours.* »

Un médecin dit ne pas être perturbé psychologiquement, en particulier sur le long terme. M1 : « *Mais sinon après sur le long terme moi j'ai pas de ressenti particulier.* »

Quelques médecins nuancent leurs propos et expliquent ne pas avoir d'impact psychologique majeur tant qu'ils n'ont pas eu d'atteinte physique. M1 : « *Bah... ça va... j'veux dire, attends euh... t'es pas frappé euh tant qu'on t'a pas porté atteinte à ton intégrité physique euh... pff voilà tu continues tes visites, t'es vite remis dans le bain quoi...* »

c. Doute sur un impact émotionnel

L'un des médecins pense ne pas savoir identifier l'impact émotionnel de ces interventions sur lui-même.

M9 : « *Bah ça en a peut-être mais je ne l'identifie pas ! (Rires)* »

Un autre semble douter et refouler ses émotions. Il évoque la notion de **déni**. M10 : « *Je pense que probablement comme c'est quelque chose que je n'aime pas faire, je refoule beaucoup. Je fais, j'y vais, je fais mon truc, je ressors et en fait, finalement, du coup, quelque part, je m'implique émotionnellement probablement moins que sur d'autres situations. Parce que je me mets en mode un peu plus automatique.* » M10 : « *Je ne sais pas si c'est bien ou si c'est mal ou si c'est du refoulement mais en tout cas... une fois que c'est passé, je passe à autre chose. J'ai l'impression d'être un peu dans le... dans le déni probablement.* »

E. La communication au décours de l'acte

1. Les intérêts du dialogue

Tout d'abord, à travers leurs témoignages, les médecins portent un véritable intérêt au dialogue, au « débriefing ». **Les échanges sont nécessaires** après les interventions.

Pour deux d'entre eux, le dialogue permet d'évacuer et semble être **un exutoire**. M1 : « *Non non, ça fait du bien soit d'en parler... juste en parler pour, voilà... pour que ça soit un exutoire.* »

Pour d'autres, la parole a un **effet bénéfique**, elle soulage les consciences. M14 : « *On le fait... on le fait pas... c'est marrant parce qu'on le fait pas pour débriefer officiellement, c'est-à-dire je cherche... mais peut-être qu'inconsciemment si on le fait, c'est qu'on a besoin de le faire et que ça nous fait du bien d'en parler à quelqu'un. Peut-être.* »

Pour l'un d'entre eux, les échanges sont d'autant plus importants que les **situations** sont un peu **hors normes**. M2 : « *Mais on a souvent, on a tous échangé les uns avec les autres sur ces sujets-là, dans le cadre de nos réunions. Parce que c'est... soit pour se raconter un peu des histoires de chasse. [...] Euh... comme on dit, c'est-à-dire des situations un peu inhabituelles, exceptionnelles, excentriques, rocambolesques, humoristiques ou dramatiques, voilà. Donc euh... on en parle, on échange, quand l'occasion se présente. Quand on a de la matière à échanger.* »

En revanche, une nuance est apportée sur le fait que ce **dialogue ne soit pas forcément systématique**.

M14 : « *Non ce n'est pas systématique du tout. Ben non parce que sinon on ne ferait plus que parler de ça ! On en fait toutes les semaines ! Euh non ce n'est pas systématique mais je le fais... je le fais de temps en temps bah comme l'autre jour.* »

Il occupe une place majeure lorsque les **situations sont complexes**, voire périlleuses (mise en danger)

M12 : « *Non ce n'est pas systématique du tout. Non, non. C'est vraiment dans des cas un petit peu, un petit peu chauds !* »

Un médecin sur les quinze interrogés, semble faire preuve de **pudeur** et ne pas forcément oser s'exprimer. M8 : « *Ouais, je pense qu'on n'en parle pas suffisamment entre nous. [...] Je pense que c'est moi qui ne le demande pas, qui ne prends pas le temps de le demander.* »

2. Les recours en cas de difficultés

Lors des différents entretiens, nous avons interrogé les médecins sur leurs personnes ressources en cas de besoin et notamment en cas de difficultés à prendre une décision d'hospitalisation ou non sous contrainte. Six recours ont été mis en évidence.

Tout d'abord, **les confrères** des différents médecins ont été spontanément cités comme étant des ressources indispensables.

Plus de la moitié des médecins interrogés faisaient référence à la force du travail de groupe inhérent à SOS Médecins et aux possibilités de **remise en question des pratiques professionnelles** lors des échanges.

M1 : « *Ou alors juste... 'fin aussi simplement pour savoir c'que les collègues en pensent... quoi si eux aussi ils auraient fait la même chose ou pas, ou si ils auraient fait différemment, 'fin qu'elle aurait été leur attitude sur la même situation en fait.* » M14 : « *Enfin voilà c'est plutôt... mon pote *** qui est médecin à SOS aussi ou mes autres collègues de SOS quand je les croise.* »

D'autres médecins témoignent du fait qu'entre collègues, ils se comprennent bien et peuvent ainsi s'apporter

mutuellement du **soutien moral**. M1 : « *Par contre les collègues qui eux vivent eux les mêmes situations comprennent beaucoup mieux c'qui s'passe donc tu peux en parler comme ça un p'tit peu...* » M5 : « *Et euh... oui juste pour avoir du soutien quoi juste pour... (Gêne, petit silence). C'est... Ouais c'est vraiment ça. [...] Heureusement j'ai deux bons collègues avec qui on échange beaucoup donc ça permet aussi de... [...] Sur ces situations où on n'est pas... je sais que eux c'est comme moi. On n'est pas... on n'aime pas ces moments-là, donc euh... On sait que si l'autre en parle, c'est que parfois juste qu'il a besoin de dire... bah je n'étais pas à l'aise, je me suis pas trouvé au top sur ce moment-là.* »

Deux médecins mentionnent le fait d'arriver à **dédramatiser** des situations entre collègues à travers l'humour.

M8 : « *Moi le fait de pouvoir rigoler ça me... ça m'aide aussi à pouvoir lâcher un peu tout ça quoi.* »

Un autre médecin évoque le fait de pouvoir aborder avec un confrère des **notions juridiques**. M2 : « *Donc pour dire que j'en parle volontiers avec le Docteur***. Par exemple en particulier sous l'angle juridique, sur le plan déontologique.* »

Ensuite, **l'entourage non médical du médecin** (conjoint, ami) est fréquemment cité comme un soutien indispensable surtout dans l'aide au débriefing après les interventions. M13 : « *Forcément c'est des histoires qu'on raconte un peu à la fin de la journée. En plus moi j'ai un très bon ami qui est psychiatre alors souvent je débrieфе un peu avec lui de tout ça. [...] Enfin c'est plus du débriefing pour... pour... du coup j'en reparle un peu pour voir un peu lui ce qu'il en pense et tout ça. Parce que je trouve ça formateur aussi.* »

M15 : « *Enfin j'en ai parlé un peu aux gens que je devais voir après. A mes proches à moi. [...] Je leur ai raconté le truc. Voilà. Je leur ai dit que c'était difficile et tout ça.* » Il existe un certain paradoxe entre cette notion de parole libératrice et la préservation du secret professionnel.

Ce **soutien proche** occupe une place d'autant plus prépondérante que le médecin s'est senti en **situation de danger**. M1 : « *Non le besoin d'en parler avec ma compagne, c'est rare faut vraiment que ça soit vraiment assez marquant, assez violent...* »

Pour poursuivre, **le psychiatre** apparaît comme étant un recours fondamental pour plus de la moitié des médecins interrogés. De par son **avis de spécialiste**, il est l'ultime expert à être sollicité en cas de besoin. M6 : « *Quand je fais mon truc dans mon coin avec ma certitude si j'ai un doute, je débrieфе a posteriori avec un psychiatre. Pas mon psychiatre hein ! Le psychiatre de l'hôpital. [...] Ouais je rappelle et je demande... Généralement ils sont hyper sympas ! Je leur demande s'ils ont le temps, j'ai juste besoin et envie de parler d'une situation.* » M13 : « *Enfin... de 8h à 22h il y a le service d'admission et d'orientation... donc ça je les appelle volontiers pour savoir voilà sur certains cas... [...] Et puis c'est vrai qu'en pleine nuit sinon eh bien j'appelle le psychiatre de garde.* »

D'autre part, **le SAMU** semble être un interlocuteur à la fois privilégié et à la fois controversé, au rôle ambigu.

Pour quelques médecins, le SAMU peut être une véritable **aide à la prise de décision**. M5 : « *Donc c'est régulé, donc j'en discute à chaque fois avec le médecin régulateur. Pour lui dire bah voilà mon ressenti, voilà ce que moi j'ai vu, voilà ce dont on a discuté, voilà les propos de la famille, parce que souvent dans ces cas-là, c'est une demande de la famille. [...] Voilà, est-ce que pour vous, il y a une indication à une hospitalisation ?* »

Pour un médecin en particulier, le SAMU apporte un **soutien moral**. M8 : « *C'est que j'ai rappelé le SAMU après. J'ai rappelé *** (régulatrice SAMU, NdT). Je lui ai dit : « écoute ***, voilà ce qu'on a fait. » Euh pff... Je lui ai aussi dit : « Je ne me sens pas bien ! » Je lui ai dit. Ça a été enregistré au SAMU. Je lui ai dit : « Je ne me sens pas bien. Là ça a été vraiment difficile. Je ne sais pas si je n'ai vraiment pas servi de faire valoir. » »*

Cependant un autre médecin pointe les difficultés inhérentes à la retranscription orale, téléphonique, d'une situation sur le terrain parfois complexe. Selon lui, le SAMU peut parfois **manquer d'objectivité**. M14 : « *Le SAMU théoriquement on est censé pouvoir discuter avec le régulateur du SAMU. [...] Ça ça ne marche pas. Parce que c'est des situations tellement complexes, qu'au téléphone le SAMU bah il ne peut que nous faire confiance.* »

D'autre part, pour deux autres médecins, l'appel au SAMU semble être **un moyen de se couvrir** en cas de litige ultérieur. M10 : « *Le seul interlocuteur que je pourrais avoir c'est le SAMU, en cas de doute ou de non confirmation de l'HDT. [...] Que les gens soient au courant de la situation et qu'il y ait un enregistrement aussi sonore de mes arguments.* »

Enfin, **le/les tiers et les médecins traitants**, sont évoqués par deux médecins comme étant des interlocuteurs majeurs, notamment pour le recueil d'informations. M10 : « *Je pense que les deux interlocuteurs les plus utiles, c'est la famille mais souvent elle est sur place. Et éventuellement le médecin traitant.* »

3. Besoin de soutien psychologique

Lorsqu'au fil des conversations, le sujet du soutien psychologique a été abordé avec les médecins, deux sur quinze ont affirmé **ne pas en avoir besoin**. M7 : « *Alors le psychologue personnellement non, parce que j'ai l'impression que ça se passe de mieux en mieux et du coup ça va.* »

L'un des médecins **n'a pas su** nous dire si cela pouvait lui être bénéfique. M8 : « *Moi je suis toujours ok pour discuter, pour raconter un peu l'histoire et pour en parler même avec une psychologue. Eventuellement approfondir un peu mon vécu là-dessus. Ça peut être intéressant. Et puis ça peut aussi permettre de mieux se connaître et d'avoir des... Ça peut aussi, oui c'est ça, permettre de mieux se connaître, de connaître ses failles. Et justement d'y aller en connaissance de cause la fois suivante. Je trouve que c'est un peu intéressant. Tu sais c'est comme les militaires qu'on débriefe. Tu sais qu'ils ont des sas de décompression quand ils reviennent d'opérations extérieures. C'est... je pense que ça ne serait pas bête dans l'idée. Mais après, personnellement aller me confier à un psychologue, je ne sais pas. C'est ni oui ni non. C'est je ne sais pas.* »

Un autre des quinze médecins **n'y semblait pas opposé**. M12 : « *Bah... pourquoi pas, si ! Si ! Je pense qu'on a toujours quelque chose de bon à prendre, parce que peut-être que notre technique de faire, n'est pas bonne. Faut savoir se remettre en question hein.* »

4. Remise en question

L'analyse des interviews nous a permis de mettre en évidence la volonté d'une certaine remise en question de la part des médecins. M12 : « *Et oui... après coup euh... des fois on ne se sent pas bien. Parce qu'on n'est pas forcément content de la façon dont ça s'est passé. On se demande toujours, est-ce que je n'aurais pas pu faire autrement ? Est-ce que j'aurais peut-être dû essayer d'apaiser plus les choses ? Est-ce que j'ai eu les bonnes paroles ? Est-ce que je n'aurais peut-être pas dû dire ça ? (Rires) Oui c'est vrai, on se remet quand même pas mal en question à chaque fois quoi.* »

Tout d'abord, **à propos des actes**.

A travers plusieurs témoignages, différents médecins nous ont relaté leur **volonté de bien faire**, d'agir au mieux et dans l'intérêt de tous. M2 : « *Je me suis toujours demandé, comment j'aurais pu... je me demande toujours, comment je peux aborder le mieux la situation et comment je peux amener la personne avec le moins de violence possible à rencontrer le spécialiste.* »

Un autre médecin a insisté sur le fait que **chaque situation est unique et doit s'accompagner d'une réflexion qui lui est propre**. M6 : « *Même si les textes sont là et les papiers sont toujours les mêmes, chaque situation est complètement singulière et nous demande une nouvelle réflexion.* »

Différemment, un autre médecin s'interroge sur **les limites d'une mise en danger physique qui pourraient le pousser à remettre en question sa pratique**. M3 : « *C'est vrai que le jour où il va... où il commencera vraiment à y avoir des histoires avec des médecins agressés physiquement... ah bah là du coup je pense qu'on se reposerait des questions par rapport aux SDT.* »

Pour finir, **à propos des Hommes et des suites de l'hospitalisation sous contrainte.**

Plusieurs médecins **se questionnent sur le ressenti de leurs confrères**. M3 : « *Et je pense que... ça c'est mon point de vue mais je pense qu'il y a des gens qui peuvent être un peu... traumatisés par rapport à ce qui se passe. Ils se reposent des questions un peu sur leur prise en charge, parce que c'est vraiment une exception au secret... au serment d'Hippocrate.* » M4 : « *Mais en fait en même temps, non la preuve que l'on n'en discute peut-être pas assez entre nous... Je suis incapable de répondre à vue de nez pour chacun de mes collègues, sur leur ressenti dans la même situation. Je ne sais pas si certains trouvent ça inconfortable, culpabilisant, enfin je reprends un petit peu le questionnement que tu développais tout à l'heure.* »

Un médecin semble soucieux concernant **la gestion du patient quand il décide de ne pas l'hospitaliser**. M7 : « *Euh... ouais peut-être là plutôt... Comment on gère l'après quand on ne fait pas d'HDT ?* »

Un autre médecin s'inquiète du **devenir des patients après une hospitalisation sous contrainte**. M10 : « *C'est ça que je vis le moins bien. C'est d'imaginer le... [...] l'après oui.* »

F. La formation

1. Sentiments autour de la formation médicale

Tout d'abord, un certain nombre de médecins interrogés nous ont fait part de leur sentiment d'**absence de préparation** à de telles interventions. M6 : « *Alors formé non. Clairement non.* » M12 : « *Et on n'est pas formés pour ça je pense.* »

La moitié des médecins pensent **s'être formés par l'expérience**, au fil du temps. M2 : « *On est formés sur le tas hein, formés sur le tas ou formés à travers d'autres types d'interventions ou formés par l'expérience personnelle.* » M12 : « *(Rires) Non... bon c'est petit à petit, c'est l'expérience.* »

L'un des médecins témoigne de **son expérience en psychiatrie** qui l'aide beaucoup. M12 : « *Donc j'ai fait un an et demi en psy. [...] Et... je pense que ça, ça m'aide beaucoup ! Oui, oui, oui... [...] Peut-être, je ne sais pas. Mais bon savoir mener un entretien, savoir quand est-ce que ça sert à rien déjà, d'essayer de discuter, voilà. Des fois il faut savoir être concis on va dire dans la prise en charge.* »

Un autre médecin nous parle de son **initiation à la psychiatrie à l'occasion d'un stage** chez SOS Médecins. M15 : « *Je pense que la seule formation que j'ai eue, c'est quand j'étais chez SOS en stage. On a fait ça et Docteur*** (Maître de stage, NdT) avait dû me dire, il faut toujours marcher derrière. Je ne sais plus où j'avais appris des petits trucs comme ça. On laisse les patients être devant, pas dans son dos. Ou alors en psy en stage d'externe, je ne sais plus.* »

D'autres médecins ont le sentiment d'être **aidés par des formations annexes.**

L'un s'est formé dans **un autre cadre.** M2 : « *Euh, (petit silence) personnellement j'ai fait des stages de communication non violente, dans d'autres cadres.* »

Un autre médecin a reçu une **formation d'hypnose** qui l'aide dans son relationnel aux patients.

M10 : « *Psychologiquement j'ai fait une formation d'hypnose avec Convergence à Rennes. Qui était de l'hypnose à l'époque où j'étais au SAMU, pour douleur et anesthésie. Sur laquelle j'ai énormément appris en termes de communication. Et notamment aller dans le sens du patient et de recevoir les informations, même si on n'est pas d'accord. Et surtout qu'un patient qui est stressé, qui pleure ou qui est agressif, il faut toujours aller dans son sens. Après une fois qu'il est redescendu... ça c'est un truc que j'utilise énormément !* »

Ce même dernier médecin évoque aussi une **formation brève sur la violence hospitalière** qui l'aide dans son analyse fine du comportement potentiellement violent du patient. M10 : « *J'ai fait une formation de deux jours quand j'étais aux urgences, sur la violence, aux urgences. Où j'ai aussi appris quelque chose de très utile, c'est-à-dire qu'il y a deux types de violence. Il y a la violence liée au stress et la violence liée à la recherche d'un bénéfice secondaire.* » M10 : « *C'est une formation que j'ai faite il y a dix ans et que j'utilise encore. Sur l'analyse rapide de la recherche de l'explication du comportement...* »

Enfin d'autres médecins nous exposent leur sentiment concernant le **manque de formation des intervenants.** M12 : « *Et on voit bien que c'est compliqué pour les ambulanciers aussi parce qu'ils ne savent pas gérer ça. Et puis, ils n'ont pas d'éléments médicaux je pense. Ils n'ont pas de formation non plus, encore moins que nous là-dessus. Et ils essaient toujours de négocier, enfin ça prend du temps de parlementer. Et la police encore moins je trouve... parce qu'eux n'ont pas envie d'arriver aussi à la violence. Et c'est ça qui est difficile.* »

2. Souhaits de formation évoqués

A plusieurs reprises, quelques propositions ont été faites par certains médecins concernant l'amélioration de la formation.

Pour débiter, les médecins nous ont parlé de leurs classiques **formations théoriques** qu'ils ont l'habitude de recevoir.

Un médecin souhaiterait améliorer ses connaissances en termes de **gestion de situations de crises.** M7 : « *Et c'est pour ça que je voudrais faire l'autre truc avec le CHEM (Collège des Hautes Etudes en Médecine, NdT) effectivement. Mais c'est plus pour avoir euh... leur avis pour savoir comment faire dans les situations qui sont un peu compliquées.* »

Un autre aimerait **perfectionner ses connaissances de sémiologie psychiatrique fine**. M14 : « *C'est-à-dire que mes tableaux cliniques de psychiatrie, dans les tableaux fins, je pense qu'il faudrait que je les « révise » ou que je fasse des formations dans ce sens. »*

Pour poursuivre, un médecin sur les quinze nous a parlé de la mise en place de **formations pratiques**, essentielles à ses yeux. Il évoque la nécessité de se tourner vers de nouveaux apprentissages, notamment celui **des jeux de rôles**. M14 : « *Il faut faire des jeux de rôle il faut rentrer dans un scénario où il y a quatre policiers, où il y a trois ambulanciers, un patient fou et la mère et voilà. Et à ce moment-là il faut lui apprendre comment manager. Comment être leader ! Et ça les médecins ils ne savent pas faire, parce qu'on ne leur a jamais appris. Donc un bon médecin qui gère à mon avis une SDT, il faut qu'il commence par être un bon leader, un bon manager. Et ensuite il sera très bon. »*

Ensuite, concernant la **formation des étudiants en médecine**, un médecin nous a interpellés sur l'intérêt de la **confrontation des étudiants en médecine générale aux situations d'HSC**. M8 : « *Donc je pense qu'il serait bien qu'on soit réellement formé à ça. Et pas seulement au cours de sessions généralistes quoi. Qu'on ait un psychiatre qui nous dise quoi faire et qu'on soit amené forcément au cours de notre internat à voir des SDT quoi. »*

Par ailleurs, il soumet l'idée d'un **stage en psychiatrie obligatoire pour les internes en médecine générale**. M8 : « *Oui je pense que le passage en psychiatrie, obligatoire... moi je n'y suis pas passé. Je ne suis jamais passé en psychiatrie. La psychiatrie je l'ai vraiment apprise dans les bouquins et sur le tas. »*

Enfin, pour aller un peu plus loin dans la réflexion, ce même médecin nous a parlé de son désir de voir s'**intensifier la collaboration entre les médecins généralistes et les psychiatres**, entre autres sur le terrain. Il propose l'idée d'instaurer une **astreinte mobile en psychiatrie** qui puisse venir en aide au médecin généraliste ou urgentiste en difficulté sur le terrain. M8 : « *Avoir un spécialiste, qu'on puisse déplacer, même en second recours. Un mec d'astreinte qui puisse se déplacer pour donner un avis, ben je pense que ça aiderait bien quand même. »*

V. DISCUSSION

A. Les forces de cette étude

La principale force de cette étude est **l'originalité de l'angle abordé**. En effet, peu d'études s'intéressent au vécu des médecins dans les situations d'hospitalisation sous contrainte. Cette étude qualitative a permis d'aborder un sujet délicat et intime auprès des médecins de SOS Médecins Rennes et Saint-Malo, ce qui est une première. A l'heure où les recherches portent de plus en plus sur la santé physique et mentale des médecins et des étudiants en médecine, notre problématique d'étude nous a semblé pertinente.

Le choix de la **méthode qualitative** nous a semblé cohérent pour mieux comprendre le vécu des médecins. La diversité et la richesse des points de vue et des réponses nous confortent dans ce choix. Nous avons recueilli leurs opinions afin d'essayer de donner du sens à leur pratique. Cette méthode de recherche qualitative est particulièrement adaptée à la médecine de premier recours.

B. Les limites et les biais

L'un des premiers biais que l'on peut soulever est un **biais d'interprétation** : « la qualité de l'analyse dépend des compétences et de l'expérience des chercheurs. » (21). Dans notre étude on peut remettre en cause le manque d'expérience du chercheur qui réalise pour la première fois une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. Il est possible qu'il ait influencé de manière inconsciente les réponses obtenues et donc la qualité du recueil.

Par ailleurs, lors de l'analyse, la triangulation des données n'a pas pu être respectée sur tous les entretiens, ce qui a pu engendrer un **biais d'analyse**. Nous n'avions pas la possibilité de nous faire assister par un expert titré en recherche qualitative. Moyennant quoi le double codage réalisé avec l'aide d'un intervenant extérieur a permis d'assurer la validité interne et la qualité de l'étude.

Il peut exister un **biais de recrutement**. Sur les 24 médecins contactés, seulement 15 ont été interrogés. Deux d'entre eux nous ont fait part de leur manque de disponibilité. Le manque de temps, l'éventuel manque d'intérêt pour le sujet, l'appréhension de l'exercice de l'entretien, incitant à la confiance, ont pu être des facteurs de réticences à la participation à l'étude. Ainsi, nous avons pu passer à côté de certaines données liées au refus par un médecin, non par désintérêt pour le sujet mais par peur de communiquer des informations du domaine de l'intime.

Nous regrettons la faible représentation féminine dans l'étude. Cependant celle-ci est corrélée avec le ratio hommes/femmes travaillant au sein des associations de SOS Médecins Rennes et Saint-Malo, qui ne correspond pas à un ratio 50/50. De plus, la sous-représentation de médecins très expérimentés (deux sur quinze avait plus de 10 ans d'expérience) est à prendre en compte. Ce manque de diversité dans la population de l'étude a pu influencer les résultats.

C. Discussion des résultats

1. La réponse aux urgences psychiatriques

a. Des dispositifs variables pour une réponse commune et cohérente

Michel de Clercq, père fondateur du concept de crise en psychiatrie explique : « Le concept de crise peut être compris comme une perturbation aiguë du fonctionnement structurel du patient, mais aussi de son contexte familial et conjugal devant une difficulté existentielle, un changement à affronter. Face à l'impossibilité du patient ou de la famille de résoudre ce problème et de sortir de ce moment difficile, la crise amène l'émergence d'un symptôme. Ce dernier apparaîtra rapidement insupportable pour le patient ou pour son entourage et provoquera l'appel à l'aide urgent lancé à une structure ou à un intervenant médico-psycho-social. L'urgence est ainsi comprise comme la partie émergée d'un iceberg beaucoup plus important. » (22).

En France, les dispositifs spécialisés de réponse à l'urgence psychiatrique s'organisent différemment sur le territoire, selon les partenariats locaux. Des équipes mobiles de psychiatrie voient le jour en réponse à une demande de plus en plus prégnante et à des soins de plus en plus tournés vers l'ambulatoire. Citons en exemple, l'Equipe Rapide d'Intervention et de Crise (ERIC), dépendant de l'hôpital Charcot, créée en 1994, qui représente un modèle de référence (9).

« La variété des dispositifs existant en France rend compte de la complexité de l'urgence psychiatrique. » (23).

Notre étude s'intéresse aux praticiens de SOS Médecins, non spécialistes de la psychiatrie, intervenant de manière fréquente en réponse à des besoins urgents, incluant le secteur de l'urgence psychiatrique.

Ils interviennent en collaboration avec de multiples intervenants en pré-hospitalier (Centre 15, forces de l'ordre, pompiers, ambulanciers, médecins généralistes, psychiatres) et l'entourage des patients.

Pour mémoire, SOS Médecins France et SAMU de France ont signé une convention-cadre en septembre 2005, actant ainsi la place particulière de cette structure dans la permanence des soins (24).

Boiteux *et al.*, présentent dans leur étude publiée en 2014, la nécessité d'un dispositif optimal, intégré dans un système global, au sein d'un réseau de soins opérationnel. Les différents acteurs du réseau doivent travailler en collaboration étroite, afin d'apporter une réponse de qualité à l'urgence (9).

b. Une évaluation compliquée de la dangerosité psychiatrique

Du fait des représentations de la maladie mentale dans la population générale, il existe une surestimation du risque de comportement violent chez les personnes souffrant de troubles mentaux (25).

L'enquête « Santé Mentale en Population Générale (SMPG) : images et réalités », porte un regard sur la stigmatisation du malade mental et sur l'image de la folie associée à la notion de dangerosité. En effet, « sur 36 000 personnes interrogées, plus de 75% associent les termes de fou et de malade mental à des comportements violents et dangereux » (26).

Cependant, « tous types de violence confondus, 3 à 5% seulement des actes violents seraient dus à des personnes souffrant de troubles mentaux. » (25). Ceci est en accord avec le vécu des médecins de notre étude qui estiment que le danger est rare. Or, le caractère potentiellement dangereux d'une personne atteinte de troubles mentaux graves est une réalité. Dans leur étude, Voyer *et al.*, rappellent que « l'évaluation de la dangerosité psychiatrique reste compliquée et nécessite une évaluation multifactorielle. La prédiction de survenue de comportements violents ou criminels est impossible, seule une évaluation du risque de comportement violent est possible. ». Il est donc indispensable de replacer le patient dans son contexte social, d'évaluer ses facteurs de risques individuels, cliniques et historiques d'antécédents de violence (27).

Senon *et al.*, nous précisent : « Quand il y a eu violence avant ou pendant une admission précédente, le patient a un risque majoré de dangerosité pour l'admission suivante. » (28).

Comme le relevaient les médecins de notre étude, il apparaît donc indispensable d'anticiper les situations potentiellement à risque de violence pour éviter l'escalade et de recueillir, en amont, des informations précises sur les éventuels antécédents de violence du patient.

La HAS a émis en 2016 des recommandations concernant le désamorçage de situations à risque de violence. La notion de communication apparaît être un facteur de protection contre l'émergence de la violence. En synthèse de ces recommandations, un diagramme, mis à disposition des soignants, apporte des éléments de réponse quant à la bonne attitude à adopter dans ces situations. On retrouve des similitudes avec les thèmes abordés par nos médecins dans les entretiens : le contrôle de soi, la délimitation de l'espace (la mise en sécurité), le respect et l'empathie, la considération du patient (29).

2. Une décision adaptée à la pratique de SOS Médecins malgré quelques difficultés

Une étude qualitative brestoise réalisée par Maucort *et al.*, publiée en 2017, centrée sur le point de vue des médecins généralistes, révèle que le contexte de l'hospitalisation sous contrainte en urgence, n'est pas adapté au mode d'exercice du médecin traitant (pas d'habitude de l'urgence, manque de compétences face aux urgences psychiatriques, acte chronophage) (17).

A contrario, notre étude permet de mettre en évidence une réelle adéquation de la pratique des médecins de SOS Médecins pour répondre à ce type d'urgence. Ces derniers ont l'habitude de l'exercice d'urgence sur le terrain et semblent plutôt à l'aise dans leur rôle.

Cependant, au sein de notre étude, diverses difficultés sont tout de même pointées. Tout d'abord, la gestion du temps de ces interventions apparaît complexe. Elles s'avèrent chronophages, en particulier pour les jeunes médecins ayant peu d'expérience. L'entretien psychiatrique demande du temps, là où, en situation de crise, la décision doit être rapide (9).

Ensuite, certains médecins interrogés rapportent des difficultés dans la rédaction des certificats médicaux initiaux. Ils évoquent un manque de connaissances en sémiologie fine psychiatrique, leur permettant de réaliser sans arrière-pensée, des certificats conformes.

Une note de cadrage de la HAS réalisée en 2015 concernant la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement, va dans ce sens en expliquant que « souvent les certificats médicaux ne fournissent pas assez d'éléments nécessaires au juge des libertés et de la détention pour étayer ses décisions, et que des mainlevées d'hospitalisation complète peuvent être prononcées par manque de justification. » (30).

Enfin, sur un plan organisationnel, des difficultés sont abordées quant à la collaboration effective en temps réel avec le SAMU. Les médecins évoquent des dysfonctions procédurales impactant directement le déroulement de l'intervention.

Malgré cette spécificité contextuelle de l'urgence, pour une prise en charge efficiente, le médecin de SOS Médecins se doit nécessairement de resituer le patient dans sa dimension la plus globale possible, répondant au modèle holistique du « bio-psycho-social. » En ce sens, il considère le patient dans ses dimensions culturelles et existentielles. Cette prise en compte multidimensionnelle du patient répond à la définition internationale de la médecine générale par la Société européenne de médecine générale (WONCA) (31).

Le médecin urgentiste, tout comme le médecin généraliste jouent divers rôles, celui du « médecin-pivot », celui du « médecin-coordonateur », et du « médecin-orienteur » (32). Ils se situent donc au cœur d'une gestion d'un système complexe, au sein duquel ils essayent de donner du sens à leur pratique.

3. La contrainte, entre respect des libertés individuelles et nécessité de soins

À travers la décision d'hospitalisation sous contrainte d'un patient, le médecin engage sa responsabilité médicale mais aussi morale. Cependant, cette décision est nécessaire, elle est un « compromis entre sécurité du patient et respect de sa liberté. Face à un trouble mental, le médecin est parfois soumis à deux obligations opposées : respect des libertés individuelles mais aussi devoir d'assistance à un sujet qui ne serait plus en état de décider par lui-même. » (33).

Cette responsabilité est parfois vécue comme un poids par les médecins interrogés dans l'étude. En ce sens, elle pose la question de la privation de liberté d'un individu. À elle seule, cette notion semble représenter une contrainte aux yeux du médecin. L'étude met en évidence le soulagement moral des médecins à l'idée d'une réévaluation de leur patient par un confrère spécialiste.

L'évaluation de la capacité à consentir est complexe car relativement subjective. Braitman explique que « L'évaluation aura dans tous les cas à prendre en compte, outre les symptômes, la subjectivité de la rencontre et le contexte situationnel. » (34). À travers l'étude, on remarque que cette expertise s'avère d'autant plus difficile que certaines situations de crises semblent se situer à la frontière du médico-social voire du médico-judiciaire.

Les médecins interrogés dans l'étude évoquent librement et spontanément la notion de pression subie au moment des interventions. Celle-ci peut émaner de différents acteurs : des intervenants, de l'entourage du patient, du corps médical ou du patient lui-même. Est-ce un miroir de la pression sociétale sur le médecin à qui l'on réclame de plus en plus d'efficacité ? De Clercq évoque un thérapeute soumis à la « pression de l'agir » (22). Dans quelle mesure cette pression influence-t-elle la prise de décision du médecin ?

Pour autant comme le souligne l'un des confrères interviewés de notre étude, les médecins ne doivent pas être considérés comme des « certificateurs » mais au contraire, comme des « évaluateurs » de situation, en quête de sens, agissant pour le bien du patient et essayant de créer une alliance de travail avec ce dernier (22).

Paradoxalement, pour les médecins de l'étude, l'une des difficultés les plus importantes dans la prise de décision, est celle de ne pas hospitaliser le patient. A travers cette interrogation, apparaît la notion d'incertitude, constitutive de l'exercice de la médecine de premier recours, comme l'explique la sociologue Géraldine Bloy (35). Se pose aussi la question implicite de l'appréhension de l'éventuelle erreur médicale, dans un univers d'exercice de plus en plus judiciairisé.

« L'utilisation de la contrainte en psychiatrie a donc bien une utilité et une légitimité dans la prise en charge des malades mentaux et elle est donc un outil de soins. Cependant, elle doit toujours être appliquée avec la plus grande mesure, afin d'en éviter des utilisations abusives, qui lui enlèveraient ce caractère thérapeutique. » (36)

4. Ressentis et répercussions psychologiques des interventions sur les médecins

a. Expérience vécue et ressentis

La lecture et l'interprétation des émotions véhiculées par les témoignages des différents médecins permettent de mettre en évidence une certaine ambivalence des sentiments de ces derniers. Alors qu'une tendance pessimiste est mise en exergue à travers certains propos, tels que : « l'appréhension, le malaise, l'acte déplaisant », elle est contrebalancée par un sentiment positif très fort, qui est celui du « soulagement » de l'accomplissement d'une telle intervention.

Par ailleurs, les médecins nous font part dans l'étude, de leur analyse de la détresse psychologique dans laquelle se situent leurs patients au moment des interventions de crise. Ils tentent à travers leur pratique de rendre, au maximum, sa part d'humanité à la relation médecin-patient/patient-médecin, en considérant l'être en tant qu'Homme. Dans son article, Gérard Tixier nous éclaire sur ce sentiment de considération et de respect du médecin envers son patient dans la situation précise de l'HDT : « Je reste habité par cette pensée, lorsque le seuil de sa porte est franchi, jusqu'à la montée dans l'ambulance et longtemps encore. Je souhaite que ce voyage, hors de lui-même, le fasse revenir habité d'une vie nouvelle auprès de ceux qui ont tant à apprendre de son expérience. » (37).

Concernant le rapport à l'entourage du patient, les médecins perçoivent, pour nombre d'entre eux, des familles en grande souffrance. Gérard Tixier, évoque un « choc affectif et moral » (37). Michel de Clercq parle de « l'engagement des familles ». « Ils sont effrayés et bouleversés par les frasques du patient en état de crise. » (22). Il apparaît donc naturellement nécessaire, aux yeux des médecins interrogés, d'accorder un temps d'écoute et de soutien à ces familles en demande de réponses. Ce temps d'échanges et de partage, joue alors un rôle de catharsis à la fois pour les proches mais aussi pour le médecin, comme pour les soulager du traumatisme vécu.

De notre étude émane une idée paradoxale du vécu des médecins selon leur expérience. Pour les plus jeunes, les interventions sont redoutées. Cela peut se justifier par le manque d'expérience de ces derniers. En outre, à travers les propos d'un grand nombre de médecins interrogés, il ressort que l'expérience les aide à relativiser. Cependant, l'acte semble rester difficile à vivre pour deux autres médecins malgré leur expérience. Ainsi cette dernière n'apparaît pas comme la seule ressource permettant d'apaiser les esprits. On peut évoquer l'existence de facteurs extérieurs influençant le vécu des situations, telles que les représentations sociales, les particularités individuelles. La notion d'expérience vécue a été définie par la sociologue Denise Jodelet comme « La façon dont les personnes ressentent, dans leur for intérieur, une situation et la façon dont elles élaborent, par un travail psychique et cognitif, les retentissements positifs ou négatifs de cette situation et des relations et actions qu'elles y développent. » (38).

b. Mise en évidence de réactions psycho-traumatiques aux interventions

Dans l'étude, notre interrogation se pose sur les témoignages d'un grand nombre de médecins qui nous rapportent les détails des interventions avec une précision étonnante. Leur discours apparaît alors fluide et limpide. Les souvenirs conscients semblent inscrits de manière pérenne dans les mémoires. De ce constat, on comprend l'impact émotionnel que provoquent ces interventions sur les médecins initiateurs de la procédure. Deux médecins en particulier, semblent plus marqués que les autres et rapportent des éléments anxieux à type de somniloquies, de cauchemars et de réactions dissociatives (flash-back). Ces symptômes du domaine des troubles répétitifs, sont l'une des dimensions caractérisant les troubles de stress post-traumatiques (39). La temporalité des troubles ne semblant pas dépasser les quelques jours, nous permet de statuer sur la présence d'éléments aigus d'un état de stress péri-traumatique, pouvant se développer chez ces médecins.

Une étude publiée en 2005 par Laurent *et al.*, sur les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU, met en évidence la présence de troubles répétitifs chez les intervenants et l'impact psychologique des événements à caractère traumatique dans les mémoires. L'auteur pose la question de l'éventuelle valeur défensive que pourraient jouer les symptômes de répétition (40).

Comme évoquée en introduction, l'étude de Robin *et al.*, publiée en 2001, sur l'Equipe Rapide d'Intervention de Crise (ERIC), montre que les médecins psychiatres travaillant au sein de cette équipe mobile, sont exposés à « un effet de burn-out », du fait de l'intensité du travail en situation de crise et de la tension qui règne entre les différents acteurs sur place (15).

De manière indéniable, les situations d'urgences psychiatriques sur lesquelles interviennent les médecins de SOS Médecins sont pourvoyeuses d'un état de stress aigu, qui pourrait selon certains auteurs constituer un indice de vulnérabilité pour un état de stress post-traumatique ultérieur (40). Toutefois, un certain nombre de médecins interrogés dans notre étude modèrent le propos. En exemple, l'un des médecins nous précise qu'il n'a pas été atteint dans « son intégrité physique » et qu'il ne se sent donc pas impacté psychologiquement par les situations. Cette nuance semble importante et souligne la variabilité interindividuelle du ressenti des différents événements vécus.

5. Des échanges constructifs, indispensables voire même thérapeutiques

L'analyse des différents témoignages des médecins a permis de montrer la place centrale qu'occupe la communication en amont, pendant et après les interventions de crise. Le dialogue apparaît comme indispensable à la compréhension des événements. Pour le médecin, il tient lieu d'exutoire.

Ce qui ressort de notre étude, est au premier titre l'importance des échanges entre les médecins. Cette capacité de communication renforce le sentiment de cohésion du groupe. Le dialogue centré sur les échanges de pratique, permet la remise en question et l'amélioration des compétences professionnelles. De plus, il se révèle être un véritable soutien moral pour les médecins. Une thèse réalisée par Emmanuelle Cugny Sinteff, en France, en 2007, sur les impacts des événements potentiellement traumatisants sur les intervenants en SAMU SMUR des Vosges, va dans ce sens en expliquant que « le dialogue avec les collègues est la solution la plus plébiscitée contrairement à un soutien d'ordre psychologique ou psychiatrique. » (41). Ainsi, on constate que s'opère une sorte de « debriefing informel » entre collègues, en post-immédiat d'un événement potentiellement vécu par certains, comme traumatisant. De manière plus générale, rappelons qu'il a été démontré l'importance d'une prise en charge psychologique précoce après un événement traumatisant (42). L'intérêt du debriefing nuancé par la méta-analyse Cochrane (43) semble viser avant tout l'impact collectif plutôt que l'impact individuel (42). Se pose tout de même la question de la pertinence de proposer un soutien psychologique, par des professionnels expérimentés, de manière systématique, aux médecins qui en ressentiraient le besoin et la nécessité. Certains médecins de notre étude n'y semblent pas opposés.

La notion délicate de la rupture du secret professionnel inhérente au partage des expériences entre confrères apparaît importante à souligner. Le Conseil national de l'Ordre des médecins a publié un rapport (44) en mai 1988, sur le concept du « secret professionnel partagé ». Dans cet écrit est stipulé que le secret partagé « n'a aucune base légale ou réglementaire et s'oppose au caractère général et absolu du secret médical. Il s'est imposé, au cours des siècles, dans la pratique quotidienne afin d'assurer la coordination et la qualité des soins. Ce partage d'informations, n'est admis que dans l'intérêt du patient » et non dans l'intérêt du médecin. C'est ainsi que les conditions d'échanges entre confrères sont soumises à certaines limites.

Par ailleurs, ce qui nous interpelle positivement dans l'étude, c'est la capacité des médecins à se remettre en question et à considérer l'influence de leurs actes et leurs rapports aux autres. En prenant de la distance sur leurs attitudes et comportements, ils réfléchissent au sens donné à leur pratique. La volonté de bien faire et d'agir pour le bien du patient semble prévaloir. L'un des médecins nous éclaire sur le fait que chaque situation est unique et doit s'accompagner d'une réflexion qui lui est propre. Ainsi il ne semble pas y avoir de réponse univoque aux situations de crise. Le médecin doit donc développer des capacités d'adaptation. Une étude qualitative québécoise, de 2017, explorant le vécu de la crise à partir de la parole d'intervenants travaillant en unité de crise et d'urgences psychiatriques, parle de la « prise en charge d'une crise de manière singulière », « d'un mode de présentation des sujets en état de crise qui est diversiforme et qu'il faut travailler au cas par cas. » (45).

D'autre part, une notion majeure se dégage de l'étude. Elle est celle de la collaboration entre les médecins de premiers recours et les psychiatres. Les médecins interrogés dans l'étude semblent en difficulté pour joindre un psychiatre libéral au moment de l'urgence, en temps réel. Ce propos est nuancé par l'efficacité de la réponse du psychiatre de garde. L'avis spécialisé apparaît comme un recours fondamental dans l'aide à la prise de décision. Il semble donc impératif de le renforcer. Plusieurs études appuient la nécessité d'intensifier cette collaboration (46). Une thèse réalisée en 2013 par Jeanne Lanoë sur la coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique, montre que « 83% des médecins généralistes interrogés souhaitent plus d'interactions avec leurs confrères psychiatres » (47). En ce sens, une charte de partenariat a été signée en 2014, entre médecins généralistes et psychiatres de secteur, pour poser le cadre symbolique, et pragmatique d'une telle collaboration (48).

6. Formations : perspectives de changements pour une modernisation des pratiques

Les entretiens menés auprès des médecins mettent le doigt sur le manque de formation en psychiatrie de ces professionnels de terrain, ayant une formation à la fois de médecin généraliste et de médecin urgentiste. Plus de la moitié des médecins estiment s'être formés sur le terrain, au gré de leurs expériences. D'autre part, notre étude met en évidence l'insuffisance de formation des intervenants travaillant aux côtés des médecins lors des interventions de crise (forces de l'ordre, ambulanciers).

Les médecins interrogés souhaitent approfondir leurs connaissances en sémiologie fine dans un souci de perfectionner leur pratique. Par ailleurs, l'un des médecins évoque l'idée de développer des séances de simulations, sous forme de jeux de rôles, permettant de mettre en œuvre des situations cliniques d'urgences psychiatriques, faisant intervenir de multiples acteurs (forces de l'ordre, pompiers, ambulanciers, patient, entourage, SAMU). Ce système innovant et déjà développé en médecine d'urgence et réanimation, permettrait aux médecins et aux intervenants, de s'exercer dans des conditions réalistes. Ces situations leur permettraient d'améliorer leur capacité à manager une équipe et à prendre en charge un patient en crise psychiatrique aiguë. C'est rarement, voire pas du tout que les médecins généralistes y sont confrontés durant leur internat.

Une étude de Fovet *et al.*, corrobore cette idée. Elle propose, dans la mouvance actuelle du développement de nouvelles technologies, de mettre en place plus largement, pour les internes en médecine générale, des mises en situations cliniques en psychiatrie à l'aide de supports virtuels (*serious games*) (49).

Au sein de l'étude, un des médecins évoque l'insuffisance de formation des étudiants en médecine générale à la psychiatrie. Il aborde notamment deux angles de réflexion : la nécessité de développer la formation des internes en médecine générale aux situations d'urgences psychiatriques et évoque le passage obligatoire des internes de médecine générale, en stage, dans un service de psychiatrie au cours de leur cursus. En ce sens, une enquête nationale sur la formation à la psychiatrie des internes de médecine générale, publiée en 2017 et réalisée par Camille Bez et Lepetit Alexis, montre par exemple que l'une des thématiques peu abordée dans la formation, concerne les modalités de soins avec ou sans consentement (50).

Les rapports gouvernementaux récents soulignent une volonté de changement des mentalités et d'amélioration des pratiques. L'évaluation du plan « Psychiatrie et Santé Mentale 2011-2015 » par le Haut Conseil de la Santé Publique en mars 2016, propose de renforcer et d'améliorer la formation des médecins généralistes en psychiatrie (51). Dans son rapport relatif à la santé mentale, en octobre 2016, pour le Ministère des Affaires sociales et de la Santé, M. Laforcade, directeur général de l'Agence Régionale de Santé de Nouvelle Aquitaine, émet la proposition d'inclure dans la formation des médecins généralistes, un stage en troisième cycle en établissement psychiatrique (52).

VI. CONCLUSION

Les praticiens de SOS Médecins Rennes et Saint-Malo sont soumis à un stress professionnel lorsqu'ils prennent en charge des patients en situation d'urgence psychiatrique, nécessitant parfois d'être hospitalisés sous contrainte. L'initiation de cette procédure ayant une spécificité toute particulière, à laquelle les médecins de SOS Médecins sont fréquemment exposés, est un acte tout sauf anodin. Evaluer la nécessité d'imposer des soins sous contrainte, puis prendre la décision de la mettre en œuvre en préservant le patient, sa famille mais aussi le médecin, s'avère délicat.

La gestion de ces situations apparaît complexe, tant sur un plan organisationnel que sur un plan humain et éthique. Elle nécessite la mise en place d'un réseau de soins optimal, impliquant une collaboration étroite, en temps réel, entre différents intervenants. Le médecin occupe alors une place centrale, de « manager » d'équipe. La responsabilité médicale qui lui incombe s'avère importante. Cependant, la contrainte doit rester mesure d'exception. Michel Foucault écrivait : « Lorsque la raison est atteinte, la liberté peut être contrainte ; encore faut-il que cette atteinte de la raison soit précisément une de celles qui menacent l'existence du sujet ou la liberté des autres. » (53). Ainsi, la décision du médecin doit être réfléchie, justifiée et mesurée.

L'analyse du vécu des médecins à partir des entretiens peut suggérer que les praticiens de SOS Médecins sont des professionnels compétents pour initier ces procédures d'hospitalisation sous contrainte qui s'avèrent parfois périlleuses. Leur expérience dans le domaine, leur formation d'urgentiste, leur capacité de communication, de remise en question et d'introspection peuvent contribuer à les rendre expert en la matière.

Pour autant, cette étude met en évidence des réactions psycho-traumatiques touchant certains praticiens. Ces troubles, correspondant au registre du syndrome de répétition, indiquent que ces interventions ont un impact psychologique négatif sur certains médecins. Ils semblent inscrits de manière indélébile dans la mémoire du sujet, témoignant d'un stress important. De par leur mode d'exercice, les médecins de SOS Médecins sont soumis à un stress récurrent, majoré par ce type d'intervention à forte valeur émotionnelle ajoutée.

Dans un souci de prévention des conséquences psychologiques sur le long terme, il semble utile de sensibiliser les praticiens de SOS Médecins à ce risque, à la possibilité de le méconnaître et à celle d'une aide les concernant. La place du dialogue entre les médecins se révèle être un élément-clé pour surmonter certaines situations difficiles. Se pose la question de la mise en place de séances d'échanges collectifs, avec la participation d'un psychiatre, afin de bénéficier d'une supervision extérieure. Valoriser l'expérience acquise et permettre un espace de réflexion éthique pourraient permettre de donner plus de sens à la pratique.

Notre étude est une première et nos résultats nécessiteraient d'être approfondis et confirmés. Il serait intéressant de réaliser une enquête quantitative auprès des médecins de SOS Médecins en France, afin de prendre en compte les facteurs psychologiques interindividuels dans la réponse au stress des interventions d'urgences psychiatriques.

Enfin, sur un plan pédagogique, l'accent doit être mis sur la pratique. Ainsi, l'instauration de stages obligatoires en psychiatrie pour tout étudiant en médecine générale en troisième cycle doit être pensée.

Concernant les urgentistes en formation, les médecins généralistes qui le souhaiteraient et les praticiens de SOS Médecins en exercice, il semble important de réfléchir à la mise en place de séances de simulations de situations cliniques d'urgences psychiatriques, sous forme de jeux de rôles. Face à ces situations souvent imprévisibles et sous tension, plusieurs objectifs représentent des enjeux majeurs de formation : prendre en charge un patient en état de crise aiguë psychiatrique, appréhender la manière de travailler aux côtés de nombreux intervenants et enfin, savoir désamorcer une situation menaçante, voire potentiellement dangereuse.

Conflits d'intérêts : aucun

Imprimé n° 4

UNIVERSITÉ DE
RENNES 1
Scolarité médecine 3^{ème} cycle
2 avenue Professeur Léon Bernard
35043 RENNES Cedex

FACULTE DE MEDECINE

NOM et Prénom : THIBAUDEAU Camille

TITRE DE LA THESE d'EXERCICE


**Quels sont les ressentis des médecins en charge d'initier
une procédure de soins psychiatriques sous contrainte ?**

**Vécu des urgentistes de SOS Médecins en Ile-et-Vilaine,
exploré par une enquête qualitative**

Rennes, le *10 mai 2018*


SOS MÉDECINS
Dr Jean-François BRUN
Urgentiste
06 94406 0
Le Directeur de thèse

Rennes, le *17 mai 2018*


Professeur Dominique BRAVIER
Médecin-Universitaire
Le Président de jury

Vu et permis d'imprimer

Rennes, le

22 MAI 2018

UNIVERSITÉ DE
RENNES 1

Le Président de l'Université
de Rennes1


D. ALIS

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Plan d'action global pour la santé mentale 2013-2020. Organisation mondiale de la Santé; 2013.
2. Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en oeuvre de la loi du 5 juillet 2011. *Questions D'économie Santé Irdes*. 2017;222.
3. Voyer M, Jonas C, Senon J-L. Soins psychiatriques sans consentement. *Rev Prat*. Décembre 2015;65:127-130.
4. République Française. Article L3212-1 du code de la Santé Publique, modifié par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013-art.1. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
5. République Française. Article L3212-3 du code de la Santé Publique, modifié par la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011-art.2. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
6. République Française. Article L3213-1 du code de la Santé Publique, modifié par la loi n°2013-869 du 27 septembre 2013-art.10. [en ligne]. Disponible sur : <http://www.legifrance.gouv.fr>
7. République Française. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. 2002-303, *JORF* mars 4, 2002 p. 4118.
8. Ministère chargé de la Santé. Plan Psychiatrie et Santé mentale 2011-2015 [Internet]. Paris; [cité 3 avr 2018]. Disponible sur: http://portail-web.aphp.fr/affairesjuridiques/IMG/pdf/Plan_Psy_-_2011-2015.pdf
9. Boiteux C, Clostre M, Querel C, Gallarda T. Urgence psychiatrique. *EMC - Psychiatr*. 1 janv 2004;1(1):87-104.
10. Haute Autorité de Santé. Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux [Internet]. Paris: HAS; 2005 avril [cité 28 mars 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Hospitalisation_sans_consentement_recos.pdf
11. Fournet N, Caillère N, Fouillet A, Caserio-Schönemann C, Josseran L. Le système français de Surveillance sanitaire des urgences et des décès (SurSaUD®) [Internet]. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire; 2011 mai p. 12. Disponible sur: <http://www.invs.sante.fr>
12. Gobillot C, Claudel H. Admission en soins psychiatriques en cas de péril imminent (SPPI) : une solution de facilité ? *Inf Psychiatr*. 27 avr 2015;me 91(4):339-47.
13. Bouchammach F. État des lieux de l'activité de SOS Médecins Pau lors de la permanence des soins en médecine ambulatoire : étude rétrospective descriptive des visites en 2013 [Internet]. [Thèse d'exercice]. Bordeaux; 2015 [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01164499/document>
14. Ardoin C. Essai de typologie des appels pour demande de soins non programmés à domicile au standard de SOS Médecins Grenoble : étude comparative rétrospective entre les visites effectuées suite aux appels directs au standard SOS Médecins Grenoble et celles relayées par le SAMU centre 15, du 1er janvier 2011 au 31 mars 2012 [Internet]. [Thèse d'exercice]. [Grenoble]; 2013 [cité 10 avr 2018]. Disponible sur: <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00808953/document>
15. Robin M, Pochard (D) F, Ampélas J-F, Kannas S, Bronchard M, Mauriac F, et al. Les dispositifs d'urgence psychiatrique et de crise en France. *Thérapie Fam*. 2001;22(2):133-51.
16. Senon J-L. Mieux prévenir et prendre en charge les moments de violence dans l'évolution clinique des patients adultes lors des hospitalisations en services de psychiatrie. HAS. sept 2016.
17. Maucort E, Barraine P, Evrard A, Botbol M, Walter M, Barais M. L'hospitalisation sous contrainte : décision sous contrainte? Une étude qualitative avec des médecins généralistes. *Exercer*. janv 2017;129:12-9.
18. Paillé P., Mucchielli A. *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. 4ème édition. Paris : Armand Colin; 2016.
19. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L, et al. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer*. 2008;84:142-5.

20. Bréchon P. Enquêtes qualitatives, enquêtes quantitatives. Grenoble, Presses universitaires de Grenoble; 2011. (Politique en +).
21. Hudelson P. La recherche qualitative en médecine de premier recours [Internet]. Revue Médicale Suisse. 2004 [cité 19 avr 2018]. Disponible sur: <https://www.revmed.ch/RMS/2004/RMS-2497/24011>
22. De Clercq M. L'intervention de crise, une réponse au changement de la pratique psychiatrique et de la demande du patient. Santé Ment Au Qué. 1991;16(2):155.
23. Walter M, Genest P. Réalités des urgences en psychiatrie. Inf Psychiatr. 2006;me 82(7):565-70.
24. PUBLIC SOS Médecins France - Organisation, activité et impact de SOS MÉDECINS [Internet]. [cité 12 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.sosmedecins-france.fr/index.php/accueil/professionnels/activite/36-organisation-activite-et-impact-de-sos-medecins->
25. Haute Autorité de Santé. Dangerosité psychiatrique: étude et évaluation des facteurs de risque de violence hétéro-agressive chez les personnes ayant des troubles schizophréniques ou des troubles de l'humeur. HAS [Internet]. mars 2011 [cité 28 mars 2018]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-07/evaluation_de_la_dangerosite_psychiatrique_-_recommandations_2011-07-06_15-48-9_213.pdf
26. Roelandt J-L, Caria A, Defromont L, Vandeborre A, Daumerie N. Représentations sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France. L'Encéphale. 1 janv 2010;36(3, Supplement 1):7-13.
27. Voyer M, Senon J-L, Paillard C, Jaafari N. Dangerosité psychiatrique et prédictivité. Inf Psychiatr. 2009;me 85(8):745-52.
28. Senon J-L, Manzanera C, Humeau M, Gotzamanis L. Les malades mentaux sont-ils plus violents que les citoyens ordinaires ? Inf Psychiatr. 2006;me 82(8):645-52.
29. Haute Autorité de Santé. Stratégies de désamorçage de situations à risque de violence. HAS [Internet]. 2016 [cité 28 mars 2018]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2016-10/outil_05_desamorçage.pdf
30. Haute Autorité de Santé. Protocoles pour la rédaction des certificats dans le cadre des soins sans consentement. HAS [Internet]. mars 2015 [cité 3 avr 2018]; Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2015-03/note_de_cadrage_certificat_sans_consentement_032015.pdf
31. Europe W. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. Coord Rédactionnelle Trad En Fr Prof Pestiaux Cent Univ Médecine Générale UCL Brux Belg. 2002.
32. Schweyer F-X. Activités et pratiques des médecins généralistes. In: Singuliers généralistes [Internet]. Presses de l'EHESP; 2010 [cité 20 avr 2018]. p. 55-74. Disponible sur: <https://www.cairn.info/singuliers-generalistes--9782810900213-page-55.htm>
33. Pignon B, Rolland B, Tebeka S, Zouitina-Lietaert N, Cottencin O, Vaiva G. Critères de soins psychiatriques sans consentement. Revue de littérature et synthèse des différentes recommandations. Presse Médicale. nov 2014;43(11):1195-205.
34. Braitman A, Guedj M-J, Masson VD-L, de Carvalho J, Gallois E, Lana P. Critères de prise de décision aux urgences de l'hospitalisation sans le consentement. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 1 déc 2011;169(10):664-7.
35. Bloy G. L'incertitude en médecine générale : sources, formes et accommodements possibles. Sci Soc Santé. 2008;26(1):67-91.
36. Dubreucq J. La contrainte, un outil de soin en psychiatrie. [Thèse d'exercice]. Univ. Joseph Fourier, Faculté de médecine de Grenoble; 2012.
37. Tixier G. HDT, ses enjeux et ses risques dans une pratique de psychiatre urgentiste de ville à domicile. In: L'éloge du risque dans le soin psychiatrique [Internet]. ERES; 2006 [cité 10 avr 2018]. p. 69-83. Disponible sur: <https://www.cairn.info/l-elogue-du-risque-dans-le-soin-psychiatrique--9782749205533-page-69.html>

38. Jodelet D. Place de l'expérience vécue dans le processus de formation des représentations sociales. J.-M. Tremblay; 2007.
39. Nohales L, Prieto N. Qu'est-ce que le troubles de stress post-traumatique ? La Revue du Prat. janv 2018;68:92-6.
40. Laurent A, Chahraoui K, Carli P. Les répercussions psychologiques des interventions médicales urgentes sur le personnel SAMU. Étude portant sur 50 intervenants SAMU. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. oct 2007;165(8):570-8.
41. Cugny Sinteff E. Impacts des événements potentiellement traumatisants sur les intervenants en SAMU SMUR des Vosges. [Thèse d'exercice] [France]: Université de Nancy I. Faculté de médecine; 2007.
42. Prieto N, Nohales L, Favard T, Cheucle E. Prise en charge des troubles psychotraumatiques. La Revue du Prat. janv 2018;68:97-101.
43. Rose SC, Bisson J, Churchill R, Wessely S. Psychological debriefing for preventing post traumatic stress disorder (PTSD). Cochrane Common Mental Disorders Group, éditeur. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 22 avr 2002 [cité 28 mars 2018]; Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD000560>
44. Marcelli A. Le secret partagé. Rapp Pour Cons Ordre Adopté Lors Sess Mai. 1998.
45. Denis J, Hendrick S. Explorer le vécu de la crise à partir de la parole incarnée d'intervenants professant en unité de crise et d'urgences psychiatriques. *Approch Inductives Trav Intellect Constr Connaiss.* 2017;4(1):51.
46. Younes N, Gasquet I, Gaudebout P, Chaillet M-P, Kovess V, Falissard B, et al. General Practitioners' opinions on their practice in mental health and their collaboration with mental health professionals. *BMC Fam Pract.* 2 mai 2005;6:18.
47. Lanoë J. Coordination entre médecine générale et secteur psychiatrique : enquête auprès des généralistes du 15^e arrondissement de Paris. La création d'une équipe mobile en soins psychiatriques par les CMP répond-elle à un besoin dans la pratique des médecins généralistes ? [Thèse d'exercice] Paris Descartes; 2013.
48. Collège de la médecine générale, Conférence nationale des présidents de CME des centres hospitaliers spécialisés. Carte de partenariat entre la médecine générale et la psychiatrie de secteur. [Internet]. 2014 [cité 26 avr 2018]. Disponible sur: <http://www.lecmg.fr/internet/index.php?numrubrique=577&numarticle=964>
49. Fovet T, Amad A, Geoffroy PA, Messaadi N, Thomas P. État actuel de la formation des médecins généralistes à la psychiatrie et à la santé mentale en France. *Inf Psychiatr.* 12 juin 2014;me 90(5):319-22.
50. Bez C, Lepetit A. Formation à la psychiatrie des internes de médecine générale en France: résultats d'une enquête nationale. In: *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* Elsevier; 2017.
51. HCSP. Évaluation du plan psychiatrie et santé mentale 2011-2015 [Internet]. Paris: Haut Conseil de la Santé Publique; 2016 mars. Disponible sur: <https://www.hcsp.fr/explore.cgi/avisrapportsdomaine?clefr=555>
52. Laforcade M. Rapport relatif à la santé mentale [Internet]. Ministère des affaires sociales et de la santé; 2016 oct [cité 29 mars 2018]. Disponible sur: http://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dgos_rapport_laforcade_mission_sante_mentale_011016.pdf
53. Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard; 2007. 688 p. (Collection Tel).

ANNEXE 1- GUIDE D'ENTRETIEN

I - INTRODUCTION A L'ENTRETIEN

Tout d'abord merci d'avoir accepté cet entretien.

Je me présente, Camille Thibaudeau, interne en Médecine Générale à la Faculté de Médecine de Rennes.

Je réalise actuellement un travail de thèse sur le **thème des hospitalisations sous contrainte (HSC)**.

L'objet de mon étude est plus particulièrement **d'explorer le vécu des médecins de SOS Médecins Rennes et Saint-Malo dans ces situations complexes et d'essayer de comprendre leur ressenti psychologique.**

Cet entretien entre dans le cadre de cette étude.

Les **échanges** que nous aurons aujourd'hui sont bien sûr **anonymes**.

Je tiens à vous préciser que lors de la retranscription de notre entretien, je resterai **fidèle à vos propos**.

Pour l'analyse a posteriori de notre entretien, **un enregistrement audio est nécessaire**.

- **Etes-vous d'accord pour que l'entretien soit enregistré ?**
- **Etes-vous d'accord pour que je prenne quelques notes écrites complémentaires ?**

L'entretien va durer environ **30 minutes**, mais ce temps reste assez approximatif.

Pour le bon déroulement, je vous propose d'**éteindre votre téléphone portable**.

- **Est-ce que cela vous convient ? Avez-vous des questions avant de commencer sur le déroulement de l'entretien ?**
- *Signature du formulaire de consentement*
- *Début de l'enregistrement*

II- AU CŒUR DE L'ENTRETIEN

L'ordre des questions peut évoluer au fil de la conversation

➤ QUESTION D'OUVERTURE

1) **Pouvez-vous me raconter une situation d'hospitalisation sous contrainte qui vous a marqué ?**

*-Quel était le **contexte** ? Quelles étaient les **circonstances** ? **Comment cela s'est-il passé** ?*

*-Quel était le **lieu** ?*

*-Quel était le **motif d'intervention** ? **Combien de temps ça a duré** ?*

*-**Qui était présent** sur place ?*

*-Quel était le **comportement du patient** ?*

*-**Qu'avez-vous fait** ?*

➤ VECU

- **PROFESSIONNALISME**

2) **Avant d'arriver au domicile du patient, quelles sont vos **HABITUDES** pour vous mettre en condition ?**

*-**Quels sont vos RITUELS** en voiture avant d'arriver sur une situation de crise ?*

*-**Comment appréhendez-vous** la situation ?*

*-**A quoi pensez-vous** à ce moment là ?*

3) **En arrivant sur les lieux, quelle est votre ATTITUDE ?**

*-**Comment organisez-vous** votre intervention ?*

-Que faites-vous ?

*-**A quoi pensez-vous** ?*

3) Bis **Avez-vous une différence de perception/ de ressenti entre une intervention au domicile et en milieu hospitalier ?**

- PLACE DU MEDECIN

4) **Face aux nombre important d'intervenants extérieurs dans ces situations : quel RÔLE avez-vous?**

- Quelle est votre place ? Quelle est votre posture ? Quel est votre rapport aux autres ?*
- Quelle est leur influence sur vous, sur votre pratique, sur votre décision?*

5) **Malgré la présence de tout ce monde sur place, vous êtes seul à décider.**

En cas de **difficultés à prendre une décision éclairée** : quels RECOURS avez-vous ?

- Qui peut vous aider ? Comment trouvez-vous de l'aide ?*
- Quelles aides trouvez-vous ?*
- Qu'est ce que cela vous apporte ?*
- Quels sont les obstacles, les freins à trouver de l'aide?*

- DANGEROUSITE DU PATIENT

6) **Comment gérez-vous la dangerosité potentielle du patient ?**

- Quelle est votre attitude face à un patient dangereux ?*
- Quels sont vos moyens pour faire face à la violence du patient ?*
- Quelle(s) formation(s) avez-vous reçu pour faire face à la dangerosité d'un patient en crise ?*

➤ RESSENTI

- ETHIQUE

7) **Ces situations d'urgence vous imposent d'aller à l'encontre de vos pratiques habituelles et de prendre une décision d'hospitalisation sans le consentement du patient.**

Face à cette discordance éthique, que ressentez-vous ?

- Que ressentez-vous face à ce conflit éthique ?*

- RESSENTI PSYCHOLOGIQUE

8) **Après cette expérience : comment se sent-on ? Qu'est ce qu'on ressent ?**

- Quelles émotions ressentez-vous ? (anxiété, culpabilité, malaise...)*
- Que faites-vous ?*

9) **Comment arrivez-vous à poursuivre vos visites à domicile ?**

- Quelle influence cela a-t-il sur vous ? Sur votre comportement ?*
- En quoi vos pratiques sont-elles modifiées?*

10) **Quelle importance accordez-vous au fait de pouvoir reparler a posteriori de ces situations?**

- Quelles ressources avez-vous pour débriefer ?-*
- Qu'est ce que cela vous apporte ? Qu'est ce que cela vous apportera ?*
- Qu'est ce qui pourrait vous aider ?*
- Qui est ce qui pourrait vous aider ?*

➤ CONCLUSION DE L'ENTRETIEN

11) **Nous arrivons au terme de cet entretien, souhaitez-vous ajouter quelque chose qui n'aurait pas été abordé ou apporter des précisions sur un des éléments ?**

➤ REMERCIEMENTS

Je vous remercie chaleureusement d'avoir participé à cet entretien.

Si vous le souhaitez je pourrais vous communiquer les résultats de l'étude.

ANNEXE 2-MAIL D'INCLUSION DES PARTICIPANTS A L'ETUDE

Objet : Un travail de thèse pour SOS Médecins Rennes et Saint-Malo

Contenu :

Chers futures consœurs, chers futurs confrères,

Vous avez eu l'occasion de me rencontrer lors de mon stage d'interne chez SOS Médecins Rennes et/ou lors de quelques remplacements.

Dans sa continuité, je réalise actuellement **un travail de thèse qualitative** en collaboration avec le Dr Brun.

L'objet de mon travail est d'**explorer le vécu et le ressenti des médecins de SOS Médecins Rennes et Saint-Malo** (titulaires, remplaçants réguliers) **en visite à domicile confrontés à des situations d'hospitalisation sous contrainte**.

Pour cette étude, j'ai besoin de réaliser des **entretiens individuels** avec chacun d'entre vous.

Ces entretiens seront **enregistrés** pour une nécessité de retranscription.

Je vous garantis l'anonymisation de vos propos.

Le **temps** à me consacrer sera **environ de 30 minutes** (mais dépendra aussi de votre temps de bavardage...)

Les entretiens se dérouleront **dans un bureau au local de SOS Médecins** à Rennes pour les Rennais et à Saint-Malo pour les Malouins de septembre à décembre 2017.

Comme vous vous en doutez, **votre aide m'est précieuse**.

Merci de me répondre très simplement **quelque soit la réponse** :

- **OUI** : vous êtes d'accord pour réaliser un entretien en ma compagnie,
 - **je vous recontacte rapidement par téléphone pour convenir d'une date et d'une heure de rendez-vous.**
- **NON** : vous refusez.

Je vous remercie d'avoir pris le temps de me lire et pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

Le but étant de **pouvoir faire avancer votre réflexion et vos pratiques futures** !

Au plaisir de vous écouter.

Thibaudeau Camille

Pour toute question :

Tél : 06 79 43 48 73

Mail : camillethibaudeau@gmail.com

Dr Brun Jean-François

ANNEXE 3- FORMULAIRE DE CONSENTEMENT



Je soussigné(e).....déclare accepter, librement, et de façon éclairée, de participer comme sujet à l'étude intitulée :

Hospitalisations sous contrainte : quel ressenti psychologique pour le médecin en visite à domicile ?

Analyse du vécu des médecins de SOS Médecins Rennes et Saint-Malo à travers une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés.

Directeur de l'étude : Dr Brun

Investigateur principal : Thibaudeau Camille

J'accepte l'enregistrement audio de cet entretien et la retranscription écrite intégrale.

J'ai été informé(e) de la garantie de confidentialité et d'anonymat des propos recueillis et des données écrites.

Je sais que ma participation à cette étude est volontaire et que je peux retirer mon consentement à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence.

Je déclare avoir reçu toutes les informations nécessaires pour donner mon accord.

Dans l'hypothèse où je déciderais de ne plus participer à l'étude, je souhaite que les documents écrits et audio me concernant soient détruits.

OUI :

NON :

Fait à : le :

Signatures :

Le Participant

Thibaudeau Camille

ANNEXE 4- Questionnaire de recueil des caractéristiques des médecins interrogés

-Sexe : H F

-Année de naissance :

-Statut marital : marié pacsé concubinage célibataire divorcé veuf/veuve

-Enfants : oui non

-Nombre d'années d'expérience chez SOS Médecins :ans

-Statut au sein de SOS Médecins : Médecin titulaire Médecin collaborateur Médecin remplaçant régulier Président de l'association Autre :

-Formations complémentaires : Oui Non

Si oui :

Diplôme(s) Universitaire(s) :Capacité :Autre :

-Implication dans la formation médicale : Oui Non

Si oui : MSU participation au DMG organisateur de formations médicales continues

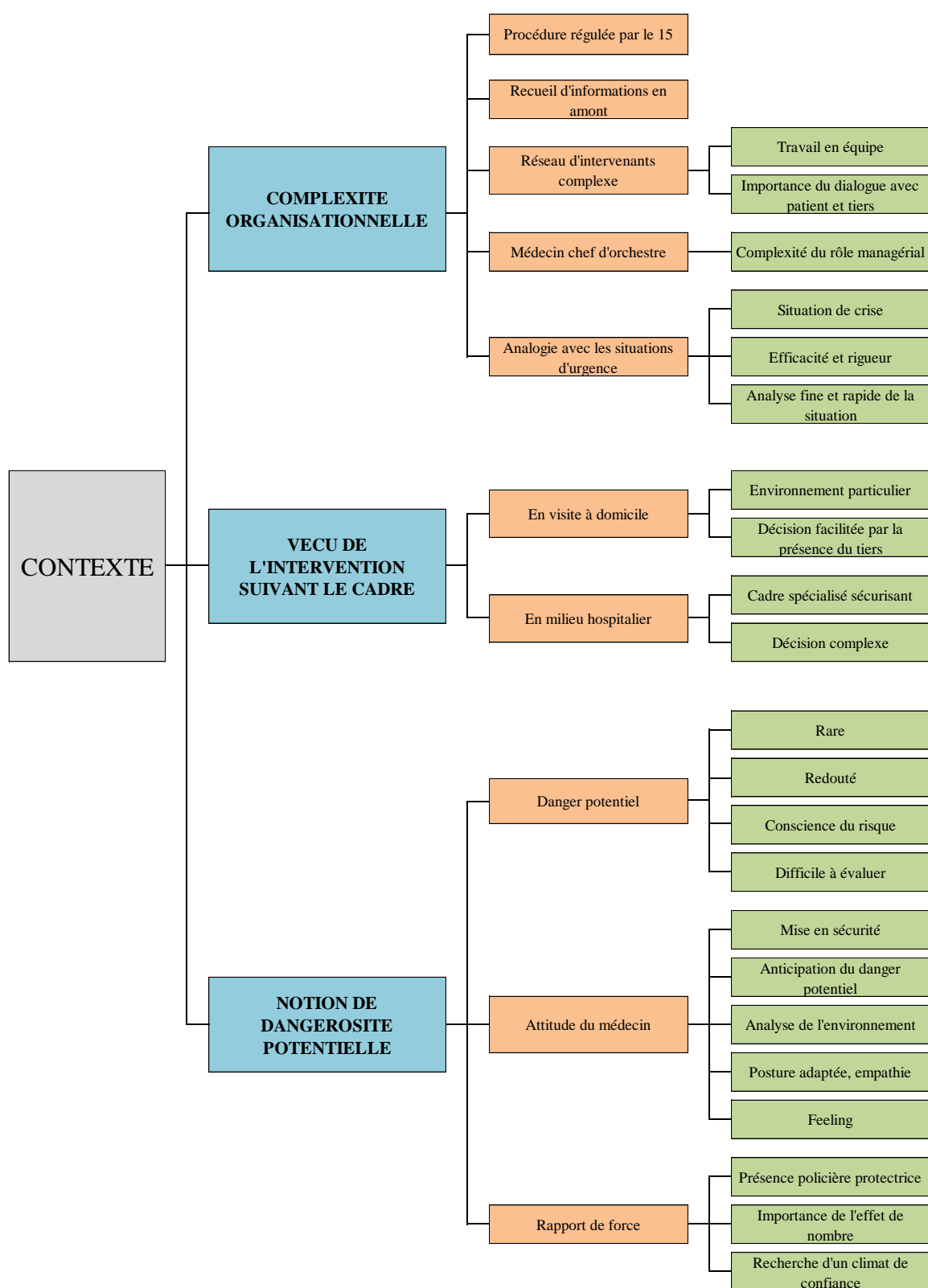
Autre :

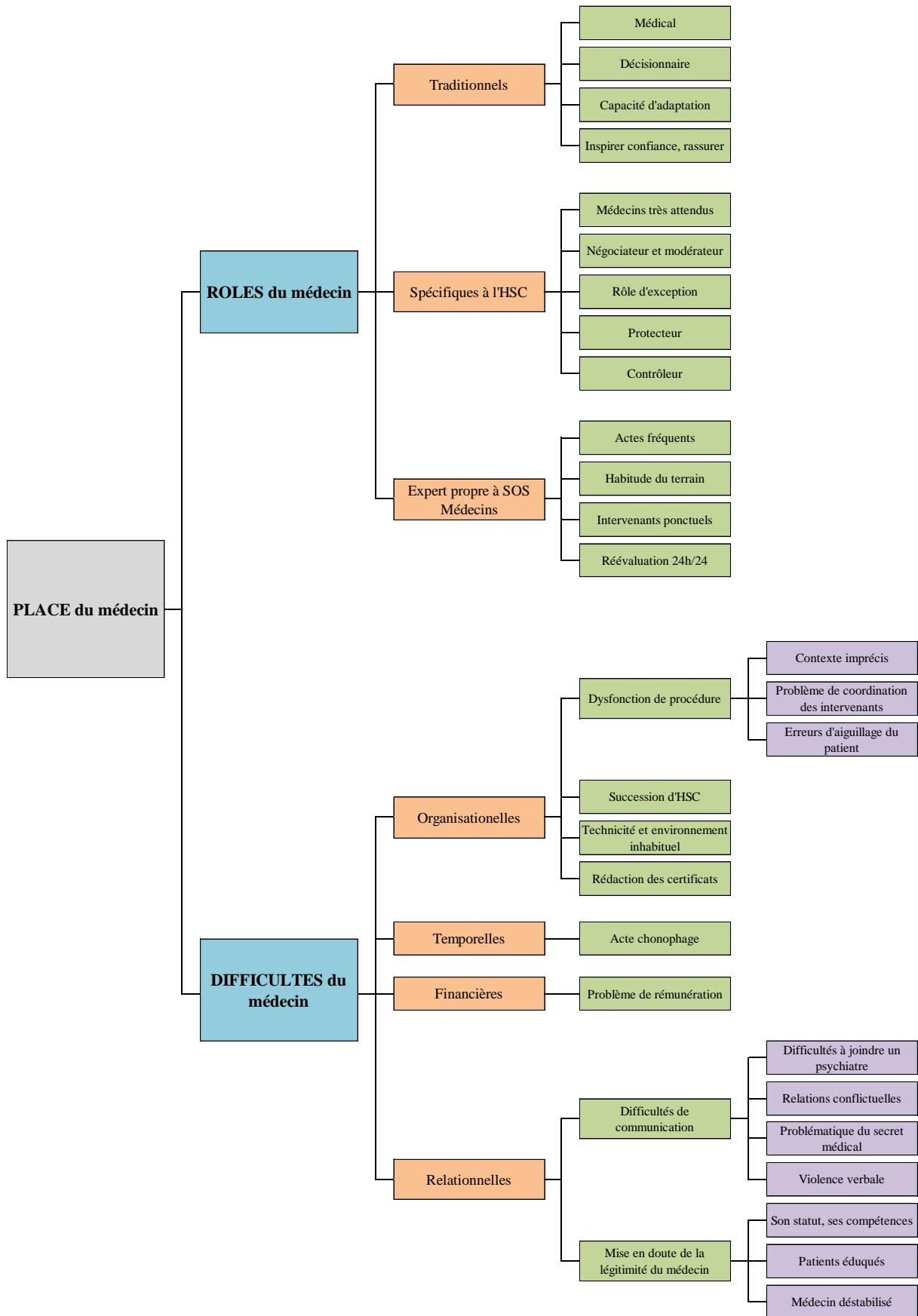
- Activités complémentaires: Oui Non

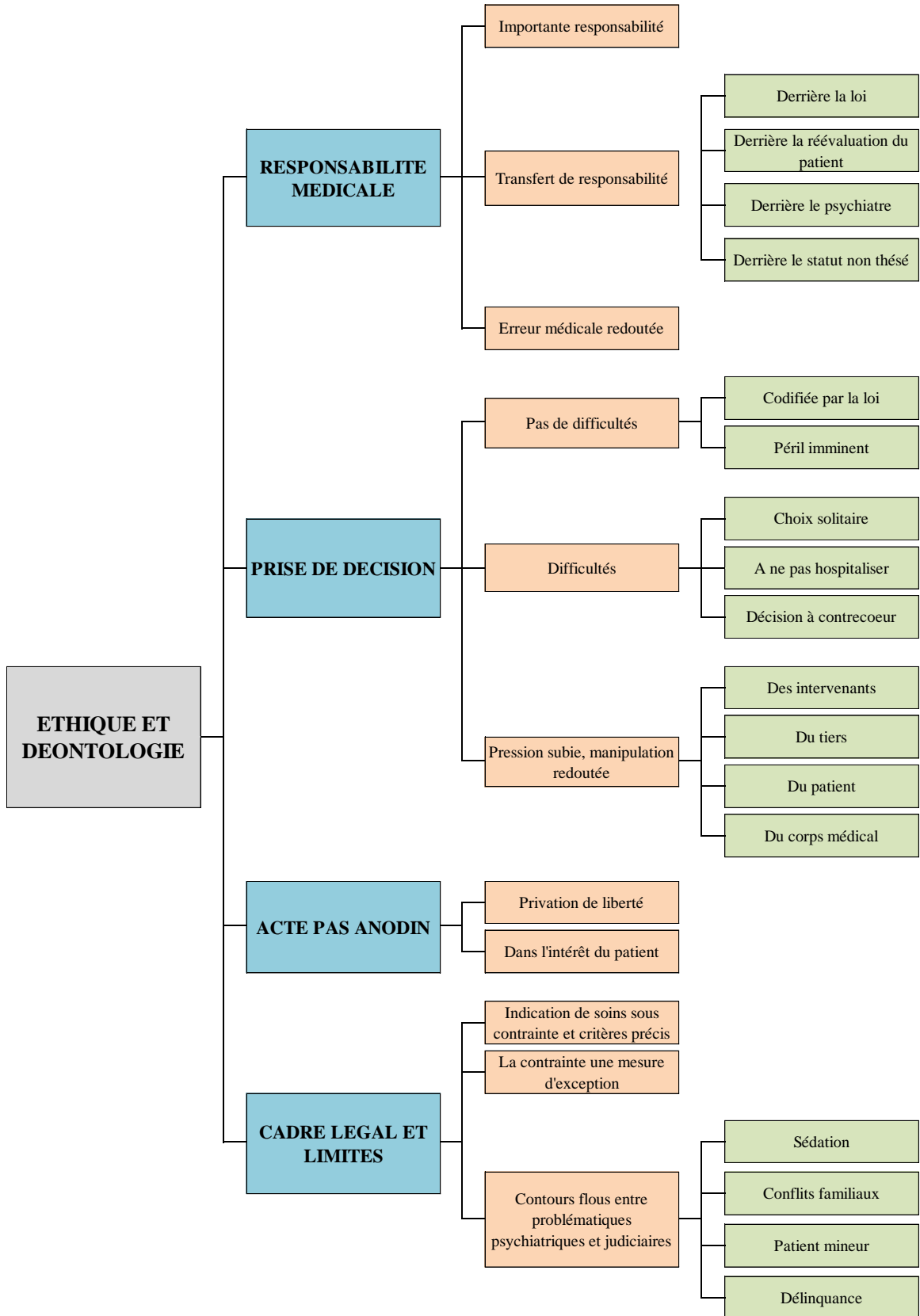
Si oui :

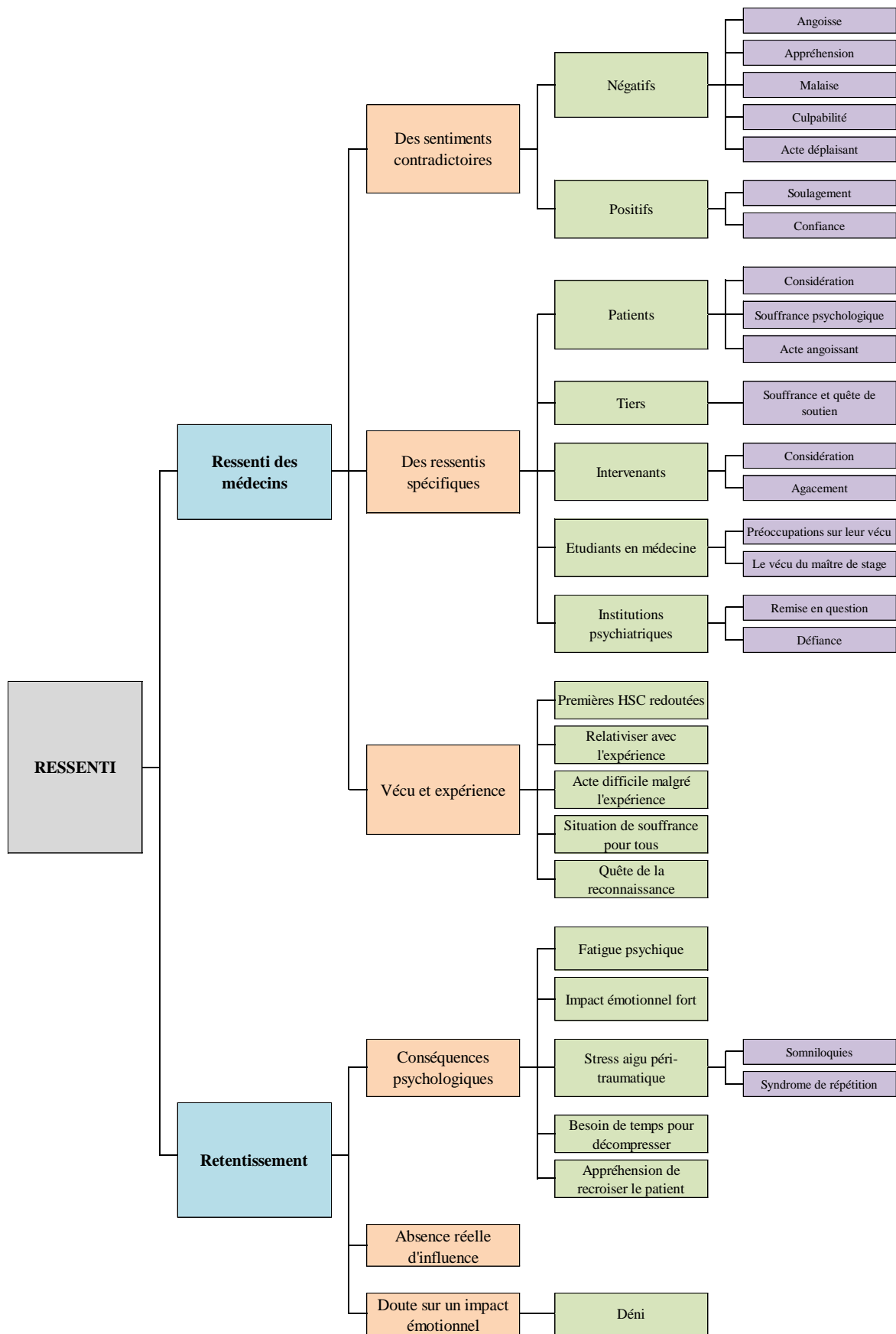
vie syndicale vie ordinale expert auprès des tribunaux Autre :

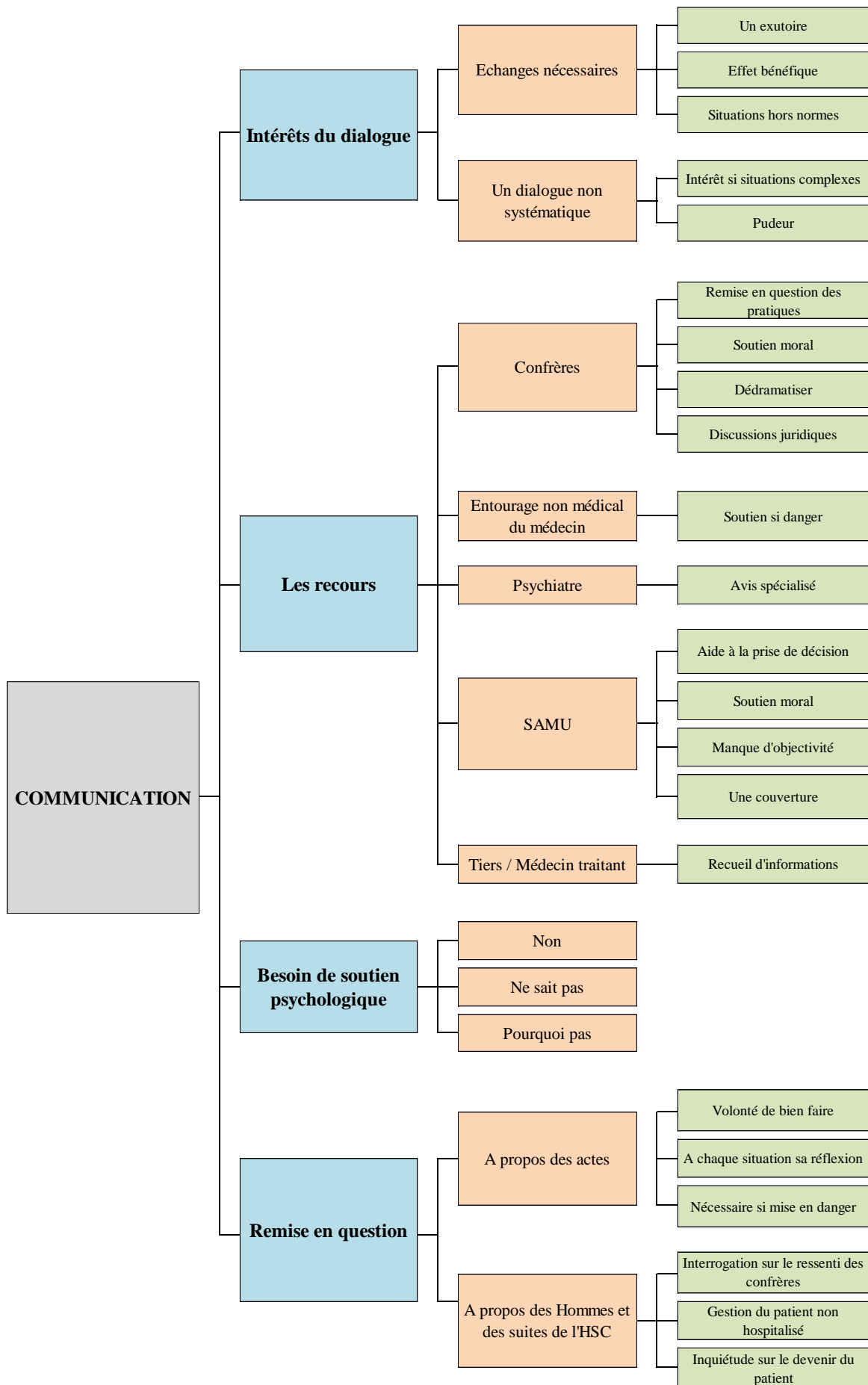
ANNEXE 5- ARBRES THEMATIQUES

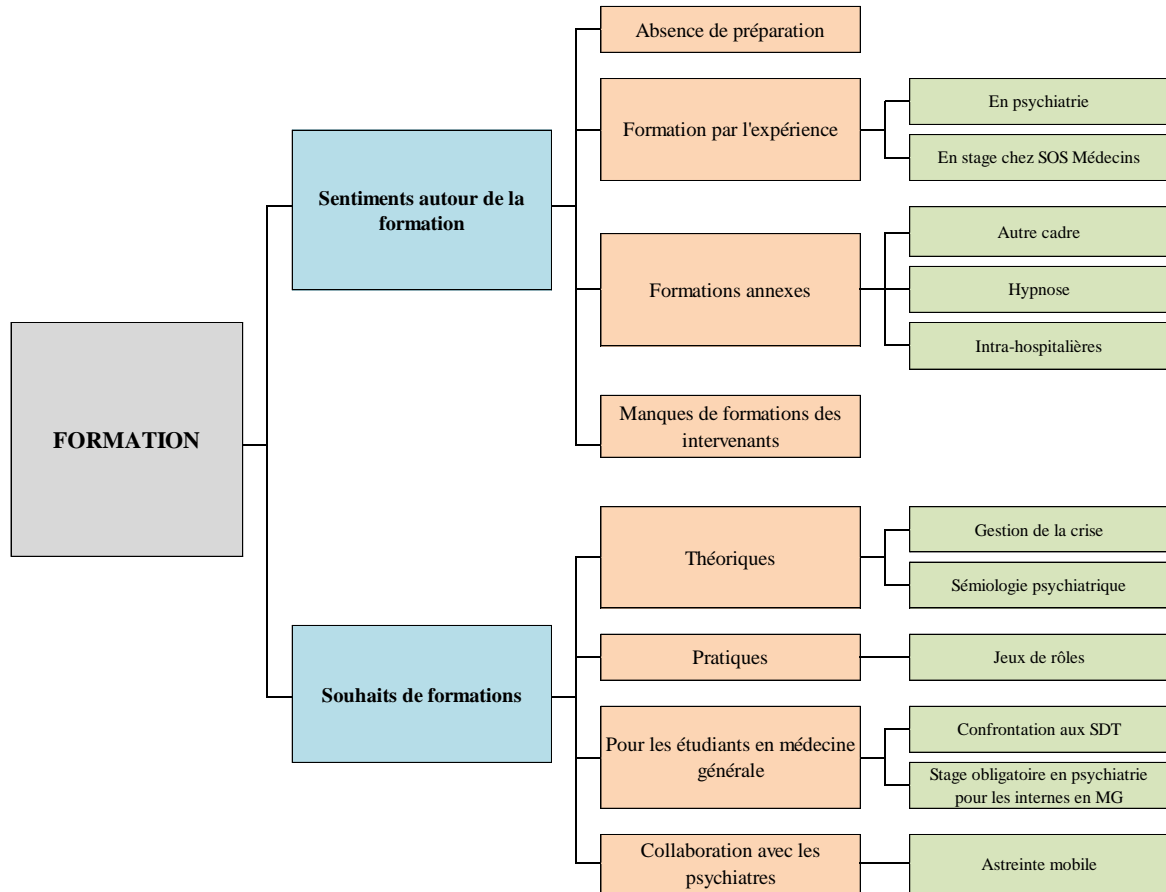












THIBAUDEAU, Camille - Hospitalisations sous contrainte : quel ressenti psychologique pour le médecin en intervention ? Analyse du vécu des médecins de SOS Médecins Rennes et Saint-Malo, à travers une enquête qualitative par entretiens semi-dirigés. What is the psychological impact on doctors responsible for initiating a process of involuntary psychiatric commitment ? The experience of doctors from SOS Médecins in Ille-et-Vilaine, through a qualitative study

74 feuilles., 1 tableau., 30 cm.- Thèse : Médecine ; Rennes 1; 2018 ; N° .

Résumé français

Contexte : Les situations d'urgences psychiatriques sont spécifiques et mobilisent de nombreux intervenants qui travaillent en temps réel, en collaboration étroite, formant un réseau opérationnel de professionnels. Les praticiens de SOS médecins sont fréquemment sollicités pour intervenir dans ce genre de situations afin d'initier et de mettre en œuvre si besoin une procédure de soins sous contrainte. L'objet du travail est d'explorer le vécu de ces médecins en visite à domicile, confrontés à l'expérience de l'hospitalisation sous contrainte et exposés potentiellement à la dangerosité du patient. Le but est aussi d'identifier leurs craintes et difficultés et essayer de comprendre leur ressenti psychologique.

Méthode : Une étude qualitative, par entretiens individuels semi-dirigés, a été menée auprès des médecins de SOS Médecins, à Rennes et à Saint-Malo. Tous les entretiens ont été enregistrés et intégralement retranscrits. Une analyse thématique par codage a été réalisée.

Résultats : Quinze entretiens ont été analysés. Cette étude montre que la gestion de ces situations s'avère complexe, tant sur un plan organisationnel que sur un plan humain et éthique. D'autre part, les médecins sont soumis à un stress professionnel lors des interventions. L'étude met en évidence des réactions psycho-traumatiques touchant certains praticiens. Ces troubles correspondant au registre du syndrome de répétition, indiquent que ces interventions ont des conséquences psychologiques négatives sur certains médecins. L'impact mémoriel traumatique qui en résulte témoigne d'un stress important.

Conclusion : Ces résultats interrogent sur la place du dialogue et du soutien psychologique dans la prise en charge de ces professionnels, soumis à un stress récurrent. Dans un souci de prévention des conséquences psychologiques sur le long terme, il semble utile de sensibiliser les praticiens de SOS Médecins à ce risque, à la possibilité de le méconnaître, et à celle d'une aide les concernant. Aussi, l'accent doit être mis sur la formation pratique. Des propositions de formations des praticiens par des séances de simulations de situations cliniques d'urgences psychiatriques, semblent être une piste à développer.

Abstract

Background : Psychiatric emergency situations are specific and require many healthcare professionals whose work, in real time, and close cooperation, form an operational network of medical experts. Medical practitioners from SOS Médecins are often solicited to intervene in this kind of situation in order to initiate and establish a process of involuntary commitment, where necessary. The objective of our study is to explore the work experience of doctors who, while on house calls, have to face the possibility of an involuntary commitment and who must also face a potentially dangerous patient. Its goal is also to identify the doctors' fears and struggles faced with these situations in order to try to understand the psychological impact they have.

Method : Through semi-directed individual interviews, a qualitative study was conducted on doctors from SOS Médecins, in Rennes and in Saint-Malo. Every interview was recorded and fully transcribed, after which a thematic analysis by coding was made.

Results : Fifteen interviews were analysed. This study shows that handling these situations is somewhat complex on an organisational level as well as on a human and ethical level. Moreover, doctors are subject to a large amount of stress while on house calls. Our study highlights psycho-traumatic reactions which some doctors experience. These psychological reactions, which correspond to a repetition syndrome category, indicate that these interventions have negative psychological consequences on some doctors. The impact that this kind of trauma can have is evidence of a great deal of stress.

Conclusion : These results lead us to reassess the importance of instituting a dialogue and a form of emotional support when it comes to taking care of these doctors who are subject to recurring stress. If we are to prevent long term psychological consequences, it would be useful to make doctors from SOS Médecins aware of this risk and their potential complacency when it comes to this issue, as well as explain that help and support can be made available to them. Also, it seems to be necessary to emphasize practical training. One option that could be worth exploring is offering to train these doctors using staged sessions of clinical situations of psychiatric emergencies.

Rubrique de classement :	MEDECINE GENERALE
Mots-clés :	hospitalisation sous contrainte, urgences psychiatriques, intervention de crise, ressenti psychologique, dangerosité, SOS Médecins, recherche qualitative
Mots-clés anglais MeSH :	involuntary commitment, psychiatric emergency, crisis intervention, psychological impact, dangerousness, SOS Médecins, qualitative research
Président :	Monsieur le Professeur Drapier Dominique
JURY Assesseeurs :	Monsieur le Docteur Brun Jean-François Monsieur le Professeur Bouget Jacques Monsieur le Docteur Renaut Pierric Madame le Docteur Blons Virginie