Université de Poitiers

Faculté de Médecine et Pharmacie

ANNEE 2021

THESE

POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE
(décret du 25 novembre 2016)

Présentée et soutenue publiquement

Le 30 septembre 2021 à Poitiers

Par **DELOUCHE Marion**

Recueil du consentement des patients atteints de troubles psychiatriques en soins primaires par analyse qualitative.

COMPOSITION DU JURY

Président : Monsieur le Professeur BINDER Philippe

Membres : Madame le Docteur LE BONHEUR Lakshmipriya

Monsieur le Professeur BIRAULT François

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur JEDAT Vincent

Année universitaire 2020 - 2021

LISTE DES ENSEIGNANTS DE MEDECINE

Professeurs des Universités-Praticiens Hospitaliers

- BOULETI Claire, cardiologie
- BOURMEYSTER Nicolas, biologie cellulaire
- BRIDOUX Frank, néphrologie
- BURUCOA Christophe, bactériologie – virologie
- CHEZE-LE REST Catherine, biophysique et médecine nucléaire
- CHRISTIAENS Luc, cardiologie
- CORBI Pierre, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- DAHYOT-FIZELIER Claire, anesthésiologie – réanimation
- DEBAENE Bertrand, anesthésiologie réanimation
- DEBIAIS Françoise, rhumatologie
- DROUOT Xavier, physiologie
- DUFOUR Xavier, Oto-Rhino-Laryngologie
- FAURE Jean-Pierre, anatomie
- FRASCA Denis, anesthésiologie-réanimation
- FRITEL Xavier, gynécologie-obstétrique
- GERVAIS Elisabeth, rhumatologie
- GICQUEL Ludovic, pédopsychiatrie
- GILBERT Brigitte, génétique
- GOMBERT Jean-Marc, immunologie
- GOUJON Jean-Michel, anatomie et cytologie pathologiques
- GUILLEVIN Rémy, radiologie et imagerie médicale
- HAUET Thierry, biochimie et biologie moléculaire
- INGRAND Pierre, biostatistiques, informatique médicale
- ISAMBERT Nicolas, cancérologie
- JAAFARI Nematollah, psychiatrie d'adultes
- JABER Mohamed, cytologie et histologie
- JAYLE Christophe, chirurgie thoracique t cardio-vasculaire
- KARAYAN-TAPON Lucie, cancérologie
- KEMOUN Gilles, médecine physique et de réadaptation **(en disponibilité)**
- KRAIMPS Jean-Louis, chirurgie générale
- LECLERE Franck, chirurgie plastique, reconstructrice
- LECRON Jean-Claude, biochimie et biologie moléculaire
- LELEU Xavier, hématologie
- LEVARD Guillaume, chirurgie infantile
- LEVEQUE Nicolas, bactériologie-virologie
- LEVEZIEL Nicolas, ophtalmologie
- MACCHI Laurent, hématologie
- MCHEIK Jiad, chirurgie infantile
- MEURICE Jean-Claude, pneumologie
- MIGEOT Virginie, santé publique
- MILLOT Frédéric, pédiatrie, oncologie pédiatrique
- MIMOZ Olivier, anesthésiologie – réanimation
- NEAU Jean-Philippe, neurologie
- ORIOT Denis, pédiatrie
- PACCALIN Marc, gériatrie
- PERAULT-POCHAT Marie-Christine, pharmacologie clinique
- PERDRISOT Rémy, biophysique et médecine nucléaire
- PIERRE Fabrice, gynécologie et obstétrique
- PRIES Pierre, chirurgie orthopédique et traumatologique
- RAMMAERT-PALTRIE Blandine, maladies infectieuses
- RICHER Jean-Pierre, anatomie
- RIGOARD Philippe, neurochirurgie
- ROBERT René, réanimation
- ROBLOT France, maladies infectieuses, maladies tropicales
- ROBLOT Pascal, médecine interne
- RODIER Marie-Hélène, parasitologie et mycologie **(retraite 01/03/2021)**
- SAULNIER Pierre-Jean, thérapeutique
- SCHNEIDER Fabrice, chirurgie vasculaire
- SILVAIN Christine, hépato-gastro- entérologie
- TASU Jean-Pierre, radiologie et imagerie médicale
- THIERRY Antoine, néphrologie
- THILLE Arnaud, réanimation
- TOUGERON David, gastro-entérologie
- WAGER Michel, neurochirurgie
- XAVIER Jean, pédopsychiatrie

Maîtres de Conférences des Universités-Praticiens Hospitaliers

- ALBOUY-LLATY Marion, santé publique **(en mission 2020/21)**
- ALLAIN Géraldine, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
- BEBY-DEFAUX Agnès, bactériologie – virologie **(en cours d'intégration PH)**
- BEN-BRIK Eric, médecine du travail **(en détachement)**
- BILAN Frédéric, génétique
- BOISSON Matthieu, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire **(en mission 1 an à/c nov.2020)**
- CASTEL Olivier, bactériologie - virologie – hygiène
- CAYSSIALS Emilie, hématologie
- COUDROY Rémy, réanimation
- CREMNITER Julie, bactériologie – virologie
- DIAZ Véronique, physiologie
- FROUIN Eric, anatomie et cytologie pathologiques
- GACHON Bertrand, gynécologie-obstétrique
- GARCIA Magali, bactériologie-virologie
- JAVAUGUE Vincent, néphrologie
- KERFORNE Thomas, anesthésiologie-réanimation et médecine péri-opératoire
- LAFAY-CHEBASSIER Claire, pharmacologie clinique
- LIUU Evelyne, gériatrie
- MARTIN Mickaël, médecine interne
- PALAZZO Paola, neurologie **(en dispo 1 an)**
- PERRAUD Estelle, parasitologie et mycologie
- SAPANET Michel, médecine légale
- THUILLIER Raphaël, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités

- PELLERIN Luc, biochimie et biologie moléculaire

Professeur des universités de médecine générale

- BINDER Philippe

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

Professeurs associés de médecine générale

- BIRAULT François
- FRECHE Bernard
- MIGNOT Stéphanie
- PARTHENAY Pascal
- VALETTE Thierry
- VICTOR-CHAPLET Valérie

Maîtres de Conférences associés de médecine générale

- AUDIER Pascal
- ARCHAMBAULT Pierrick
- BRABANT Yann
- JEDAT Vincent

Enseignants d'Anglais

- DEBAIL Didier, professeur certifié

Professeurs émérites

- CARRETIER Michel, chirurgie générale (08/2021)
- GIL Roger, neurologie (08/2023)
- GOMES DA CUNHA José, médecine générale (08/2021)
- GUILHOT-GAUDEFFROY François, hématologie et transfusion (08/2023)
- HERPIN Daniel, cardiologie (08/2023)
- KITZIS Alain, biologie cellulaire (16/02/2021)
- MARECHAUD Richard, médecine interne (24/11/2023)
- MAUCO Gérard, biochimie et biologie moléculaire (08/2021)
- RICCO Jean-Baptiste, chirurgie vasculaire (08/2022)
- SENON Jean-Louis, psychiatrie d'adultes (08/2023)
- TOUCHARD Guy, néphrologie (08/2021)

Professeurs et Maîtres de Conférences honoraires

- AGIUS Gérard, bactériologie-virologie
- ALCALAY Michel, rhumatologie
- ALLAL Joseph, thérapeutique (ex-émérite)
- ARIES Jacques, anesthésiologie-réanimation
- BABIN Michèle, anatomie et cytologie pathologiques
- BABIN Philippe, anatomie et cytologie pathologiques
- BARBIER Jacques, chirurgie générale (ex-émérite)
- BARRIERE Michel, biochimie et biologie moléculaire
- BECQ-GIRAUDON Bertrand, maladies infectieuses, maladies tropicales (ex-émérite)
- BEGON François, biophysique, médecine nucléaire
- BOINOTCathérine, hématologie – transfusion
- BONTOUX Daniel, rhumatologie (ex-émérite)
- BURIN Pierre, histologie
- CASTETS Monique, bactériologie -virologie – hygiène
- CAVELLIER Jean-François, biophysique et médecine nucléaire
- CHANSIGAUD Jean-Pierre, biologie du développement et de la reproduction
- CLARAC Jean-Pierre, chirurgie orthopédique
- DABAN Alain, cancérologie radiothérapie (ex-émérite)
- DAGREGORIO Guy, chirurgie plastique et reconstructrice
- DESMAREST Marie-Cécile, hématologie
- DEMANGE Jean, cardiologie et maladies vasculaires
- DORE Bertrand, urologie (ex-émérite)
- EUGENE Michel, physiologie (ex-émérite)
- FAUCHERE Jean-Louis, bactériologie-virologie (ex-émérite)
- FONTANEL Jean-Pierre, Oto-Rhino Laryngologie (ex-émérite)
- GRIGNON Bernadette, bactériologie
- GUILLARD Olivier, biochimie et biologie moléculaire
- GUILLET Gérard, dermatologie
- JACQUEMIN Jean-Louis, parasitologie et mycologie médicale
- KAMINA Pierre, anatomie (ex-émérite)
- KLOSSEK Jean-Michel, Oto-Rhino-Laryngologie
- LAPIERRE Françoise, neurochirurgie (ex-émérite)
- LARSEN Christian-Jacques, biochimie et biologie moléculaire
- LEVILLAIN Pierre, anatomie et cytologie pathologiques
- MAIN de BOISSIERE Alain, pédiatrie
- MARCELLI Daniel, pédopsychiatrie (ex-émérite)
- MARILLAUD Albert, physiologie
- MENU Paul, chirurgie thoracique et cardio-vasculaire (ex-émérite)
- MORICHAU-BEAUCHANT Michel, hépato-gastro-entérologie
- MORIN Michel, radiologie, imagerie médicale
- PAQUEREAU Joël, physiologie
- POINTREAU Philippe, biochimie
- POURRAT Olivier, médecine interne (ex-émérite)
- REISS Daniel, biochimie
- RIDEAU Yves, anatomie
- SULTAN Yvette, hématologie et transfusion
- TALLINEAU Claude, biochimie et biologie moléculaire
- TANZER Joseph, hématologie et transfusion (ex-émérite)
- TOURANI Jean-Marc, cancérologie
- VANDERMARCQ Guy, radiologie et imagerie médicale

Bât. D1 - 6 rue de la Milétrie – TSA 51115 - 86073 POITIERS CEDEX 9 - France
☎05.49.45.43.43 - 🖷 05.49.45.43.05

REMERCIEMENTS :

Je remercie le **Professeur Binder** de m'avoir fait l'honneur d'avoir accepté d'être mon Président de jury, je vous en suis très reconnaissante.

Merci au **Docteur Jedat** de m'avoir soutenue tout au long de ce travail. Merci pour le temps investi et pour vos conseils qui m'ont permis de « grandir » dans mes savoirs.

Merci aux **Docteurs Le Bonheur** et **Birault** pour leur participation à mon jury de thèse, j'en suis honorée.

Merci à tous **les médecins qui ont participé à cette étude** sans qui rien n'aurait été possible. Merci d'avoir consacré du temps malgré la période difficile.

Merci à **Monsieur Doux** pour m'avoir aidé à la bibliothèque ainsi que **Madame Guinois** pour sa formation à l'utilisation de Pubmed.

Merci à **Anne-Marie Keuk** d'avoir été ma tutrice et de m'avoir accompagnée durant ces 3 années. Merci pour ta bonne-humeur.

Je tenais à remercier l'ensemble de **mes maîtres de stage et mes séniors**, les **équipes médicales et paramédicales** qui m'ont entourées durant toutes ces années. Mais aussi merci à tous les **patients** rencontrés lors de mon cursus et pour les échanges qui m'ont permis d'apprendre chaque jour.

Merci à mes co-internes des urgences de Châtellerault **Caroline, Margaux, Mathilde, Paul, Pierre et Sophie** avec qui tout a commencé ; et merci également à toutes les équipes médicale et para-médicale qui ont été exceptionnelles et attentionnées.

Merci à **Marie et Robert** qui sont des maitres de stage exceptionnels et avec qui j'ai beaucoup appris. Merci aussi à leurs associés pour leur gentillesse et leur accueil.

Merci à mes co-interne de Pédiatrie **Alice, Benjamin, Caroline, Gaëlle, Lucie, Mailen, Mariana, Marie A, Marie H, Mathilde B, Mathilde L, Tëhan**. Merci à vous pour ces moments qui ont rendu ce stage extraordinaire. Merci également à tous les médecins du service de Pédiatrie pour leur bonne humeur et leur gentillesse et à toute l'équipe paramédicale pour son accueil incroyable, sa sagesse et son humour.

Merci à **Chantal** et **Nisrin** qui m'ont fait adorer mon stage en gériatrie.

Merci à **Marie -France et Sara** qui ont été des mamans poules pendant mon SASPAS.

Merci à **François** pour ta gentillesse et ta bienveillance au cours de mon stage en SASPAS. Merci de m'avoir fait découvrir la patientèle des Couronneries si particulière mais, en même temps, si attachante. Merci pour ces debriefings très instructifs m'ayant permis d'évoluer grâce à une remise en question perpétuelle.

Merci à **Céline et Nicole** pour leur gentillesse et leur bonne humeur pour ce dernier stage de médecine générale qui conclut mon internat.

Merci à **mes amis** qui sont toujours prêt à faire la fête et à partager des moments plus fous les uns que les autres **Alexia et Rémi, Arthur**, **Claire et Gwendal, Dub, Elodie et Paul, Flo, Justine et Momo, Jordan, Lucie et aurélien, Val.**

Merci également à **ma belle-famille,** pour votre accueil, votre soutien et tous ces moments de partage.

Merci à ma famille **Tonton Benoît et Julie, Marius, Lison, Jeanne, Tonton Olivier, Mamou et Papou**. Merci à toi **papi** pour m'avoir fait découvrir le pays du père noël et pour avoir gravé dans ma mémoire des souvenirs magnifiques. Pensées à vous aussi qui êtes partis trop tôt **mamie Chantal**, **mamie Suzon et papi Roger, mamie Bernadette et pépé Roger**.

Merci à **mes parents** sans qui tout ça n'aurait pas pu être possible. Merci à vous d'avoir cru en moi et de m'avoir toujours épaulé. C'est grâce à votre implication et votre investissement si j'en suis ici. Merci à ma maman qui a toujours su me remonter le moral et me soutenir. Merci à mon papa qui m'a toujours poussé au bout des choses.

Merci à **ma petite sœur** pour son support constant, pour avoir toujours cru en moi et toujours être prête à m'aider.

Un merci spécial à mes supers copines **Alice, Lauriane et Léa** pour tous ces moments passés ensembles et tous ceux à venir. Ne changez rien !!!

Et pour finir merci à toi **Raphaël**. Merci pour ta patience pendant tous ces moments difficiles et merci de me soutenir dans tous mes projets. Merci d'être chaque jour à mes côtés, de me faire rire et de m'aimer. Je t'aime.

Table des matières

I. INTRODUCTION ..... - 7 -

II. MATERIEL ET METHODE ..... - 9 -

III. RESULTATS ..... - 10 -

A. Définitions du consentement ..... - 11 -

1. Intérêts du consentement : ..... - 11 -
2. Cadre du consentement : ..... - 11 -
3. Aides au consentement : ..... - 12 -

B. Difficultés d'obtention ou refus du consentement ..... - 13 -

C. Spécificités des patients atteints de troubles psychiatriques ..... - 14 -

1. Capacité à consentir aux soins des patients ..... - 14 -
2. Impossibilité de consentir : L'hospitalisation sans consentement ..... - 14 -

IV. DISCUSSION ..... - 16 -

A. Analyse des résultats principaux ..... - 16 -

B. Forces et faiblesses de l'étude ..... - 18 -

C. Perspectives ..... - 19 -

V. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES ..... - 20 -

VI. ANNEXES ..... - 21 -

A. Guide d'entretien ..... - 21 -

VII. RESUME ET MOTS CLES ..... - 22 -

VIII. SERMENT D'HYPPOCRATE ..... - 23 -

I. INTRODUCTION

La loi Kouchner en 2002 (1), puis la charte du patient hospitalisé en 2006 (2) replaçaient le consentement au soin au centre de la relation médecin-patient et tentaient de rendre le patient acteur de sa santé.

Cependant en 2015, 92 000 patients ont été pris en charge en psychiatrie sans leur consentement, soit une hausse de 15% comparativement à 2012 (3). Cela s'expliquait notamment par l'application de la nouvelle loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques, et aux modalités de leur prise en charge (4). En effet, avec cette loi, apparait la possibilité de soins ambulatoires sans consentement et un nouveau mode d'admission sans consentement « les soins pour péril imminent » (5), lorsque les patients souffrants de troubles mentaux nécessitaient des soins psychiatriques immédiats et que les troubles mentaux rendaient impossible leur consentement.

La psychiatrie reste actuellement un des seuls domaines de la médecine où l'on peut imposer des soins à un patient sans son consentement. Or, le respect de la dignité et de l'autonomie de la personne passe par le droit de prendre ses propres décisions de soins psychiatriques, notamment de refuser un traitement, pour autant qu'elle soit apte à le faire (6). Toutefois, cela implique la liberté et la capacité de discernement pour décider et agir. Ce principe d'autonomie rencontre des limites quand une personne est hors d'état de décider pour elle-même ou lorsqu'elle exprime un choix que les dispositions légales et réglementaires interdisent (7).

Ainsi donc, la présence d'une pathologie psychiatrique n'empêche pas forcément la capacité du patient à consentir aux soins. Cette capacité peut être modifiée par le niveau d'insight (8) traduit en français par le terme « d'introvision » (9). L'insight est décrit (8) comme un processus dynamique variable en fonction des changements internes et externes. Ainsi, un patient avec un insight variable au décours du temps peut consentir de façons différentes aux soins selon les phases de la pathologie.

Cependant, dans la loi Kouchner, à aucun moment il n'était question des patients atteints de troubles psychiatriques (10). Aucune précision non plus n'était apporté sur la façon dont les médecins généralistes devaient recueillir le consentement (10).

Les patients atteints de troubles psychiatriques représentant 15% des consultations d'un médecin généraliste (11), l'objectif de cette étude était donc d'identifier comment les médecins généralistes recueillent le consentement des patients atteints de troubles psychiatriques.

II. MATERIEL ET METHODE

Une étude qualitative a été menée avec la réalisation d'entretiens individuels de mars à août 2021 auprès de médecins généralistes volontaires. L'approche méthodologique utilisée était la théorie ancrée. Les médecins ont été recrutés par téléphone, par courriels ou par SMS et par la technique de la « boule de neige ». Pour le recueil des données, l'échantillonnage était théorique. Des entretiens ont été réalisés jusqu'à saturation des données. Le guide d'entretien évolutif utilisé a été créé par les chercheurs (cf VI- Annexe). Une déclaration auprès de la CNIL (Commission nationale de l'informatique et des libertés) a été réalisée sous le numéro 202146. Chaque participant a signé un formulaire de consentement après information éclairée. Les données ont été anonymisées. Les entretiens ont été intégralement retranscrits sur un logiciel de traitement de texte. Les données du verbatim ont été analysées à l'aide du logiciel Nvivo 12®. L'analyse a été double, longitudinale et transversale. Une triangulation de l'analyse des données a été effectuée avec la confrontation de l'analyse de deux chercheurs.

III. RESULTATS

Treize entretiens ont été menés. Ils ont duré 30 minutes en moyenne (minimum 16 minutes et maximum 44 minutes). La saturation théorique des données a été atteinte au onzième entretien. Les caractéristiques des participants sont décrites dans le tableau 1.

	Genre	**Âge**	**Durée d'exercice**	Lieu **d'exercice**	Caractéristiques de l'exercice
MG1	F	67	31 ans	Urbain	MSP, MSU
MG2	H	66	35 ans	Urbain	MSP, MSU
MG3	H	67	38 ans	Urbain	Seul, DU ostéopathie, DU médecin du sport
MG4	F	47	12 ans	Semi-rural	MSP, MSU, DU gynécologie
MG5	F	57	24 ans	Rural	Seul, MSU, DU gériatrie, Médecin coordinateur EHPAD
MG6	F	46	11 ans	Semi-rural	Cabinet de groupe
MG7	F	40	12 ans	Rural	Cabinet de groupe, MSU
MG8	F	29	< 1 an	Semi-rural	Remplaçant
MG9	H	28	1 an 1/2	Semi-rural	MSP
MG10	F	35	8 ans 1/2	Semi-rural	MSP, MSU
MG11	H	63	31 ans	Semi- rural	MSP, MSU, DU Médecine de l'adolescent
MG12	H	39	8 ans	Semi- rural	MSP, MSU, Dépistage SAOS
MG13	H	51	30 ans	Urbain	MSP, MSU, SOS médecin, capacité de médecine d'urgence, conseil de l'ordre des médecins

Tableau 1 - Caractéristiques socio-démographiques des participants

H : Homme ; F : Femme ; MSP : Maison de Santé Pluriprofessionnelle ; MSU : Maître de Stage Universitaire ; DU : Diplôme Universitaire ; EHPAD : Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes ; SAOS : Syndrome d'Apnée Obstructive du Sommeil.

A. Définitions du consentement

Les Médecins interrogés définissaient le consentement comme le fait d'avoir « *l'accord du patient* » (MG12). Un médecin évoquait le fait que le consentement en médecine générale était « *tacite* » (MG12). Certains médecins révélaient également le caractère juridique du consentement comme étant « *un droit du patient* » (MG2) et « *un devoir du médecin* » (MG8). Par ailleurs deux médecins abordaient le fait que le consentement était récent en médecine générale « *Peut-être ma génération, on ne demandait pas* » (MG3). On notait également que beaucoup d'entre eux qualifiaient le consentement comme un choix du patient « *ils sont libres d'accepter de refuser* » (MG5).

1. INTERETS DU CONSENTEMENT

Les médecins demandaient le consentement dans le but de s'assurer de la bonne compréhension du patient « pour bien savoir s'ils ont bien compris » (MG6). Ainsi le consentement leur permettait « une meilleure compliance, euh, une meilleure prise en charge » (MG4) du patient et permettait au patient « qu'ils soient acteurs » (MG5) dans sa prise en charge. Le consentement avait également pour but de « se protéger » (MG6) et « de lever toute ambiguïté par rapport à l'acte qu'on est en train de réaliser » (MG11). Il permettait au médecin « d'établir la relation de confiance » (MG9) avec le patient.

2. CADRE DU CONSENTEMENT

Pour certain le consentement devait « *être systématique* » (MG5) pour tous les actes de médecine générale. Pour d'autre le consentement était utile « *surtout à la première consultation enfin, la prise de contact » (MG2).* Dans l'ensemble tous les médecins étaient d'accord pour demander le consentement du patient « dans le cadre de choses invasives, de gestes douloureux ou qui touche à l'intimité » (MG7). Les médecins décrivaient de manière générale qu'il était nécessaire de s'adapter à chaque patient « s*i je vois que le geste que je vais faire va être va mettre en difficulté le patient, je vais lui demander son consentement avant de le faire* » (MG7).

3. CIRCONSTANCES OU LE CONSENTEMENT N'ETAIT PAS DEMANDE

Dans certains cas « *s'il y a une mise en danger* » (MG5), « *en cas d'urgence vitale »* (MG4), les médecins ne demandaient pas le consentement du patient. Ils ne demandaient « *pas le consentement du patient pour faire sortir la personne »* (MG7) accompagnante. Certains médecins rapportaient également que « *l'habitude, le manque de temps, ou la certitude éventuellement que ce que je propose peut faire que du bien au patient* » (MG2) faisaient partie des situations où le consentement n'était pas demandé. Certains médecins estimaient que chez « *Les schizophrènes, les grandes dépressions* […] *on n'a pas besoin du consentement. »* (MG9). Pour un médecin, le consentement n'était pas nécessaire car, si les patients « *viennent me voir, c'est que le consentement c'est quasiment acquis »* (MG3). Le consentement n'était pas non plus demandé quand la demande venait du patient « *s'il me le demande, c'est qu'il donne automatiquement son consentement* » (MG10). En conséquence à la non-demande du consentement « *le traitement n'est pas très efficace »* (MG2), « *on a 99% de chance que d'un, il ne soit pas observant et que deux ça ne sert à rien ce qu'on vient de faire pendant un quart d'heure »* (MG12).

4. AIDES AU CONSENTEMENT

Le médecin devait être à l'écoute du patient « *il faut aussi les écouter* » (MG5), « *fonctionner dans l'empathie »* (MG5). Les médecins avaient plus de facilité avec des patients qu'ils connaissaient « *que je connais depuis 10 ans maintenant »* (MG4). Le fait de connaitre leur condition de vie « *la façon dont ils vivent »* (MG2). Certains médecins rapportaient que le consentement « *va dépendre de la conviction du médecin* » (MG11). Les médecins disaient qu'il fallait anticiper les choses « *j'avais commencé à la préparer* » (MG10), laisser les patients « *réfléchir »* (MG9) et « *les revoir […] pour pouvoir en rediscuter »* (MG9).

Les médecins rapportaient également que les patients « *dans une situation de souffrance* » (MG11), qui « *ne vont pas bien »* (MG7), et qui en avaient conscience, allaient plus facilement consentir à la prise en charge proposée. Le fait que les patients « *viennent nous voir »* (MG12) aidait également et montrait qu'ils « *veulent être aider* » (MG12).

Faire savoir au patient « *de quoi il souffre »* (MG 11) aidait également à l'obtention du consentement.

B. Difficultés d'obtention ou refus du consentement

Dans certaines situations, les médecins interrogés disaient rencontrer des difficultés à obtenir le consentement.

Par exemple pour les patients avec des « *troubles anxio dépressifs […] la moindre décision leur fait peur* » (MG8) ou lorsque les patients « *n'ont pas conscience du problème ou sont à un tel niveau d'apathie »* (MG9). D'autre fois « *y en a qui nous mentent, qui veulent nous faire plaisir »* (MG1).

Les difficultés pouvaient également être du côté du médecin « *manquer de temps »* (MG7).

Ces difficultés pouvaient être source de refus du patient à la prise en charge.

Les patients refusaient de donner leur consentement lorsqu'ils « *ne comprennent pas* » (MG6) ou quand « *ça ne leur a pas été très bien expliqué* » (MG8). Dans d'autre cas, la peur du patient face aux « *médicaments psy* » (MG7), mais aussi « *la peur d'aller mieux* » (MG5) pour le patient. Les médecins rapportaient que quand le patient était « *dans le déni* » (MG11) ou lorsqu'il « *refusait le diagnostic* » (MG11), cela favorisait le refus. Enfin, un médecin évoquait que, s'il n'était « *pas convaincu* » (MG7) lui-même de ce qu'il avançait, alors le patient refusait également.

En conséquence du refus, les médecins disaient ne pas vouloir « *se battre* » (MG3) ou être « *déçu* » (MG3) de la part du patient. Toutefois, les médecins se protégeaient « *sur le plan médico-légal* » (MG5) de ce refus en le notant « *dans le dossier* » (MG4).

En cas de refus du patient, les médecins pensaient qu'il fallait « *les laisser repartir, réfléchir et redonner un rendez-vous rapide* » (MG2), comprendre « *pourquoi* » (MG4) le patient refusait. Il était également nécessaire de « *réexpliquer* » (MG11) au patient la « *balance bénéfices-risques* » (MG9). Les médecins étaient d'accord pour respecter le refus quand « *ça ne met pas immédiatement en danger* » (MG7) le patient et essayaient dans ce cas « *de trouver d'autres voix, d'autres moyens* » (MG12), « *de négocier une partie* » (MG12) avec le patient.

C. Spécificités des patients atteints de troubles psychiatriques

1. CAPACITE A CONSENTIR AUX SOINS DES PATIENTS

Pour consentir, il fallait que le patient *« ait toute sa tête et qu'il soit bien »* (MG4) « *que le patient ait compris »* (MG4). Un médecin utilisait le niveau d'étude du patient comme échelle « *il a le niveau cadre »* (MG9), un autre disait « *qu'il y a beaucoup de feeling, de juger, de ressenti si la personne est capable ou pas de comprendre »* (MG12).

Les médecins utilisaient différentes techniques, « *Je lui pose des questions »* (MG4), « *qu'il puisse reformuler les choses »* (MG2). De manière générale, les médecins disaient que c'était « *difficile à savoir »* (MG7), ils s'aidaient du « *caractère des gens […] de la façon dont ils réagissent à ce qu'on leur dit »* (MG7). Un médecin pensait que « *la dépression, l'anxio-dépression* aggravait […] *la capacité de comprendre* » (MG12).

En psychiatrie, il pouvait néanmoins être nécessaire, dans le but de « *protéger* » (MG5) les patients, d'aller à l'encontre du consentement quand les patients étaient « *dangereux pour eux-mêmes* » (MG2), en cas « *d'agitation extrême* » (MG11) ou d'« *idées délirantes et suicidaires* » (MG5).

2. IMPOSSIBILITE DE CONSENTIR : L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT

Elle était « *exceptionnelle* » (MG11) en médecine générale, et dans la plupart des cas se faisait lors d'une « *visite à domicile en urgence* » (MG10). Les médecins étaient en difficultés si c'était un « *patient qu'on ne connaît pas* » (MG11). Dans ces situations, il fallait accompagner *« l'entourage aussi hein qui est en souffrance* » (MG11). Ce qui aidaient les médecins généralistes, lors d'une hospitalisation sans consentement, c'était « le lien de confiance […], l'alliance thérapeutique » (MG4) avec le patient, « d'avoir un peu de temps, de discuter avec lui ou elle » (MG4). Les conséquences de l'hospitalisation sans consentement étaient sans surprise : « *une perte de confiance* » (MG5) du patient envers le médecin. Il existait souvent une incompréhension de la part du patient et une « *méfiance* » (MG7) par la suite du patient. Lors d'une hospitalisation sans consentement d'un patient, les médecins généralistes ressentaient « *une délivrance* » (MG3) mais également de la culpabilité « *je m'en suis voulu* » (MG7).

Ce qui pouvait faciliter l'hospitalisation sans consentement : être « *bienveillant* » (MG5), « *accompagner* » (MG5) le patient, « *d'en reparler de leur expliquer dans quelles circonstances*

on l'a fait de faire comprendre la situation au patient » (MG5). Les médecins décrivaient que le fait d'« *anticiper avant* » (MG12) pouvait également faciliter l'hospitalisation sans consentement. Un médecin donnait au patient « *l'illusion de choisir* » (MG5), en disant au patient qu'il avait « *2 possibilités ou bien vous allez à l'hôpital, j'ai votre accord et puis ça vous laisse la liberté d'en sortir quand vous le déciderez, ou bien beh je vais être obligé de vous hospitaliser contre votre gré, et là vous ne pourrez pas forcément sortir de l'hôpital quand, quand vous le voudrez* » (MG5).

IV. DISCUSSION

A. Analyse des résultats principaux

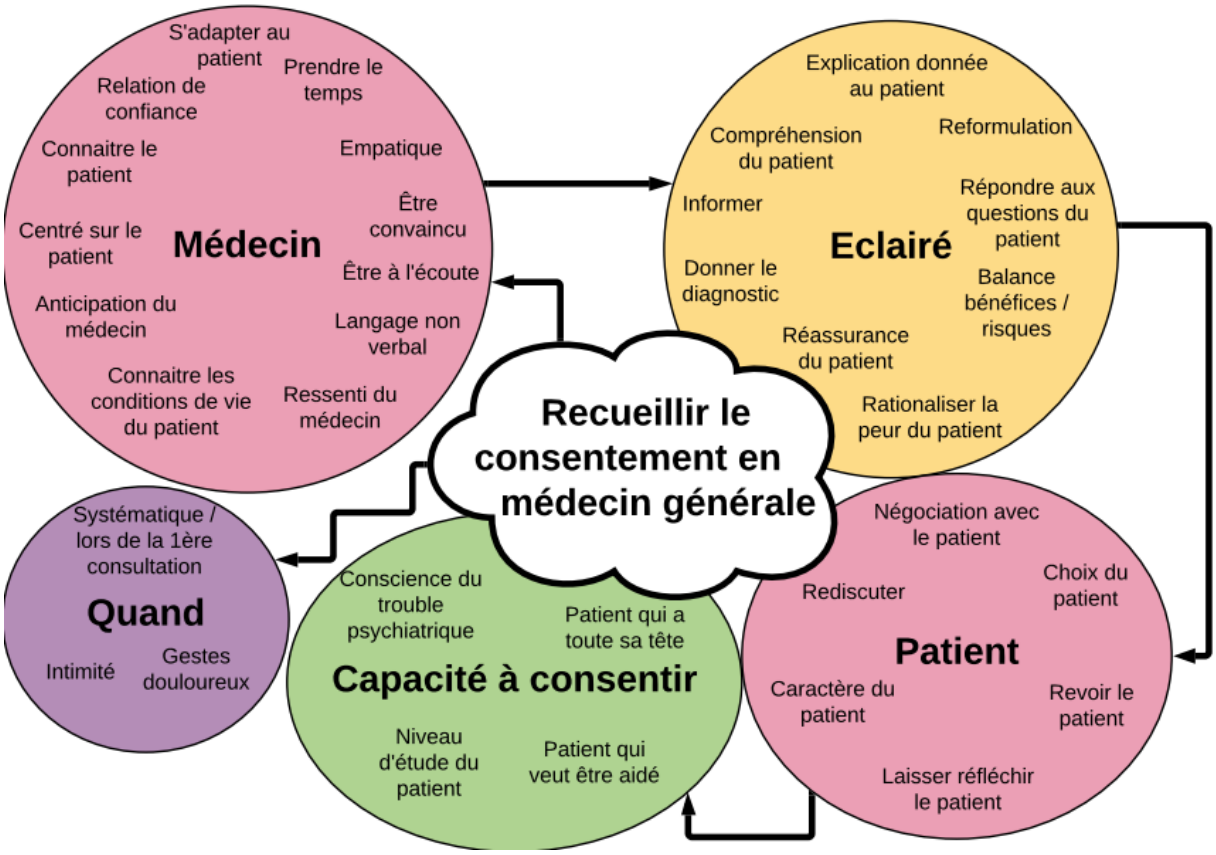

Schéma 1 - Modèle explicatif concernant le recueil du consentement des patients atteints de troubles psychiatriques par les médecins généralistes.

Les médecins généralistes avaient conscience de l'importance du consentement notamment sur le plan juridique. Toutefois, ils étaient très peu à le noter dans les dossiers médicaux ou à le demander de manière formelle aux patients. On notait même que, pour certains médecins, le consentement était acquis à partir du moment où le patient venait au cabinet médical. En effet, les médecins demandaient la plupart du temps le consentement de manière tacite, indirect, et même parfois, le tenait pour acquis sans attendre de réponse franche de la part du patient. Les médecins s'accordaient sur l'utilité du consentement dans la relation de confiance médecin-patient. L'Association des Psychiatres du Canada (APC) (6) décrivait que « le consentement libre et éclairé est essentiellement un processus de communication ». Il décrivait également que « le consentement signé n'était pas forcément l'aboutissement d'une démarche de formation d'un consentement libre et éclairé en bonne et due forme ni le signe de conformité de la démarche aux exigences éthiques ».

Les médecins devaient être à l'écoute du patient, prendre le temps, lui fournir une information loyale. Les médecins devaient également être eux-mêmes convaincus de ce qu'ils avançaient

afin que le patient consente. Les médecins étaient conscients que certains patients avaient besoin de plus d'explications ou de temps pour consentir.

Par exemple, en chirurgie digestive (12), le consentement était décrit comme le résultat d'une relation humaine directe et honnête entre le chirurgien et le patient. L'étude décrivait que « l'obtention du consentement repose sur la qualité de l'information et de la relation qui s'établie entre le malade et l'équipe chirurgicale qui se traduit par la confiance » (12). Dans cette étude, on retrouve l'ensemble des clés du consentement qui concordent avec notre étude.

Globalement, le consentement permettait également une meilleure observance du patient et le plaçait au cœur de la prise en charge.

On retrouvait ainsi dans une autre étude que la relation thérapeutique entre le patient atteint de trouble psychiatrique et le médecin favorisait une bonne observance (13). Cette étude décrivait également que la bonne relation thérapeutique était directement liée à l'écoute et à l'intérêt accordés au malade, et pas seulement à ses symptômes (13).

Le consentement leur était utile dans leur pratique notamment pour « *lever toute ambiguïté par rapport à l'acte* » (MG11) qu'ils réalisaient. Ils s'accordaient également sur le fait que le consentement était indispensable pour certains actes invasifs et/ou intimes, ils s'adaptaient également en fonction du patient.

Certains médecins rapportaient que les troubles psychiatriques pouvaient empêcher le consentement du patient, notamment en cas de non-conscience des troubles par le patient.

Dans ces résultats, on retrouve le concept « d'insight » qui interfère avec la capacité à consentir aux soins en fonction du temps, des patients atteints de troubles psychiatriques (8).

Un autre étude (14) mettait également en lien les troubles psychiatriques avec la capacité à consentir aux soins : elle utilisait l'échelle MacArthur Competence Assessment tool for Treatment (MacCAT) pour évaluer la capacité du patient à consentir aux soins.

Au final, le concept spécifique à la psychiatrie de l'hospitalisation sans consentement était quelque chose d'exceptionnel en médecine générale. Les médecins généralistes préféraient dans ce cas connaitre le patient afin de pouvoir l'évaluer au mieux et pouvoir l'accompagner et ainsi éviter une rupture de la confiance entre eux et le patient.

B. Forces et faiblesses de l'étude

Les médecins interrogés exerçaient dans la majorité des cas en milieu semi-rural et en MSP.

Il existait un biais de désirabilité créé par les entretiens individuels en face à face. Ce biais aurait pu être atténué en faisant des « focus groupe », mais les médecins interrogés ne se seraient peut-être pas autant confiés.

Une relecture et une correction des verbatims auraient pu être proposées de manière systématique aux médecins interrogés, mais le coté spontané de l'enregistrement aurait pu être perdu.

Une autre faiblesse de l'étude était de ne pas avoir été interrogé des médecins inscrits sur la liste du procureur de la république pour la mise en place de tutelle.

La force de cette étude était son originalité sur le sujet ; en effet, peu d'étude aborde le sujet du consentement en médecine générale.

Une autre force de cette étude était le respect des règles de scientificité. Car, d'une part, la saturation des données a été atteinte, ce qui a été vérifié par 2 autres entretiens par la suite dont un fait par un autre chercheur. Et d'autre part, une triangulation des données a également été faite afin de limiter l'interprétation subjective des entretiens.

C. Perspectives

Suite à cette étude, certaines problématiques liées au consentement du patient ont été entrevues. Le consentement semble être un contrat essentiel, au moins moral, entre le médecin généraliste et le patient. En pratique courante, en médecine générale, il est donc nécessaire de prendre du temps avec le patient, d'être à son écoute pour faciliter la communication et permettre ainsi de recueillir son consentement. Les médecins généralistes pourraient se poser la question, lors des différentes consultations, s'ils ont demandé le consentement du patient avant de réaliser un acte. En parallèle, il pourrait être systématiquement demandé aux patients s'ils ont des questions ou des choses à ajouter afin de laisser une porte ouverte à la discussion. Les médecins pourraient également voir si l'échelle MacCAT (14), utilisé en psychiatrie, les aideraient à évaluer la capacité à consentir d'un patient atteint de troubles psychiatriques.

De nombreux autres axes pourraient être développés, comme faire une étude sur le recueil du consentement du point de vu des patients eux-mêmes, ou encore, refaire une étude en interrogeant nos confrères psychiatres par exemple.

On pourrait également, d'un point de vue pédagogique, inclure par exemple à Poitiers, au séminaire 4 intitulé la relation médecin-patient, un chapitre sur le consentement.

V. REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000000227015/ [consulté le 08 septembre 2021]

2. CIRCULAIRE N°DHOS/E1/DGS/SD1B/SD1C/SD4A/2006/90 du 2 mars 2006 relative aux droits des personnes hospitalisées et comportant une charte de la personne hospitalisée. Disponible sur : http://www.legifrance.gouv.fr/download/pdf/circ?id=10571 [consulté le 08 septembre 2021]

3. Coldefy M. Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011. Questions d'économie de la santé 2017;222:1-8.

4. LOI n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge [internet]. Disponible sur : https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000024312722/ [consulté le 08 septembre 2021]

5. Jonas C. Soins sans consentement prévus par la loi du 5 juillet 2011. EMC - Psychiatr. mai 2013;10(2):1-14.

6. Neilson G, Chaimowitz G. Le consentement libre et éclairé aux soins en psychiatrie. La revue canadienne de psychiatrie 2014;60(4):1-12.

7. Mattei J-F. Respecter l'autonomie de la personne soignée. Soins 2018;63(824):25-7.

8. Espace éthique. Jaafari N, Dauga D. Insight et capacité à consentir aux soins 2012. Disponible sur : https://www.espace-ethique-poitoucharentes.org/obj/original_150856-insight-et-capacite-a-consentir-aux-soins.pdf [consulté le 08 septembre 2021]

9. Marková I. L'insight en psychiatrie. Jaafari N, ed. Rueil-Malmaison, France 2009.

10. Bergoignan-Esper C. Le consentement médical en droit français. Laennec 2011;Tome 59(4):15-23.

11. Kovess-Masféty V, Saragoussi D, Sevilla-Dedieu C et al. What makes people decide who to turn to when faced with a mental health problem? Results from a French survey. BMC Public Health 2007;7(1):188.

12. Espace éthique. Richer J-P. Consentement et chirurgie digestive chez un patient majeur. 2012. Disponible sur https://www.espace-ethique-na.fr/obj/original_120750-consentement-et-chirurgie-digestive-chez-un-patient-majeur.pdf [consulté le 08 septembre 2021].

13. Charpentier A, Goudemand M, Thomas P. Therapeutic alliance, a stake in schizophrenia. L'Encephale. 2009;35:80-9.

14. Capdevielle D, Raffard S, Bayard S, Boulenger J-P. Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche : étude exploratoire et points de vue éthiques. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. 2011;169:438-40.

VI. ANNEXES

A. Guide d'entretien

-Présentation du médecin

- *Sexe / âge*
- *Durée /conditions / lieux / mode d'exercice*
- *MSU / DU ou exercice spécifique*

-Définitions des troubles psychiatriques

- *Troubles psychiatriques = troubles mentaux = troubles psychiques = combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. (OMS)*
- *La dépression, les addictions, l'anxiété et les phobies, les troubles de comportement alimentaires, les psychoses (dont la schizophrénie), le trouble bipolaire ou la personnalité borderline*
- *Proportion de patients avec des troubles psychiatriques dans votre patientèle*
- *Nombre de consultation par jour*

-Le consentement en médecine générale

- *Définition*
- *Est-ce que vous demandez le consentement en consultation ?*
- *Raisons pour lesquelles vous recherchez le consentement*
- *But du consentement : point de vue légal ? Facilite l'adhésion du patient ? Créer une relation médecin-malade ?*
- *Preuve du consentement : écrit ?*
- *De quoi a besoin le patient selon vous pour donner son consentement*
- *Type de soins où vous recherchez le consentement : examen clinique, prescription /renouvellement de traitement, hospitalisation, consultation avec psy, gynécologie*
- Attendez-vous une réponse du patient quand vous demandez son consentement ?

-Situations ou le consentement est difficile / refus du patient

- *Actes où l'habitude prend le dessus sur la demande de consentement chez le patient psychiatrique ? pourquoi ? dans quelles situations ?*
- *Limites du recueil du consentement chez des personnes atteints de troubles mentaux*
- *Difficultés à obtenir le consentement ?*
- *Attitude face au refus de soins du patient ?*
- *A qui revient la décision finale ?*

-Capacité du patient à donner son consentement

- *Comment évaluer si le patient est apte à donner son consentement, capable de comprendre, a compris ?*
- *Quand le patient n'est pas apte à donner son consentement comment faites-vous ? A qui faites-vous appel ?*

-Dernière consultation où vous avez demandé le consentement d'un patient avec des troubles psychiatriques

-Hospitalisation sans consentement d'un patient

- *Vous en avez déjà fait ?*
- *Comment l'avez-vous vécu ?*
- *Comment l'a vécu le patient ?*
- *Avez-vous pu en reparler par la suite avec le patient ?*
- *Quelles peuvent être les conséquences de l'hospitalisation sans consentement ? pour vous ? le patient ?*

-Comment faudrait-il faire selon vous ?

VII. RESUME ET MOTS CLES

Mots clés MeSH : acceptations des soins / patient acceptance of health care, médecine générale / general practice, médecins de soins primaires / primary care, troubles mentaux / mental disorders.

La loi Kouchner en 2002, puis la charte du patient hospitalisé en 2006 replaçaient le consentement au soin au centre de la relation médecin-patient et tentaient de rendre le patient acteur de sa santé. Cependant dans la loi Kouchner à aucun moment il n'était question des patients atteints de troubles psychiatriques. Aucune précision non plus n'était apporté sur la façon dont les médecins généralistes devaient recueillir le consentement.

L'objectif de cette étude était donc d'identifier comment les médecins généralistes recueillent le consentement des patients atteints de troubles psychiatriques.

Une étude qualitative a été menée avec la réalisation d'entretiens individuels de mars à août 2021 auprès de médecins généralistes volontaires. L'approche méthodologique utilisée était la théorie ancrée.

Les principaux résultats montrent que les médecins demandaient la plupart du temps le consentement de manière tacite, indirect, et même parfois sans attendre de réponse franche de la part du patient. Ils s'accordaient sur l'utilité du consentement dans la relation de confiance médecin-patient. Les médecins devaient être à l'écoute du patient, prendre le temps, lui fournir une information loyale. Ils devaient également être eux-mêmes convaincus de ce qu'ils avançaient afin que le patient consente. Les médecins étaient conscients que certains patients avaient besoin de plus d'explications ou de temps pour consentir. Certains médecins rapportaient que les troubles psychiatriques pouvaient empêcher le consentement du patient et notamment en cas de non-conscience des troubles par le patient.

Les médecins généralistes pourraient se poser la question, lors des différentes consultations, s'ils ont demandé le consentement du patient avant de réaliser un acte. Ils pourraient également voir si l'échelle MacCAT (14), utilisée en psychiatrie, les aides à évaluer la capacité à consentir du patient atteint de troubles psychatriques.

De nombreux autre axes pourraient être également développés comme aller interroger des patients eux-mêmes ou bien, par exemple, nos confrères psychiatres.

On pourrait également inclure, par exemple à Poitiers au séminaire 4, intitulé la relation médecin-patient, un chapitre sur le consentement.

VIII. SERMENT D'HYPPOCRATE

SERMENT

⌘⌖⌘⌖⌘

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

⌘⌖⌘⌖⌘

Recueil du consentement des patients atteints de troubles psychiatriques en soins primaires par analyse qualitative.

La loi Kouchner en 2002, puis la charte du patient hospitalisé en 2006 replaçaient le consentement au soin au centre de la relation médecin-patient et tentaient de rendre le patient acteur de sa santé. Cependant dans la loi Kouchner à aucun moment il n'était question des patients atteints de troubles psychiatriques. Aucune précision non plus n'était apporté sur la façon dont les médecins généralistes devaient recueillir le consentement.

L'objectif de cette étude était donc d'identifier comment les médecins généralistes recueillent le consentement des patients atteints de troubles psychiatriques.

Une étude qualitative a été menée avec la réalisation d'entretiens individuels de mars à août 2021 auprès de médecins généralistes volontaires. L'approche méthodologique utilisée était la théorie ancrée.

Les principaux résultats montrent que les médecins demandaient la plupart du temps le consentement de manière tacite, indirect, et même parfois sans attendre de réponse franche de la part du patient. Ils s'accordaient sur l'utilité du consentement dans la relation de confiance médecin-patient. Les médecins devaient être à l'écoute du patient, prendre le temps, lui fournir une information loyale. Ils devaient également être eux-mêmes convaincus de ce qu'ils avançaient afin que le patient consente. Les médecins étaient conscients que certains patients avaient besoin de plus d'explications ou de temps pour consentir. Certains médecins rapportaient que les troubles psychiatriques pouvaient empêcher le consentement du patient et notamment en cas de non-conscience des troubles par le patient.

Les médecins généralistes pourraient se poser la question, lors des différentes consultations, s'ils ont demandé le consentement du patient avant de réaliser un acte. Ils pourraient également voir si l'échelle MacCAT (14), utilisée en psychiatrie, les aides à évaluer la capacité à consentir du patient atteint de troubles psychatriques.

De nombreux autre axes pourraient être également développés comme aller interroger des patients eux-mêmes ou bien, par exemple, nos confrères psychiatres.

On pourrait également inclure, par exemple à Poitiers au séminaire 4, intitulé la relation médecin-patient, un chapitre sur le consentement.

Mots clés MeSH : acceptations des soins / patient acceptance of health care, médecine générale / general practice, médecins de soins primaires / primary care, troubles mentaux / mental disorders.