

**Entre autonomie et contrainte: la
problématique de la décision
partagée dans la clinique
psychiatrique, la clinique des
migrants et la clinique carcérale**

Dr Régis Marion-Veyron

Audrey Linder

Symposium « Autonomie et Relation »

Berne, le 07.07.2016

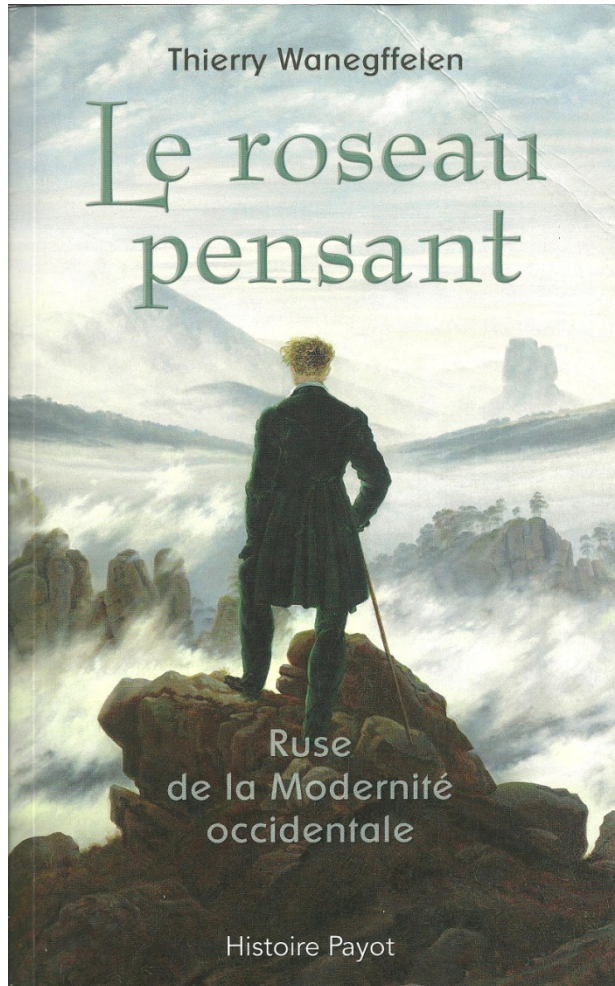
Introduction

- Interrogations à partir d'une clinique psychiatrique « perméable à l'air du temps »
- Articulation inévitable avec une sociologie (critique) des sciences
- Recherche de regards croisés (une « dynamique » des critiques)

Autonomie et contrainte

- « Air du temps »: la décision partagée avec le patient
- Pourquoi maintenant seulement?
- Histoire profondément ancrée dans l'avènement de l'individu, la démocratie,... (Gauchet, 2007, 2010)

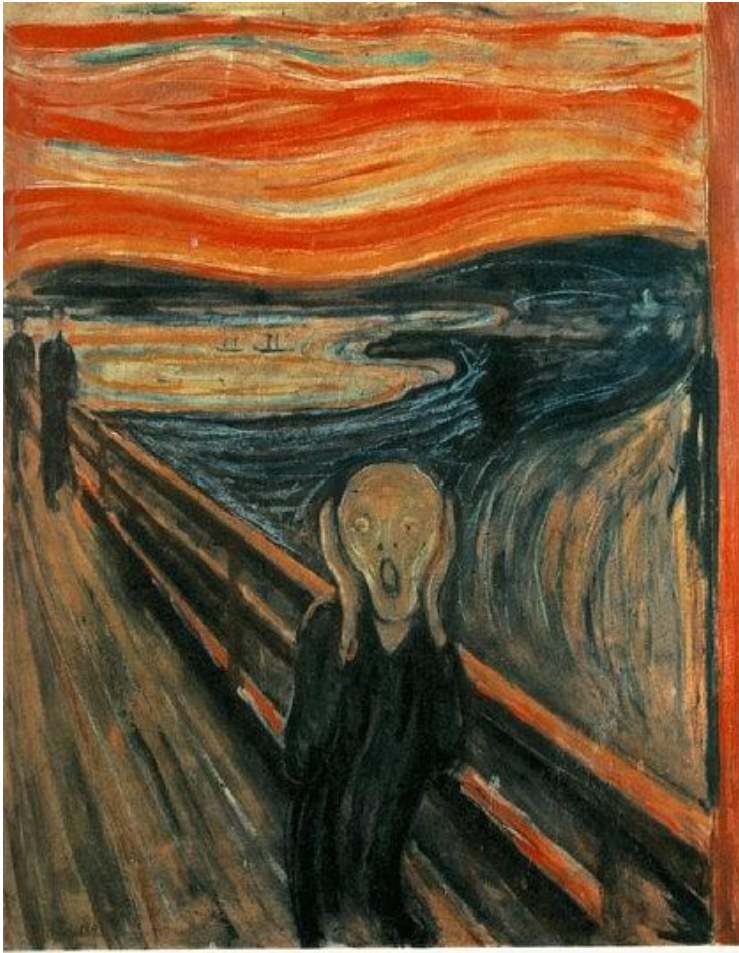
Autonomie et contrainte



Qu'en est-il des patients issus de sociétés où le respect intangible de la décision individuelle peut être supplanté par la décision des proches, au sens restreint de la famille ou au sens plus large d'une communauté ?

(Les transformations de l'équilibre nous-je, N. Elias, 1987)

Autonomie et contrainte

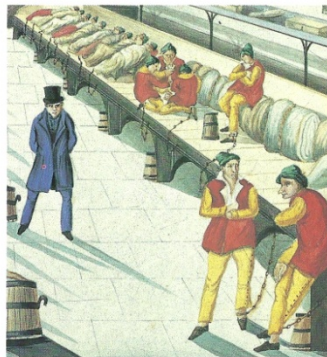


Qu'en est-il de ce droit à une décision partagée lorsque le patient présente une altération manifeste de sa capacité à se déterminer, en particulier lorsqu'il souffre d'un trouble mental sévère? (Nouveau CC, 2013)

Autonomie et contrainte

MICHEL FOUCAULT

Surveiller et punir



tel gallimard

Que devient également ce droit lorsque le patient est soumis à des injonctions administratives et pénales dans le cadre d'un régime de privation de liberté?
(Art. 59 et 63 du CPS)

Autonomie et contrainte

- Nécessité d'une prise en compte beaucoup plus large des déterminants de la clinique
- Méthodologie issue des sciences sociales
 - analyse des discours
 - focus groups
 - entretiens semi-structurés

Premiers résultats

- Consigne du Focus Group:

« Pour se lancer, l'idée ce serait que vous pensiez aux dernières décisions qui ont dû être prises dans le traitement de vos patients, que ce soit des décisions que vous avez prise vous, que votre patient a prises seul ou que vous avez prises ensemble, et que vous me racontiez comment ça s'est passé »
- On s'interroge sur la décision partagée et on obtient:
 - Un exemple où le patient est contraint (clinique psychiatrique)
 - Un exemple où le soignant est pris en otage (clinique carcérale)
 - Un questionnaire sur l'(im)possibilité d'une décision partagée (clinique des migrants)

Des décisions partagées d'emblée

- Le patient qui décide et les soignants sont d'accord
- Les soignants qui proposent et le patient qui accepte
- Plus souvent, la décision partagée comme un espace de négociation

La négociation vers le plus fort

- Une asymétrie soignant/patient construite dans l'interaction (Maynard, 1991; Pilnick, 1998)
- Trois grands cas de figure:
 - Une négociation permanente
 - Des patients qui veulent qu'on prenne les décisions pour eux
 - Des patients qui veulent prendre leurs propres décisions, y compris contre l'avis du médecin

Contrainte positive et autonomie négative

- **Contrainte positive:**
 - Imposition d'une contrainte ou prise de décision unilatérale du soignant considérée comme bénéfique a posteriori
- **Autonomie négative:**
 - Prise de décision unilatérale par le patient qui s'avère délétère pour ce dernier
 - « Les choses que je déciderai pour moi-même sont pas les meilleures. Ça j'en suis conscient. Mais... Je réfléchis pas forcément avec la tête, ou avec euh... » (patient, clinique psychiatrique)

D'une nécessaire prise en compte du contexte

- Etudes sur la décision partagée focalisées sur la relation soignant-patient (Gerber et al., 2014; Joseph-Williams et al., 2013; Charles et al., 1997; Moumjid et al., 2009)
- Multitude de contraintes externes qui font obstacle à la décision partagée
 - Contraintes institutionnelles (Mandat des soignants, tournus des médecins, fin d'un programme de soins, rigidités institutionnelles)
 - Contraintes liées à la maladie (Passivité, ambivalence, manque d'allant et de confiance en soi)
 - Contraintes liées au médecin et à sa formation (Manque d'investissement personnel, rigidité liée à sa formation, etc.)

Bibliographie

- Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997), « Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) », *Social Science & Medicine*, 44, No 5, pp. 681-692
- Gerber, M., Kraft, H. & Bosshard, C. (2014), « Décision partagée – Médecin et patient décident ensemble », *Bulletin des Médecins Suisses*, 95, No 50, pp. 1883-1889.
- Joseph-Williams, N., Elwyn, G. & Edwards, A. (2013), « Knowledge is not power for patients: a systematic review and thematic synthesis of patient-reported barriers and facilitators to shared decision making », *Patient education and counseling*, 94, pp. 291-309.
- Maynard, D. (1991), « Interaction and asymmetry in clinical discourse », *American Journal of Sociology*, 97, No 2, pp. 448-495.
- Moumjid, N. et al. (2009), « La prise de décision partagée dans la rencontre médecin-patient: évolution récente et état des lieux dans le cancer du sein en France », *Journal de gestion et d'économie médicales*, 27, No 3, pp. 134-145.
- Pilnick, A. (1998), « 'Why didn't you say just that?' Dealing with issues of asymmetry, knowledge and competence in the pharmacist/client encounter », *Sociology of Health & Illness*, 20, No 1, pp. 29-51.