

**Faculté de droit et de criminologie
École de criminologie**

La prise de décision partagée dans le cadre d'une thérapie sous contrainte

Auteur : Viviane Bouleau

Promoteur : Jérôme Englebert

Année académique 2022-2023

**Master en criminologie à finalité approfondie / spécialisée :
criminologie de l'intervention**

Plagiat et erreur méthodologique grave

Le plagiat, fût-il de texte non soumis à droit d'auteur, entraîne l'application de la section 7 des articles 87 à 90 du règlement général des études et des examens.

Le plagiat consiste à utiliser des idées, un texte ou une œuvre, même partiellement, sans en mentionner précisément le nom de l'auteur et la source au moment et à l'endroit exact de chaque utilisation*.

En outre, la reproduction littérale de passages d'une œuvre sans les placer entre guillemets, quand bien même l'auteur et la source de cette œuvre seraient mentionnés, constitue une erreur méthodologique grave pouvant entraîner l'échec.

* A ce sujet, voy. notamment
<http://www.uclouvain.be/plagiat>.

Remerciements

Mes remerciements vont en premier lieu à mon promoteur, Jérôme Englebert. Grâce à lui j'ai pu travailler sur un sujet très intéressant et novateur. Merci pour votre confiance tout au long de ce travail.

Également un grand merci à Régis Marion-Veyron sans qui cette recherche n'aurait pas été possible. Je te remercie chaleureusement pour le temps que tu m'as accordé et tes encouragements.

Je remercie grandement les dix professionnels qui ont pris le temps de me rencontrer et grâce auxquels j'ai tenté de répondre à un paradoxe. Merci pour votre confiance et votre intérêt.

Je remercie aussi Audrey Linder dont l'aide m'a été précieuse pour la construction du cadre de mes entretiens.

Merci à mes lecteurs qui prendront le temps de lire ce mémoire et de me faire des retours.

Un grand merci à ma famille et mes amis de m'avoir soutenu durant ces longues études et d'avoir toujours cru en moi.

Enfin je tiens à me remercier d'être allée au bout de ce travail malgré des difficultés rencontrées. Je n'en suis pas pleinement satisfaite mais étant donné les circonstances j'en reste fière.

Table des matières

Plagiat et erreur méthodologique grave	2
1. Introduction.....	7
1.1. Décision partagée	7
1.1.1. Continuum contrainte-autonomie	9
1.1.2. Volontarisme contraint et adhésion utilitaire	10
1.1.3. Contrainte utile.....	10
1.1.4. Alliance thérapeutique	10
1.2. La thérapie sous contrainte.....	11
1.3. La décision partagée dans le cadre de la thérapie sous contrainte	12
2. Méthode.....	13
2.1. Population	13
2.1.1. Présentation des intervenants	14
2.2. Procédure	15
2.3. Analyse des entretiens	16
2.4. Présentation du dispositif.....	16
2.4.1. Les articles	16
2.4.2. Les établissements	17
2.4.3. La prise en charge des mineurs	18
2.4.4. Les limites	19
2.4.5. Apport de savoirs scientifiques	21
3. Analyse thématique	22
3.1. Thème 1 – Les différents acteurs	22
3.1.1. Thérapeutes.....	22
3.1.1.1. Explicitation de leur rôle.....	22
3.1.1.2. Les rôles et postures.....	23
3.1.1.3. Reconnaître le patient	23
3.1.1.4. Éviter les contre-attitudes	24
3.1.1.5. Soumis à la même contrainte.....	24
3.1.1.6. L'éthique	25
3.1.1.7. Remise en question (de soi et du cadre)	25
3.1.2. Patientèle	26
3.1.2.1. Leur état	26
3.1.2.2. Leurs identités	27
3.1.2.3. Différents patients.....	27
3.1.2.4. Recherche de sens	28
3.1.2.5. Non-acceptation	28

3.1.2.6.	« Toujours maître de ses choix »	29
3.1.3.	L'équipe	29
3.1.3.1.	Soutien.....	29
3.1.3.2.	Rôle à jouer dans le suivi	30
3.1.3.3.	Rôle à jouer dans la décision partagée	30
3.1.4.	La justice	31
3.1.4.1.	Les experts.....	32
3.1.5.	Hiérarchie entre les acteurs	33
3.1.5.1.	Asymétrie.....	33
3.1.5.2.	Comptes à rendre	33
3.2.	Thème 2 - les échanges d'informations	34
3.2.1.	Les rapports.....	34
3.2.1.1.	Contenu des rapports.....	34
3.2.1.2.	Outil de travail	35
3.2.2.	Les transmissions.....	36
3.2.2.1.	Au Service Pénitentiaire (SPEN).....	36
3.2.2.2.	Au réseau extérieur	37
3.2.3.	Les réseaux	37
3.2.3.1.	Fonctionnement	38
3.2.3.2.	Demandes du patient	38
3.2.4.	Consentement du patient	38
3.2.4.1.	Transmissions	38
3.2.4.2.	Rapports	39
3.2.4.3.	Importance du consentement.....	39
3.2.4.4.	Pas de filtration	40
3.3.	Thème 3 – Prise en charge	40
3.3.1.	Début de prise en charge	40
3.3.1.1.	Début du suivi.....	40
3.3.1.2.	Enjeux éthiques	42
3.3.2.	Les objectifs.....	42
3.3.2.1.	S'adapter	42
3.3.2.2.	Surmonter les risques.....	43
3.3.2.3.	Bienveillance.....	44
3.3.2.4.	Faire émerger la proactivité	44
3.3.2.5.	Négociation.....	45
3.3.2.6.	Le patient revient au centre	46
3.3.2.7.	Co-construction	46
3.3.2.8.	Aborder le délit.....	47
3.3.2.9.	Respect du temps psychique	47

3.3.3.	La médication	48
3.3.3.1.	Fonctionnement	48
3.3.3.2.	Utilisation détournée	48
3.3.3.3.	Risques associés à l'absence du traitement	49
3.3.3.4.	Contrôles	49
3.3.3.5.	Discussion	49
3.3.4.	Les psychothérapies	50
3.3.5.	Les difficultés et limites de cette prise en charge contrainte	51
3.3.5.1.	Patients non-coopérants	51
3.3.5.2.	Le patient se renferme sur lui-même	52
3.3.5.3.	Troubles de la personnalité	52
3.3.5.4.	Ne pas aborder les faits	53
3.3.5.5.	Alliance fragilisée.....	53
3.3.5.6.	Changement de thérapeute	54
3.3.5.7.	Les attentes	55
3.3.5.8.	Paradoxes	55
3.3.5.9.	Décision partagée mise à mal ou pas toujours respectée.....	56
3.3.5.10.	Aspects négatifs des articles.....	57
3.3.6.	Aspects facilitants des articles.....	58
3.4.	Thème 4 – le regard de la société et l'après.....	59
3.4.1.	Le regard de la société.....	60
3.4.1.1.	Jugement et incompréhension.....	60
3.4.1.2.	Fascination.....	61
3.4.2.	L'après	61
3.4.2.1.	Préparer la sortie	61
3.4.2.2.	La vie après la prison	62
4.	Conclusion	63
5.	Bibliographie	65
6.	Annexes	69
6.1.	Annexe 1 – Formulaire de consentement	69
6.2.	Annexe 2 – Grille d'entretien	71
6.3.	Annexes 3 à 10 – Retranscriptions des entretiens	72

1. Introduction

1.1. Décision partagée

La volonté pour les patients d'être inclus par les soignants dans les prises de décision médicales croît depuis plusieurs années (Malengreaux & Grenier, 2017 ; Pachoud et al., 2015). Les soignants agissent en soutien à cette démarche (Malengreaux & Grenier, 2017), et alors probablement que leur volonté d'inclure les patients croît également. Afin de répondre à cette demande croissante, différents concepts apparaissent, dont celui de la prise de décision partagée (Malengreaux & Grenier, 2017). Selon Linder et Marion-Veyron (2020), la décision partagée représente une décision sur le traitement concerné qui est le résultat d'une co-construction entre le patient et le soignant. Cette pratique a été décrite en Suisse comme étant un « modèle idéal de prise de décision dans le contexte clinique » (Gerber et al., 2014, p.1883). C'est alors perçu comme la posture clinique à adopter, ce qui est d'ailleurs soutenu par la fédération des médecins suisses (FMH, 2014, cité par Linder & Marion-Veyron, 2020), bien qu'ils en exposent également des limites. La prise de décision partagée a une utilité certaine lorsque plusieurs options équivalentes sont disponibles, en plus d'être très bonne sur le plan éthique. Concernant la Belgique, les lois comme la loi relative aux droits des patients du 22 août 2002 montrent bien ce changement dans la relation thérapeutique (Malengreaux & Grenier, 2017). Elles indiquent que cela permet le passage d'une clinique orientée vers le clinicien à une clinique orientée vers le patient, et en soulignent également l'importance éthique.

La décision partagée se retrouve beaucoup en médecine spécialisée. Elle se retrouve entre autres en oncologie, bien que cette dernière soit remise en question par Marty et al. (2020). Par ailleurs, dans un centre hospitalier, la prise de décision partagée a été mise en place en oncologie pédiatrique du fait de l'éloignement géographique des différents centres de soins intervenant dans la prise en charge des patients (Laffort, 2012). Cela a permis non seulement une meilleure communication entre les centres de prise en charge, mais aussi un soutien lors d'étapes importantes de la maladie. Une revue de littérature a été faite récemment par Levet et al. (2021) concernant la décision partagée dans le cadre d'une sédation profonde et continue maintenue jusqu'au décès. Lorsque la prise de décision partagée est adoptée, elle peut inclure également l'entourage, ce qui pouvait être perçu comme un soulagement. Toutefois, elle n'est pas suffisamment adoptée et l'est aussi différemment entre les pays. Ces auteurs évoquent alors des outils pour l'améliorer. La décision partagée a également été étudiée dans d'autres cadres tels que différentes formes de prévention de la malaria (Voumard et al., 2016), le type de dépistage du cancer colorectal (Auer et al., 2015), la vaccination au covid-19 pour les

femmes enceintes ou en train d'allaiter (Zipursky, 2021), ainsi que l'arrêt du tabac (Jakob et al., 2017, cité par Linder & Marion-Veyron, 2020).

Cependant, il serait intéressant de voir si cette prise de décision partagée se retrouve dans d'autres champs, tel que le champ psychiatrique. Effectivement, selon Hamann et al. (2003), il serait extrêmement bénéfique pour les patients que la décision partagée fasse ses preuves dans ce champ- là, d'autant plus au vu des avantages observés dans d'autres champs médicaux. Cela permettrait d'inclure les patients dans leur traitement, chose qu'ils demandent depuis longtemps. Ils pensent entre autres que cela accroîtrait leur empowerment. L'étude de Pachoud et al. (2015) qui est beaucoup plus récente a justement montré les bénéfices de la décision partagée en psychiatrie. Cette décision semble même y avoir un intérêt crucial. Cela permet de remettre le patient au centre mais aussi de lui redonner une part de contrôle et donc au moins un début d'autonomie. L'objectif de cette participation active se situe dans les résultats thérapeutiques. Le but est qu'ils soient meilleurs, mais aussi que le traitement soit plus accepté et respecté. Cela se retrouve également avec les directives anticipées, qui permettent de maintenir un cap en cas de rechute. Les effets bénéfiques de la prise de décision partagée se retrouvent dans le cas spécifique de la recherche d'un dosage minimal d'antipsychotiques. Une étude menée par Bonsack et al. (2017) s'intéresse à la co-construction opérante entre soignant et patient concernant la prise d'antipsychotiques. La prise de décision partagée a à nouveau pour but un meilleur rétablissement du patient ainsi qu'une appropriation de son traitement, voire un arrêt du traitement pour certains. D'après les chercheurs cela n'est de loin pas possible dans tous les cas, mais quand la situation le permet, cela libère le patient d'une charge lourde. Pour atteindre ces objectifs, les patients apprennent à détecter les signes afin de pouvoir en éviter les conséquences négatives. Aussi, professionnel de santé et patient travaillent ensemble, notamment avec le refus du patient de prendre un traitement médicamenteux. Par ailleurs, la décision partagée favorise l'alliance thérapeutique, facteur clé de la réussite du traitement (Debbané & Nielsen, 2020).

Malgré ces effets bénéfiques, la prise de décision partagée présente aussi des obstacles ainsi que d'autres éléments à prendre en compte. Tout d'abord, plusieurs facteurs et acteurs doivent être pris en compte dans ce processus, ce qui complexifie sa mise en œuvre (Malengreaux & Grenier, 2017). Effectivement, cela dépasse le médecin et le patient, et il n'y a en plus pas de bonne façon de procéder, les individus étant uniques et nécessitant une prise en charge personnalisée. Par ailleurs, ces auteurs nous informent sur le fait que ce qui sous-tend cette posture est encore peu étudié, ce qui empêche les professionnels de santé, dans leur

pratique, de mettre en place cette prise de décision partagée. Ensuite, certains soignants perçoivent plutôt la prise de décision partagée comme étant partagée d'emblée ou comme étant une négociation vers le plus fort (Linder et Marion-Veyron (2020)). Pour ces soignants, deux options se présentent dans le cadre d'un traitement. Dans le premier cas, le patient ou le soignant fait une proposition, qui sera sans discussion acceptée par l'autre, ce qu'ils considèrent comme une décision partagée d'emblée. Dans le second cas, le patient ou le soignant fait une proposition qui sera elle sera remise en question et discutée. Dès lors, il sera nécessaire, pour le patient comme pour le soignant, de faire des compromis. Ces soignants considèrent ce second cas comme une négociation vers le plus fort. Dans leur perception d'une situation de traitement, on se rend compte qu'ils ne perçoivent pas la co-construction comme prenant part au processus, contrairement à la définition de la décision partagée donnée ci-dessus. De plus, avec la négociation vers le plus fort, ils perçoivent un des deux acteurs majeurs, le soignant ou le patient, comme ayant le dessus dans la relation. Toutefois, d'après la définition choisie, leur second cas de figure est celui qui correspondrait le mieux. Effectivement, dans la première situation, il n'y a pas de co-construction, tandis qu'il y en a bien une dans la seconde. Ce n'est pas nécessairement qu'un des deux acteurs a le dessus, mais c'est qu'il est nécessaire que chacun fasse un pas vers l'autre. Enfin, plusieurs autres éléments ont leur rôle à jouer dans une prise de décision partagée : le continuum contrainte-autonomie, le volontarisme contraint et l'adhésion utilitaire, la contrainte utile, et l'alliance thérapeutique.

1.1.1. Continuum contrainte-autonomie

Dans le cadre de la décision partagée, il y a un continuum entre contrainte et autonomie Linder et Marion-Veyron (2020). Ce continuum illustre une tension entre les deux pôles. En tant que soignant on souhaite laisser les patients prendre part aux décisions les concernant car c'est leur vie, mais il y a des patients qui refusent cette implication-là. Effectivement, ils préfèrent laisser les soignants prendre les décisions seuls car ils les perçoivent comme étant expert. Il semble nécessaire de préciser ici que ce ne sont pas les soignants qui adoptent une posture d'expert, mais bien les patients qui les perçoivent comme tel. Les patients peuvent aussi simplement refuser de collaborer car ils perçoivent cette prise de décision partagée comme une intrusion dans leur vie privée. En outre, les patients peuvent également refuser de s'impliquer dans la prise de décision partagée car ils y voient une sur-responsabilité qui leur est dès lors imputée (Marty et al., 2020). Toutefois, Pachoud et al. (2015) soulignent l'importance de donner une voix au chapitre aux patients car cela contribue à leur redonner un pouvoir de décision sur leur vie. Cette auto-détermination est un droit permettant et reconnaissant aux

patient un meilleur contrôle sur leur individualité (Aujoulat, 2007).

1.1.2. Volontarisme contraint et adhésion utilitaire

La négociation vers le plus fort mène vers le volontarisme contraint et l'adhésion utilitaire (Marques, 2015). A nouveau nous avons un continuum, allant cette fois de la contrainte pure à la persuasion, dans le but d'obtenir ou d'empêcher un comportement. Le volontarisme contraint se situe au niveau de la contrainte pure et se sert d'une sanction pour atteindre le but indiqué.

L'adhésion utilitaire quant à elle se situe au niveau du pôle de la persuasion. Il s'agit de persuader le patient en lui proposant une ressource dont il pourrait vouloir faire usage. Le soignant attend alors en retour que le patient adopte, ou au contraire stoppe, un comportement en particulier. Dans leur étude, Linder et Marion-Veyron (2020) observent que le volontarisme contraint prend effectivement place lorsque l'un des deux acteurs a le dessus, en l'occurrence le soignant. Le patient va s'y plier car c'est l'option la moins mauvaise qui se présente à lui, mais sans pour autant qu'il n'y adhère réellement. Il pourrait d'ailleurs s'agir d'une adhésion plus manifeste que latente.

1.1.3. Contrainte utile

Nous investiguons également la place de la contrainte utile présentée par Linder et Marion-Veyron (2020). Dans leur étude, les soignants en relevaient deux. La première s'instaure une fois que la co-construction a échouée. Elle est alors utilisée en dernier lieu et seulement si les soignants pensent qu'il est absolument nécessaire d'imposer une contrainte au patient. Cette contrainte peut alors prendre la forme d'une médication, d'une curatelle voire d'une hospitalisation. La seconde est utilisée en premier lieu, pour amener le patient à adhérer au traitement. Le traitement est alors d'abord imposé au patient, mais le soignant espère qu'il y adhèrera et se l'appropriera. Dans les deux cas, le but du soignant est que le traitement soit administré, mais si possible avec l'accord du patient. Le mieux serait encore que le patient prenne la décision de lui-même, avant d'être soumis à une contrainte par exemple. Le problème est que certains patients peuvent alors accepter le traitement dans le seul but de garder une plus grande marge manœuvre comparée à celle qu'ils auraient s'ils refusaient. Même avec un tel objectif du côté des patients au départ, ils peuvent tout à fait reconnaître l'efficacité et l'utilité du traitement plus tard dans la thérapie.

1.1.4. Alliance thérapeutique

D'autres facteurs rentrent en ligne de compte dans la prise de décision partagée, telle que l'alliance thérapeutique. Elle représente le lien entre le patient et le thérapeute, et est très importante. Effectivement, l'alliance thérapeutique est le premier facteur expliquant l'amélioration des symptômes dans le cadre d'une psychothérapie (Debbané & Nielsen, 2020). Des questions se posent vis-à-vis de cette alliance thérapeutique (Linder & Marion-Veyron, 2020). En tant que soignant, doit-on forcément aller dans le sens du patient afin de maintenir cette alliance ? Ou bien peut-on ne pas aller dans son sens au risque de la fragiliser ? D'après eux, dans certaines cliniques, comme la clinique carcérale, des difficultés se surajoutent à ces questions. Le suivi peut s'avérer être peu fréquent ou irrégulier suivant la personne à laquelle on s'adresse. L'alliance thérapeutique étant une construction (Debbané & Nielsen, 2020), cela peut la fragiliser.

En somme, la décision partagée semble souhaitable, mais jusqu'à un certain point. D'après le FMH (2014, cité par Linder & Marion-Veyron, 2020), elle permet aux patients de prendre part aux décisions les concernant, tout en étant accompagné par les professionnels dans cette démarche. Ils précisent dans ce texte que les patients étant tous différents, et leurs besoins évoluant, il est primordial que la prise de décision partagée soit souple. Cependant, il semble apparaître que cette prise de décision partagée n'est pas tout le temps mise en place, ou du moins pas à chaque étape d'un traitement. En effet, les paradigmes médicaux contemporains amènent le patient à devenir un « patient contemporain » également, ce qui signifie qu'il est censé se trouver au centre (Bureau- Point & Hermann-Mesfen, 2014). Bien que la définition contemporaine du patient le place en théorie au centre, ce n'est pas ce qui se retrouve en pratique. Dans la réalité, les patients n'ont pas la place qu'on prétend leur donner, et l'autorité médicale est toujours présente, avec une asymétrie claire. Nous allons maintenant nous intéresser à la place donnée aux patients dans le cadre des thérapies sous contrainte.

1.2. La thérapie sous contrainte

Nous avons discuté de l'utilité de la prise de décision partagée en clinique ainsi que de l'utilité de la contrainte du soignant envers le patient dans ce cadre. Qu'en est-il lorsque la contrainte est extérieure au cadre thérapeutique ? Par contrainte extérieure au cadre thérapeutique, nous entendons ici la thérapie sous contrainte. C'est une mesure ordonnée par la justice dans le but d'obliger un individu à suivre une thérapie suite à la commission d'une infraction. La personne sera alors forcée de s'y rendre, ou bien elle rencontrera probablement davantage de difficultés qu'elle n'en a déjà avec la justice. La demande de soins ne provient

pas du patient mais d'une autorité judiciaire. Comme pour toute thérapie, le professionnel de santé peut adopter différentes postures, dont la posture d'expert. Comme cette dernière, la prise de décision partagée semble être une modalité d'exécution de la thérapie sous contrainte. La place du consentement est alors questionnée. Nous pouvons faire le parallèle avec la place du consentement dans le cadre d'une tutelle. Ici, le consentement oscille entre autonomie et protection (Eyraud & Vidal-Naquet, 2008). Bien que la préoccupation concernant le consentement soit grandissante, il semble que ce dernier n'est jamais total. En effet, dans leur étude, le consentement des majeurs placés sous mesure de protection est important, mais la protection reste une mesure à laquelle ils ne peuvent déroger. De cette oscillation, les auteurs retirent que les deux pôles peuvent être au premier plan et que cette révision de la configuration ne s'arrête jamais. Dans notre cas, on retrouve le continuum autonomie- contrainte, la situation pouvant glisser à chaque moment au niveau de chaque pôle. Comme dans cette recherche, malgré la place importante du consentement, on peut en tenir compte ou non selon les situations, et donc contraindre ou non les individus selon les situations.

Les personnes pour lesquelles une thérapie sous contrainte a été ordonnée présentent d'autres difficultés que celles ayant simplement commis une infraction mais n'ayant pas à respecter une telle mesure. Dans le cas d'une prise de décision partagée, il s'agira alors de réussir à créer une alliance avec leur part saine et de co-construire à partir de là. On retrouve cette difficulté de travailler avec la part saine d'une personne tout en accueillant sa souffrance dans le cadre d'une étude de Hoffman et al. (2014). Ils ont travaillé avec les familles d'adolescents hospitalisés présentant des troubles psychiatriques sévères et des troubles sévères du comportement judiciairisés. L'idée est de prendre appui sur la partie saine afin de combattre la partie malade et de pouvoir aller mieux dans l'ensemble. La difficulté prend alors une autre dimension dans le cas des individus présentant un trouble de la personnalité. Bien que je ne rentrerai pas dans les détails, il est important de le souligner car le travail avec ces individus doit être adapté. Les professionnels de la santé se doivent de les accueillir et les écouter, mais sans pour autant se laisser manipuler ni laisser leurs a priori prendre le dessus. Dans cette étude il faudra bien différencier les patients présentant une maladie mentale, telle que la psychose, de ceux présentant un trouble de la personnalité, ainsi que de ceux présentant une déficience intellectuelle ou un quotient intellectuel limite.

1.3. La décision partagée dans le cadre de la thérapie sous contrainte

La prise de décision partagée rejoint les paradigmes médicaux contemporains : la

médecine centrée sur la personne, la médecine fondée sur des preuves, et le paradigme du rétablissement (Pachoud, 2015). Selon lui, en psychiatrie il existe au moins deux justifications à l'utilisation de la prise de décision partagée. La première concerne ses effets positifs qui sont l'aide à l'établissement d'une alliance thérapeutique, ainsi que davantage de respect quant au traitement décidé. Cela permet par la suite d'observer de meilleurs résultats. La seconde justification concerne le lien de cette décision avec les paradigmes médicaux contemporains. Les objectifs de soins n'étant plus les mêmes et étant davantage centrés sur les patients, Pachoud (2015) indique que la participation active de ces derniers aux décisions de soins les concernant semble requise. De plus, un meilleur résultat du traitement à long terme était observé en clinique psychiatrique avec l'implémentation de la prise de décision partagée (Luciano et al., 2018). Outre cette observation très encourageante, ils ont également relevé que les patients étaient davantage satisfaits de leur traitement. Les paradigmes médicaux contemporains se centrant plus autour du patient, ce point est donc très important. Par ailleurs, ils indiquent qu'une des façons d'accroître la satisfaction des patients vis-à-vis du traitement, dans l'optique d'une prise de décision partagée, serait la mise en place de directives anticipées. Cela permet aux patients, lorsqu'ils ne sont plus capables de prendre des décisions, d'être traités d'une manière qu'ils ont accepté par le passé. Dans le cadre d'une thérapie sous contrainte, la mise en place d'un fonctionnement similaire est probablement possible. Lorsque le patient irait bien, le professionnel de santé pourrait mettre en place avec lui ces directives anticipées afin que le traitement convenu entre eux deux puisse se poursuivre.

A la suite de tout ce qui précède, nous nous demandons comment mettre en place et maintenir une décision partagée dans le cadre d'une thérapie sous contrainte ?

2. Méthode

2.1. Population

Dans cette étude, nous avons effectué des entretiens uniquement avec des thérapeutes et non des patients. Nous avons essayé toutefois de les questionner sur leur représentation de ce que pouvaient percevoir les patients. Cela n'a pas eu pour but de remplacer les entretiens qui auraient pu être faits avec des patients, mais seulement d'inclure une réflexivité et un aspect critique quant à leur rôle de thérapeute. L'idée première était de pouvoir interroger des patients également, mais cela était malheureusement trop compliqué à mettre en place. Afin de cibler au mieux notre objet d'étude, nous nous sommes cantonnés aux thérapeutes ayant reçu un mandat de soins pour des patients étant soumis à un article du code pénal suisse. Ces articles

sont principalement les articles 59 et 63 et concernent des individus alors considérés comme ayant commis un délit dans le cadre d'un trouble mental. Les thérapeutes que l'on a interrogés travaillent dans des pénitenciers pour un hôpital du canton de Vaud en Suisse. Vous trouverez une brève présentation des intervenants ci-après. L'anonymat de l'institution (l'hôpital) et des milieux de soins (pénitenciers) sont garantis dans la rédaction de ce travail, ainsi que dans toute publication ou diffusion de résultats qu'il pourrait y avoir. En ce qui concerne les traitements administrés, nous souhaitions initialement nous restreindre aux traitements médicamenteux. Pour des raisons pratiques et d'intérêts pour cette recherche, nous avons fait le choix d'inclure également les traitements psychothérapeutiques. Effectivement, au vu du travail effectué par les professionnels contactés, cela a plus de sens, en plus d'apporter une plus-value. En premier lieu, nous pensions également investiguer cette problématique en Belgique et/ou au Canada, mais par faute de temps et de ressources cela n'a pas pu être fait. L'idée d'une comparaison reste alors une ouverture possible à l'avenir.

Concernant le nombre d'entretiens effectués, nous avons eu la chance d'avoir beaucoup de retours positifs, qui ont mené à 10 entretiens. Malheureusement, deux d'entre eux ont été effectués en distanciel et ne sont pas exploitables. En effet, bien que la visioconférence permettait l'échange, la qualité des enregistrements vidéos n'était pas suffisante pour que ces derniers soient suffisamment compréhensibles.¹

2.1.1. Présentation des intervenants

Les intervenants étaient alors au nombre de dix, dont nous avons pu exploiter huit entretiens. Voici une courte description des intervenants associés à des noms fictifs :

- Premier entretien : n'a pas pu être exploité.
- Deuxième entretien : psychiatre, que nous appellerons Tristan.
- Troisième entretien : n'a pas pu être exploité.
- Quatrième entretien : psychiatre, que nous appellerons Hugo.
- Cinquième entretien : psychologue, que nous appellerons Emmanuelle.
- Sixième entretien : psychologue, que nous appellerons Raphaël.
- Septième entretien : psychiatre, que nous appellerons Anne.
- Huitième entretien : psychiatre, que nous appellerons Pauline.

¹ Nous sommes sincèrement désolés pour ce désagrément et cette perte d'informations. Nous remercions chaleureusement les deux professionnels concernés et nous excusons qu'ils aient gracieusement accordé leur temps sans que celui-ci ne puisse être exploité. Nous tenons à préciser que cela ne change en rien la qualité des échanges qui ont eu lieu, ni le plaisir pris par l'étudiante lors de ces derniers.

- Neuvième entretien : psychiatre, que nous appellerons Isaline.
- Dixième entretien : psychologue, que nous appellerons Elise.

2.2. Procédure

Nos entretiens semi-directifs ont consisté en une discussion d'environ une heure autour du sujet de la prise de décision partagée dans le cadre d'une thérapie sous contrainte, précédée par la signature d'un formulaire de consentement (Annexe 1). Nous sommes partis d'une première question générale puis en fonction de ce qui était dit dans le discours, nous ajoutions ou non d'autres questions. Ces questions « supplémentaires » provenaient d'une grille d'entretien effectuée (Annexe 2) au préalable. Elle a servi seulement de guide d'entretien et donc à vérifier que tous les thèmes que nous souhaitions aborder le soient. Si ce n'était pas le cas, nous pouvions justement relancer la discussion avec des questions. Cette grille n'a pas été modifiée au fur et à mesure des entretiens, mais, bien que tous les thèmes aient été abordés, il est arrivé que certaines questions ne soient pas posées ou d'autres ajoutées au courant de la discussion.

Dans un premier temps, nous avons fait remplir aux interviewés un formulaire de consentement conforme à la commission éthique de l'hôpital auquel étaient rattachés les interviewés. Pour les entretiens en présentiel, seul le consentement pour un enregistrement audio était demandé, alors que pour les enregistrements en distanciel un consentement pour un enregistrement audio et vidéo était demandé. Ces entretiens débutaient par une présentation des participants quant à leur travail, leur choix de domaine d'activité, ainsi que leur patientèle. Ensuite, nous entrions dans le vif du sujet en les questionnant sur la prise de décision partagée, quelle en était leur définition personnelle. Les entretiens n'ont pas suivis l'ordre prédéfini de la grille d'entretien et se sont simplement déroulés de manière spontanée en passant au travers des thèmes que nous souhaitions aborder. Cela a alors été une expérience agréable pour l'interviewer, ainsi que les interviewés, car les entretiens ont pris place dans le cadre d'une discussion. Dans un troisième temps nous avons retranscrit les entretiens, en restant au plus proche des enregistrements, notamment en ce qui concerne les répétitions ou les tics de langage. Il se peut alors que certaines citations de ces retranscriptions soient adaptées afin de fluidifier la lecture du mémoire. Par ailleurs, certains moments ont été coupés soit car ils étaient inaudibles, soit car une discussion sortant du cadre de l'entretien émergeait avec un collègue ou au téléphone, ou encore afin de maintenir l'anonymat des personnes mentionnées. Dans un quatrième et dernier temps nous avons analysés ces retranscriptions. L'analyse retenue a été

l'analyse thématique, dont vous trouverez les résultats ci-après.

2.3. Analyse des entretiens

Comme indiqué précédemment, nous avons opté pour l'analyse thématique. En effet, au vu de la question de recherche et des éléments apportés par les professionnels, cette analyse nous semblait être la plus pertinente. Nous avons débuté par identifier tous les thèmes présents dans les entretiens, que nous avons ensuite tenté de regrouper. Bien que les entretiens aient tous été très différents et très riches, nous avons pu identifier quatre thèmes principaux, chacun accompagnés de plusieurs sous-thèmes, ayant tous été plus ou moins abordés dans chaque entretien. Les thèmes et sous-thèmes ont été abordés différemment par les professionnels interrogés, voire avec des idées contradictoires. Il s'agira alors de confronter leurs propos entre eux, mais également avec la littérature existante ainsi que notre réflexion personnelle.

2.4. Présentation du dispositif

2.4.1. Les articles

Tout d'abord, nous voulions rappeler le cadre de la loi dans lequel les thérapies sous contrainte sont effectuées. Lors d'un jugement, un juge peut, lorsque les conditions sont remplies, ordonner un traitement sous contrainte avec trois articles de loi. Ce sont les articles 59, 63 et 64, pour lesquels il s'agit respectivement de mesures thérapeutiques institutionnelles, de traitement ambulatoire et d'internement. Un professionnel sera alors mandaté pour remplir ce mandat en respectant le cadre de l'article. Ce mandat de traitement est différent du PLAFA (Placement à Fin D'assistance) qui, selon l'Etat de Vaud (Etat de Vaud, n.d.), a pour visée de retenir les gens contre leur volonté lorsqu'ils représentent un danger pour eux-mêmes ou les autres. Les individus sous PLAFA présentent soit des troubles psychiques, soit une déficience mentale, soit un grave état d'abandon. Par ailleurs, cette mesure n'est prise que lorsqu'il n'y a pas d'autres moyens de fournir des soins adaptés à l'individu concerné, et les moyens employés diffèrent aussi d'une mesure sous article : « Disons que l'usage de la force, c'est un peu. Moi j'ai vu ça dans des pour, des patients qui sont agités, dangereux, que ce soit pour eux-mêmes ou pour d'autres personnes qui ont un trouble du comportement qui est ingérable, et puis qui nécessitent d'être hospitalisés dans l'immédiat et là c'est PLAFA, c'est à dire Placement à des fins d'assistance. Donc ça, c'est autre chose, c'est vrai, c'est une mesure de contrainte aussi parce qu'on a les de façon contre sa volonté, mais c'est pas la même chose. C'est vraiment ponctuel. C'est à ce moment-là le patient il est agité, il n'y a rien à faire, c'est il doit

être pris en charge dans un à l'hôpital, aux urgences » (Hugo, Annexe 4).

Ensuite, le cadre de la justice, par la mesure ou le mandat selon le nom qu'on choisit de lui donner, s'imbrique dans d'autres cadres tel que le cadre thérapeutique. D'après Isaline, l'intervenante du neuvième entretien, cela s'appelle l'inter-contenance des cadres. Voilà ce qu'elle en dit : « C'est à dire qu'y a plusieurs cadres justement, quand ils s'emboitent bien, ben le cadre de la justice, c'est des limites qui sont données enfin psychologiquement, psychiquement. Enfin, des limites qui sont données de ce qui est ce qui, ce qui est possible de faire ou pas dans la société pour vivre avec les autres dans la communauté. » (Isaline, Annexe 9). Nous lisons cela comme le fait qu'il est important que plusieurs cadres co-existent de manière harmonieuse. Les acteurs de ces cadres doivent alors collaborer avec le patient se trouvant au centre de cette collaboration, car cette dernière semble permettre d'amener un cadre sécurisant au patient, du moins selon Isaline.

Enfin, nous souhaitons aborder la proportion des patients sous-article dans les établissements pénitentiaires et consultations concernés par notre étude. Cela semble très variable. Effectivement, Tristan nous a indiqué que les patients sous-articles se trouvaient principalement dans les prisons après jugement et que dans la prison où il travaillait actuellement ils en avaient peu : « Nous on a 3 ou 4 articles, on n'a pas beaucoup » (Annexe 3). Elise, travaillant dans une prison après jugement, nous a quant à elle dit que la majorité de ses patients étaient sous article et étaient donc contraints de la rencontrer : « Et puis je dirais que moi sur les 60 que je vois il devrait y en avoir une quinzaine qui sont sur un mode volontaire. » (Elise, Annexe 10). Le type de prison semble alors influencer la présence ou non de patients sous-articles, ce qui fait sens lorsque nous repensons au cadre de la loi. Toutefois, nous pouvons aussi investiguer la piste de la profession de chacun de ces professionnels. Le premier est psychiatre alors que la seconde est psychologue. Selon ce qui est recherché par les patients, ils se tourneront plus vers l'un que l'autre. Effectivement, s'ils recherchent une prise de médicaments, seul le psychiatre pourrait leur donner cette possibilité.

2.4.2. Les établissements

Nous allons maintenant discuter des caractéristiques des établissements et consultations de notre étude. Premièrement, les prisons n'étaient pas mixtes. Deuxièmement, grâce aux entretiens nous avons relevé plusieurs caractéristiques en lien avec le fonctionnement de ces lieux. Tout d'abord, il y a ce qui touche à la sécurité, la protection, la rapidité d'intervention ainsi que les conditions de détention. En ce qui concerne la sécurité et la rapidité d'intervention, Tristan nous dit que « Quand j'étais à l'hôpital, il y avait plus d'agressions contre nous. [...] Ici,

vraiment, ils viennent en 3 secondes en courant, très très vite. Souvent des fausses alarmes qu'on fait par erreur. Donc voilà pour dire que la sécurité elle prime... » (Annexe 3). Cela montre bien qu'il y a une forte sécurité en prison, du moins pour les professionnels. Ici Tristan nous exprime aussi la protection dont ils bénéficient et Hugo nous l'exemplifie au niveau des détenus : « Y a pas la tentation, ils peuvent pas consommer de l'alcool comme ils consomment à l'extérieur du cannabis et autres, donc du coup ils sont un peu contenus dans ce. Quand ils sortent, ils vont être confrontés à ça, c'est à dire la tentation elle va. » (Annexe 4). Selon nous cet éloignement de la drogue s'apparente à une protection vis-à-vis des conséquences néfastes de cette dernière. En outre, Isaline évoque les conditions de détention existantes entre différents types d'incarcération : « Puis les conditions de détention s'améliorent. En préventif c'est là où c'est le plus, le plus difficile, le plus...les conditions sont les plus drastiques. ». Les détenus ne rencontrent alors pas les mêmes conditions de détention en fonction du régime auquel ils sont soumis.

Ensuite, nous allons évoquer l'état des patients entrant en prison, du moins l'état de ceux entrant en détention préventive. « Ce qui s'est, ça peut être encore plus intéressant en fait ici. Parce qu'on voit quand même qu'ils. C'est plus fréquent, une certaine instabilité psychique parce qu'ils sont en attente, ils savent pas [inaudible] le jugement, combien de temps ils vont être condamnés. » (Pauline, Annexe 8).

Enfin, nous allons brièvement parler du manque de moyens relevé par les intervenants. Tristan a clairement dit « On n'a pas assez de moyens, hein. », alors que Pauline indique que cela s'agit plutôt d'une mauvaise répartition des ressources allouées par l'état « Après, oui ça si parce qu'ici, en prison, il y a la précarité, après je ne sais pas faire quelque chose pour ça, parce qu'ici en prison le gouvernement il dépense aussi beaucoup d'argent ici, ça serait mieux plus. » (Annexe 3).

2.4.3. La prise en charge des mineurs

Un des professionnels rencontrés, Raphaël, travaille auprès d'adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel. Ce sont alors des mineurs. La prise en charge de cette population comporte une spécificité que nous allons vous présenter. Contrairement aux traitements sous mandat pour adulte, ceux pour mineurs peuvent d'office avoir effet jusqu'aux 25 ans de l'adolescent : « Je veux dire oui au niveau des traitements ordonnés par le tribunal des mineurs, les traitements à partir du moment où les adolescents ont été condamnés en tant que mineurs, ils peuvent avoir un effet, l'obligation peut avoir un effet jusqu'à 25 ans. » (Raphaël, Annexe 6). Selon lui « Ça donne de la marge ». Raphaël a alors exemplifié cela avec

un jeune qu'il suit actuellement : « j'ai par exemple actuellement le suivi d'un jeune qui a 21 ou 22 ans que je vois depuis qu'il a 16-17 ans, et le la présidente du Tribunal des mineurs peut maintenir cette obligation jusqu'à ses 25 ans. » (Annexe 6). Ne donnant pas de limite de temps, l'obligation de suivi peut-être maintenu par le tribunal des mineurs tant qu'il juge cela nécessaire, ce qui peut amener à de longs suivis.

2.4.4. Les limites

Nous allons maintenant évoquer les limites du dispositif à travers l'état des patients, le cadre de l'établissement, le cadre de l'article, la flexibilité et l'imprévisibilité du contexte de la détention, ainsi que les problèmes de personnel. Une plus grande investigation des limites sera faite dans l'analyse thématique car les thérapeutes ont relevés ces points également.

Premièrement, par rapport à l'état des patients, la détention ne permet pas toujours de prendre certains cas en charge. Effectivement, lorsque la maladie psychiatrique devient trop lourde, l'établissement de détention ne dispose plus des moyens pour la gérer : « On est débordé dans le sens où la maladie psychiatrique arrive à un point de décompensation qui peut pas être pris en ambulatoire dans nos conditions, c'est à dire bipolaire, qui est vraiment en excès de manière franc et très sévère. Il peut pas être rentré parce qu'il se met en danger. D'un côté il s'agit qu'il dérange tout le système en général. D'un autre côté, il se met en danger parce qu'il peut être agressé aussi. Donc, 9 m² avec quelqu'un qui est en excès maniaque, c'est pas rigolo, et surtout avec une certaine population, il risque vraiment de se faire [inaudible] ou d'agresser les gens » (Tristan, Annexe 3). Certains établissements ont aussi le statut d'hôpital en Suisse, ce qui permet d'accueillir ces patients, mais il y en a peu, ce qui amène les prisons à tout de même accueillir certains patients : « Il y a que 2 prisons dans toute la Suisse qui sont hôpital. Donc on prend en charge les patients psychiatriques ambulatoires, on prend en charge les gens qui ont des troubles de l'adaptation avec du [inaudible] carcéral et on prend charge beaucoup de troubles de la personnalité. Et ça, c'est un point aussi qui est très compliqué parce que. On sait qu'on va pas les guérir de leur trouble de la personnalité. » (Tristan, Annexe 3).

Deuxièmement, le cadre de l'établissement semble être un frein aux avancées dans les traitements. Tout d'abord il y a le problème du temps pour lequel les patients restent en prison, qui n'est pas toujours suffisant pour mener à terme le traitement et bien préparer la sortie : « Non il a pas eu le temps, nous on a pas eu le temps et puis c'est des fois c'est très décourageant. Je dois dire, c'est vraiment une ça c'est décourageant et le fait que, par exemple des patients...On n'a pas eu le temps de vraiment bien prendre en charge et qui sortent et puis qui reviennent encore une fois pour un autre délit, c'est très décourageant. Dans le sens où on dit finalement

bah on n'a pas eu le temps. Enfin vraiment, on a pas eu le temps de le préparer comme il faut à la sortie, donc ça peut être vraiment très..on est en situation d'échec, on le vit comme un échec un peu. » (Hugo, Annexe 4). Ensuite, ça peut donner l'illusion que la consommation de substances est contrôlée alors qu'elle n'est juste pas mise à l'épreuve et cela est pris en charge à la sortie de la prison, comme l'indique Hugo : « Donc nous disons que notre travail il est un peu limité par ça. On peut pas non plus. C'est à dire oui, on peut discuter de ça, mais on n'est pas en le patient, il est pas mis à l'épreuve ici, on peut pas le mettre à l'épreuve ici, on peut pas lui dire Ah en fait bon, donc vous me dites que ces problèmes je sais pas que là y a une semaine vous avez trop bu. Enfin on peut pas travailler un peu sur comment il contrôle sa consommation, ça c'est un travail qui se fait dehors quand ils sortent généralement et avec des centres d'addiction avec des contrôles d'accident » (Annexe 4). Enfin, Hugo nous indique encore que les détenus eux-mêmes font une différence entre la vie à l'intérieur de la prison de celle à l'extérieur de la prison : « Exactement, ils disent, Ah bah je suis là, je peux rien faire en fait, je ferai quand je serai dehors. Bah ils disent, il y en a beaucoup qui disent ça d'ailleurs qui disent bah non je pense à rien, je suis là et puis je pense à rien. Bah je penserai quand je serai dehors donc c'est du coup c'est un peu de d'être complètement dans le dans la passivité de dire maintenant ben je suis entre 4 murs bah je prends je vis au jour le jour et puis le jour où je serai dehors ça sera une autre histoire » (Annexe 4). Nous voyons ici que cette différenciation due au cadre les empêchent de s'investir dans un travail thérapeutique en détention.

Troisièmement, le cadre de l'article ne correspond pas vraiment aux autres réalités existant dans le même temps. Tout d'abord, la décision d'un article pour un patient peut aller à l'encontre d'une autre décision de justice, comme un renvoi. Cela peut complètement désorienter le patient qui ne comprendra pas pourquoi on lui impose une obligation de soins et dans le même temps une obligation de quitter le territoire. Tristan nous l'explique : « Il comprend rien du tout. Vous me soignez pour que je sois plus dangereux mais quand je quand je suis plus dangereux, je suis pas accepté en Suisse, ça sert à quoi ? Laissez-moi juste partir dans un autre pays où d'autres ils acceptent ce genre de comportement peut-être un peu plus facilement. » (Annexe 3). Ensuite, cela rejoint la volonté de protéger la société, comme le mentionne Tristan : « Donc oui ça protège la société, mais c'est pas la société suisse. Quelque part, ça questionne aussi. Est-ce que c'est à nous de faire ça ? Ça sert à quoi ? » (Annexe 3). Les mandats sous articles sont ordonnés dans le but de protéger la société suisse, mais si ces patients sont finalement renvoyés dans leur pays d'origine, quelle est la plus-value de ce travail pour la Suisse ? Enfin, le nombre de patients sous article est selon Tristan trop important par rapport

aux moyens pouvant être déployés afin de répondre à ces mandats : « Oui donc on a trop, on sent que ça devient trop sécurité, y a trop d'articles. Et ça dépasse toutes les tous les moyens du système » (Annexe 3).

Quatrièmement, les notions de flexibilité et d'imprévisibilité jouent un rôle dans le contexte pénitentiaire. Effectivement, le contexte pénitentiaire est très imprévisible et des transferts peuvent être effectués en dernière minute sans que les soignants en soient informés : « Non ah ben non, on n'est pas un non, les transferts, les transferts non médicaux, on n'est pas mis, on n'est pas mis au courant, forcément, le service médical. » (Isaline, Annexe 9). Cela oblige alors à différer des rendez-vous : « Plus de flexibilité et justement aussi plus d'imprévisibilité, aussi bien pour elles enfin pour elles eux, que pour nous parce que bah y a des fois aussi, on doit voir les patientes et puis hop on apprend qu'elles ont été transférées pour une audience ou pour voilà donc c'est. » (Isaline, Annexe 9). En revanche, toujours selon Isaline, la prison apporte de la flexibilité dans les suivis thérapeutiques : « Mais c'est un espace de liberté aussi pour elles enfin, alors je préfère quand c'est elles et juste parce qu'elles disent je viens pas, non aujourd'hui je viens pas » (Annexe 9).

Dernièrement, Elise soulève des problèmes de personnel, en particulier de sous-effectif et de turn-over : « Ouais quand même. Mais on est en sous effectif hein, c'est. » ; « Y a peu de postulation. Puis quand il y a des gens qui viennent pas forcément très longtemps soit parce que c'est des gens qui sont en formation puis qui ont besoin de voir différents milieux. Donc voilà médecin, assistant chef de clinique adjoint ils sont là pour pas très longtemps et les autres ils sont jamais restés très longtemps. » (Annexe 10).

2.4.5. Apport de savoirs scientifiques

A présent, nous allons aborder l'apport de savoirs scientifiques de Tristan et Pauline sur trois sujets concernant ces patients.

Premièrement, ces patients sont davantage concernés par la problématique suicidaire. Selon Tristan cela est bien plus fréquent qu'à l'extérieur : « Et c'est, on a les crises suicidaires, qui sont 4 fois plus qu'à l'extérieur, statistiquement parlant. Donc on a beaucoup plus de tentatives de suicide » (Annexe 3). Pauline affirme aussi cela en faisant le lien avec une instabilité psychique plus globale : « Donc le risque, même le risque suicidaire il est plus élevés, pour les, les patients qui sont [inaudible] en détention avant jugement. Donc c'est une population, on dirait oui plus encore plus instable psychiquement pour ça, parce qu'ils savent pas concrètement. » (Annexe 8).

Deuxièmement, la problématique des addictions est davantage présente entre les murs

des prisons : « Et un côté addictologique très important aussi. J'ai oublié le chiffre, mais on a beaucoup beaucoup plus d'addictions que l'extérieur. Beaucoup beaucoup plus. » (Tristan, Annexe 3).

Troisièmement, les passages à l'acte se retrouvent beaucoup dans des populations psychiatriques selon Tristan : « Il y a un point qui est connu aussi, c'est que les 2 maladies psychiatriques qui donnent le plus de passages à l'acte médico-légal, c'est les troubles de personnalité et les substances, donc on en a beaucoup. Ça s'explique par le fait que c'est des maladies psychiatriques qui donnent des passages à l'acte, [inaudible] aussi, donc on a vraiment un grand côté addictologique » (Annexe 3). Cela amène ces populations spécifiques à se retrouver davantage en prison.

3. Analyse thématique

Maintenant que nous vous avons présenté le cadre théorique ainsi que la méthodologie, nous allons vous présenter notre analyse thématique de laquelle 4 thèmes ont émergés. Nous allons vous les présenter dans l'ordre suivant : les différents acteurs, les échanges d'informations, la prise en charge, le regard de la société et l'après.

3.1. Thème 1 – Les différents acteurs

Dans le cadre thérapeutique en contexte d'obligation de soins, nous avons observé la présence de plusieurs acteurs. Nous retrouvons bien entendu les thérapeutes et les patients, mais aussi l'équipe entourant le patient, qu'ils soient soignants, ainsi que la justice, incluant les experts. Nous aborderons également la hiérarchie en jeu entre les acteurs.

3.1.1. Thérapeutes

Les thérapeutes ont certaines obligations vis-à-vis de leurs patients, que ce soit dans un cadre contraint ou davantage libre. En revanche, dans ce cadre contraint, des difficultés peuvent s'immiscer.

3.1.1.1. Explicitation de leur rôle

Les thérapeutes se doivent toujours d'explicitier le statut qu'ils ont à leurs patients, et cela d'autant plus dans le cadre d'un mandat de soins. Effectivement, les patients sous articles peuvent vivre de la confusion entre les différents acteurs auxquels ils sont confrontés. Comme l'indique Tristan, il faut alors réexpliquer autant de fois que nécessaire son rôle de thérapeute, en l'occurrence de psychiatre : « On doit 50000 fois expliquer qu'on est pas les experts, que

c'est pas la même chose. [...] Avec article souvent, on est perçu comme si on est la justice, mais il y a un côté vrai parce qu'on est vraiment mandaté par la justice » (Annexe 3). Eux sont des soignants, et bien qu'ils soient mandatés par la justice leur rôle premier est toujours d'apporter des soins.

3.1.1.2. Les rôles et postures

La contrainte complexifie le rapport qu'entretient le thérapeute avec son patient, en commençant par les rôles et postures adoptés. Isaline parle de s'effacer, alors que Raphaël parle de s'imposer. De cette façon Isaline indique qu'il faut laisser la scène au patient, ce qui implique alors de s'effacer : « Ouais, il faut-il faut qu'on s'efface un peu. » (Annexe 9). A l'inverse Raphaël adopte une posture d'expert, non pas l'expert judiciaire, mais l'expert en tant que thérapeute, celui qui sait. Dans l'extrait relevé il évoque le cadre des séances, comme la fréquence à laquelle il voit ses patients : « J'estime que c'est à moi, professionnel, de pouvoir leur donner une idée de ce qui me semble bon pour eux. Voilà, et je pense que si c'est, je laisse trop ouvert, ça peut être tout à fait insécurisant. » (Annexe 6). Cela doit être décidé par lui et uniquement par lui car il considère que c'est son rôle en tant que thérapeute. Il considère également qu'il peut être juge et partie, du fait de sa prise en charge du mandat de traitement : « Voilà maintenant dans l'engagement du lien thérapeutique, nécessairement, y a une alliance et donc je suis partie pour le patient on pourrait dire d'une certaine façon à la fois un peu je suis partie pour le juge un peu » (Annexe 6). Enfin, il y a Tristan qui indique vouloir être un exemple pour ses patients en termes de règles à respecter : « Mais moi je veux pas parce qu'ils doivent savoir que moi aussi je respecte les règles de sécurité. » (Annexe 3).

3.1.1.3. Reconnaître le patient

« Et puis de reconnaître, de les reconnaître, souffrant. » (Raphaël, Annexe 6)

Raphaël a mis en lumière cette nécessité de reconnaître le patient, ainsi que sa souffrance. Cela contribue à accueillir le patient, et à lui montrer qu'il a une place : « Et puis bah moi adolescent je compte pour le professionnel hein, je j'ai une place. Enfin il a il a une idée de la place que je peux occuper aussi dans ce travail psychothérapeutique. » (Raphaël, Annexe 6). Cette reconnaissance peut être espérée de la part du patient et s'avérer émouvante lorsqu'elle est effectuée, comme l'indique Robert (2008) avec une de ses patientes. Pour la première fois elle se sentait reconnue et cela avait été permis par les propos du thérapeute, d'où l'importance d'essayer de le faire. Hugo a effectué un parallèle avec sa fonction initiale de

médecin légiste dans laquelle il est aussi important d'accueillir la victime : « C'est à dire faire une sorte de ne pas oublier notre rôle, justement de médecin et de quelqu'un qui ont qui la victime, elle a, elle a une totale confiance et puis de savoir être à la hauteur de cette confiance. » (Annexe 4). Bien qu'ici nous parlions d'auteurs d'actes délictueux, le rôle d'un soignant reste le même, à savoir accueillir le patient dans sa souffrance, ce qu'il peut vivre, et lui apporter un cadre sécurisant et de confiance. Il nous semble alors qu'il est question de reconnaître un individu plutôt qu'un auteur ou une victime.

3.1.1.4. Eviter les contre-attitudes

Enfin, les thérapeutes peuvent avoir des contres-attitudes envers leurs patients, comme Elise qui était en charge d'un patient accusé d'abus sur ses enfants, mais qui niaient les faits : « Et voilà, il y a des patients pour qui j'ai des contre attitudes et puis qui. J'ai un Monsieur là, qui est incarcéré depuis 4 ans maintenant avec un diagnostic de trouble envahissant du développement, qui a une quarantaine d'années, qui est là pour avoir abusé de tous ses enfants, ses 8 enfants et de les avoir faits s'abuser entre eux. Et qu'il a pris je crois une assez lourde peine, entre 15 et 20 ans et une mesure 63, un article 63. [...] Ouais et puis voilà, il a rien fait. Puis c'est ces enfants qui ont demandé, puis il voit pas où est le problème. 4 ans c'est long, c'est très très long d'entendre ça à chaque fois. » (Annexe 10). Elise était avant tout une personne, elle peut être touchée par certaines situations et le plus important ici est d'en avoir conscience. Par ailleurs, les psychologues étant leur propre outil de travail, elle pourra s'en servir dans le suivi avec ce patient. En outre, les patients peuvent aussi montrer des contres-attitudes vis-à-vis de leur thérapeute. C'est le cas d'un patient de Raphaël qui devait écrire une lettre à la magistrate en charge de son dossier afin d'expliquer les raisons pour lesquelles il pensait qu'un suivi n'était plus nécessaire. Il n'avait cessé de répéter qu'il ne voulait plus de ce mandat de traitement, mais il a mis 1 an à écrire cette lettre : « C'est que ce jeune homme qui ne demandait qu'une chose, explicitement, c'est d'arrêter le traitement ici il a mis une année pour écrire la lettre à la magistrate. » (Raphaël, Annexe 6). D'une certaine façon il n'était pas peut-être pas prêt à stopper le traitement et a alors repoussé cette échéance.

3.1.1.5. Soumis à la même contrainte

Bien que la contrainte s'adresse en premier lieu aux patients, plusieurs thérapeutes nous ont indiqués que cette contrainte s'appliquait à eux également. C'est le cas de Tristan (« Moi je suis dedans avec vous et j'ai un mandat, j'ai rien demandé aussi », Annexe 3), d'Emmanuelle (« C'est vrai qu'on se retrouve nous aussi contraints de recevoir des personnes sous contraintes

dans ce cadre-là, qui n'est pas forcément très agréable pour tout le monde. », Annexe 5) ainsi que de Raphaël (« Je dis aussi sans doute parce que ça m'aide des fois que cette obligation s'adresse à eux, mais elle s'adresse à moi aussi parce qu'au fond, bon, à partir du moment où j'ai choisi de travailler ici, personne m'a contraint. Mais j'ai une, je dois rendre compte aux magistrats et je peux pas d'un coup décider que je veux plus voir ce patient. », Annexe 6). Comme le précise Raphaël, nous pensons que cette idée de contrainte des thérapeutes est limitée dès le moment où il s'agit de leur choix de travailler dans ces établissements. Nous sommes conscients du fait que leur choix de travailler dans le monde pénitentiaire n'incluait pas spécifiquement le travail avec des patients sous articles, mais cette contrainte n'est pas comparable à celle imposée aux patients sous mandat de soins. Effectivement, les implications et les conséquences, telles qu'une mise à nu psychique et une sanction en cas de non-respect de la mesure, nous apparaissent comme bien plus importantes dans le cas des patients.

3.1.1.6. L'éthique

Ces thérapeutes peuvent aussi être soumis à des problèmes d'ordre éthique. Hugo dit alors que dans ce métier l'éthique est souvent mise de côté : « Je pense moi, une chose importante pour des psychiatres, ou peu importe n'importe quelle praticien, faut on a tendance à oublier l'éthique, en fait la bioéthique, et puis l'éthique pour des patients, les principes éthiques » (Annexe 4). C'est un élément primordial à respecter selon lui et bien que nous le rejoignons sur ce point, nous nous demandons si ce problème de respect de l'éthique ne prend pas place dès lors qu'une mesure est ordonnée. Toutefois, Raphaël remet ça en cause en disant qu'il y a une nécessité éthique à prendre en charge sa patientèle, soit des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel : « Oui oui et puis de comme je vous l'ai dit un peu au début de ma conviction éthique, de la nécessité de pas laisser ces adolescents sur le bord du chemin comme ils le sont trop souvent » (Annexe 6).

3.1.1.7. Remise en question (de soi et du cadre)

Dans ce cadre thérapeutique n'étant pas idéal, l'idéal étant un suivi volontaire, plusieurs des thérapeutes interrogés ont remis en question leur travail au sein de ce cadre ou même le cadre en tant que tel. Hugo nous indique qu'il n'a pas réussi à avoir une prise en charge optimale avec certains patients (« Ça bloque, c'est à dire j'ai pas réussi, j'ai réussi partiellement, j'ai pas vraiment eu une prise en charge complètement optimale », Annexe 4), Isaline dit s'être sentie incompétente après certaines séances (« En gros j'étais nulle, je sortais de tous les entretiens, je me disais mais je suis nulle, je sais pas comment me sortir de ces trucs », Annexe 9) et Anne

reconnaît n'avoir pas suffisamment questionné une demande de réseau (« Et puis en fait, je réalise que clairement, moi j'étais convaincue de ça, mais qu'en fait je l'ai pas, j'ai pas questionné ça de manière claire, j'ai pas été demander, est ce que vous allez voir Madame machin. C'était dans mon esprit à moi, que ça devait être un point de situation professionnelle », Annexe 7). Pour les trois, reconnaître que ce n'est pas toujours aussi bien que souhaité, ou optimal, permet de ne pas tout faire reposer sur le patient et de prendre également une part de responsabilité dans la conduite du suivi. Par ailleurs, nous supposons que cette remise en question de son travail permet de mieux le faire à l'avenir, en ayant mis en lumière certains points ne fonctionnant, mais aussi de le faire de façon plus humaine. Effectivement, reconnaître en tant que thérapeute qu'on peut faillir permet probablement de l'accepter chez son patient également. De son côté, Anne remet aussi en question le cadre de l'article, indiquant que cela ne fait pas sens pour elle : « Alors que si ça tenait qu'à moi, je ne suis pas sûre que ça ferait beaucoup de sens, que ce soit forcé. Qu'elle ait un endroit, et cetera, oui, mais là l'obligation de soins en l'occurrence, c'est une situation très particulière, hein, une dame âgée, enfin, on sait même si elle sortira vivante d'ici. Enfin, on a, c'est un peu pour moi, je sais pas s'il y a vraiment de sens finalement, au vu de ce que je peux travailler avec elle et puis voilà. Mais pour l'Office d'exécution des peines, ça fait du sens donc du coup c'est à eux de décider pas à moi. » (Annexe 7). Toutefois, elle n'a pas d'autres choix que de s'y plier et de respecter le rôle qui lui est assigné. Pour en revenir aux rôles et postures, les professionnels peuvent choisir d'en adopter certains mais doivent aussi en respecter d'autres.

3.1.2. Patientèle

Nous n'avons pas été en mesure d'interroger des patients dans le cadre de cette recherche, mais nous avons tout de même essayé de les intégrer par le biais de la perception des thérapeutes. Voici ce qui pourrait caractériser ces patients qui sont détenus.

3.1.2.1. Leur état

Être privé de sa liberté est inhabituel et il n'est pas étonnant d'observer des conséquences sur les individus, notamment sur les affects et l'état psychique. Effectivement, les patients peuvent connaître des troubles du sommeil, de l'anxiété ou encore un état dépressif (Chéné, 2012). Certains patients acceptent aussi plus ou moins la décision, comme l'explique Emmanuelle : « Donc il y en a qui vont être remontés contre la justice parce qu'ils ont pris une peine qui considèrent comme trop lourde ou pas adaptée à ce qu'ils ont fait ou quoi que ce soit. Mais j'ai l'impression que c'est une colère qui est un peu différente quand même de celle qu'on

retrouve chez les patients sous articles. » (Annexe 5). Cela peut affecter l'entrée en thérapie : « Oui, il y a des patients qui le digèrent très très mal, enfin de voir ça qu'il y a un article comme c'est notifié sur une fiche d'écrou, ouais il y en a qui y en a qui acceptent pas du tout quoi. C'est vraiment compliqué puis du coup commencer une thérapie comme ça. » (Annexe 5). Elle décrit les émotions comme suit : « y a peut être plus la notion de la colère, l'incompréhension. Le peut être aussi beaucoup de la tristesse, mais ça c'est difficilement exprimable donc ça passe peut-être plus par des affects de colère ». De son côté, Pauline indique que « les affects sont émoussés » (Annexe 8), ce qui indique d'autres réponses possibles que des affects exacerbés.

3.1.2.2. Leurs identités

Hugo et Raphaël ont tous deux tenu des propos pouvant être rattachés aux identités que les patients incarcérés peuvent avoir. Hugo indique que pour le personnel soignant ces individus sont considérés comme des patients, alors que pour le personnel de la sécurité ces mêmes individus sont considérés comme des détenus : « Alors nous à chaque fois qu'on voit quelqu'un, c'est un patient. Pour la sécurité, c'est détenu » (Annexe 4). Ces deux identités renvoyant toutes deux à un construit négativement perçu, un délit ainsi qu'une maladie psychiatrique, mais étant quand même différentes, doivent être compliquées à gérer pour un individu. Par ailleurs, ces identités sont associées à des stéréotypes, que ces individus portent également. Toutefois, l'identité de patient peut être perçue comme une stratégie identitaire libérant le détenu de l'emprise carcérale (Mirabel & Rabeyron, 2015). Cela permet d'être perçu différemment et de vivre d'autres événements. Au-delà de la navigation entre différentes identités, Raphaël rappelle l'importance de ne pas réduire un patient aux actes qu'il a commis : « On n'identifie pas les personnes à leurs actes et voilà. On sépare bien la personne, le sujet et son acte. » (Annexe 6). Cela reviendrait à l'étiqueter et lui faire porter le poids de cette étiquette, sans lui laisser d'autres possibilités d'identification. En tant que professionnel, il est alors primordial d'être attentif à cela, mais aussi de rendre les patients attentifs. Effectivement, Elise indique que les patients perçoivent les thérapeutes de façon dichotomique : « Parce que la plupart ils sont dans une dynamique, un peu comme ça, de soit on est du côté de la justice, soit on veut les balancer ou un truc comme ça. » (Annexe 10). Tout comme avec eux, un individu ne peut être réduit à une étiquette ou une position prise vis-à-vis d'eux et il est important d'accéder à l'image dans son ensemble et de reconnaître le patient à travers ses identités multiples.

3.1.2.3. Différents patients

Deux thérapeutes nous expliquent les différents types de patients qu'ils rencontrent.

Pour Emmanuelle il y a un clivage clair entre les patients qui se présentent sur la base d'un suivi volontaire de ceux qui se présentent sur la base d'une obligation de suivi : « Donc là effectivement ben y a y a un petit peu ce fossé. Enfin en tout cas, cette ce clivage entre les personnes qui sont contraintes et puis ceux qui sont pas contraints du coup de venir nous voir. » (Annexe 5). Comme nous vous l'expliquerons ci-après, cette contrainte dans le suivi peut affecter l'entrée dans ce dernier ainsi que son bon déroulement. Pauline ajouterait une catégorie qui est celle des urgences : « Aussi en urgence. Risque suicidaire. » (Annexe 8). Cela peut s'expliquer par son statut de psychiatre, qui a donc la possibilité de délivrer des médicaments. Nous y reviendrons, mais les médicaments sont très demandés, et cela également pour une utilisation détournée.

3.1.2.4. Recherche de sens

Lorsqu'un mandat de traitement est imposé à un patient, cela peut ne pas faire sens pour lui. Il faut alors décortiquer tout cela. Pour Emmanuelle, ce problème du sens peut prendre racine dans la notion même de l'article : « Enfin, le sens même, le sens enfin, même pas le sens, mais le la notion de l'article, il y en a qui comprennent pas forcément que par exemple quand on a un article 63 et qu'il y a un c'est un suivi ambulatoire donc ça commence ici et puis ça se termine, ça se prolonge à l'extérieur quand ils sont en Suisse quoi. » (Annexe 5). Si cela n'est pas compris, comment peut-on espérer qu'ils comprennent ce qui s'ensuit et qu'ils prennent part à leur thérapie et à une possible décision partagée ? C'est à ce moment-là qu'il peut être judicieux de faire clarifier la situation par un membre de l'Office de l'exécution des peines.

3.1.2.5. Non-acceptation

L'article peut ne pas être accepté : « Sous article en théorie, il y a l'article, c'est que le détenu a accepté, c'est à dire là je l'ai pas, mais je l'ai dans mon casier. Y a un papier qu'il signe pour dire qu'il a accepté, qu'il a accepté que moi je transmette les informations, qui s'appelle la mise en œuvre, qu'il a accepté ce suivi. » (Tristan, Annexe 3). Cependant, deux patients de Raphaël disent ne pas accepter l'article, ni le jugement associé, et pourtant ils se rendent aux séances : « au fond, ils disaient, mais puisque je refuse, je suis pas d'accord avec cette qualification et Ben, je ne trouve pas légitime le mandat de traitement parce que si y avait pas eu la qualification de viol, j'aurais pas été contraint à un traitement » (Annexe 6).

Nous n'avons pas questionné ce que cela impliquait, mais un patient a-t-il réellement ce choix à faire ? Peut-il vraiment ne pas signer ce papier, ce qui indiquerait qu'il refuse l'article ?

3.1.2.6. « Toujours maître de ses choix »

Selon Hugo et Emmanuelle, même dans ce cadre contraint le patient resterait maître de ses choix. Qu'il s'agisse de ne pas venir à la séance ou de ne pas prendre un traitement, le patient ne sera jamais forcé, comme l'indiquent Hugo (Annexe 4) : « Qu'on soit mandaté ou pas, si le patient ne veut pas venir, ben il viendra pas, on va pas le faire venir de force, ça c'est important aussi » ; « Non non jamais obliger de prendre un traitement. Jamais. Jamais c'est-à-dire. On peut pas le lui faire, une injection contre sa volonté ou parce qu'il est sous un article de non ça c'est le fait que fin ça c'est autre chose ». Les propos d'Emmanuelle indiquent toutefois qu'il y a des conséquences à ne pas se présenter aux séances : « Mais finalement, à côté de ça, il y a des patients qui font le choix de ne pas venir, qui vont à l'encontre de cette décision, mais ça reste un choix ben qui peut porter préjudice et malheureusement hein » (Annexe 5). Le patient est alors bien libre de venir ou non, mais seulement dans une certaine mesure.

3.1.3. L'équipe

L'équipe entourant les thérapeutes est très importante, et particulièrement avec des personnalités pathologiques (Senon, 2004), qui se retrouvent également dans les patients sous articles. D'une part elle apporte un soutien, et d'autre part elle a aussi un rôle à jouer dans le suivi des patients.

3.1.3.1. Soutien

« On essaie d'être à 2, on essaie de, on essaie que le dispositif lui-même thérapeutique nous permette de nous protéger nous-mêmes. » (Tristan, Annexe 3).

Tristan indique que le reste de l'équipe est un soutien dans le dispositif même. Par exemple, lorsque le patient manipule ou triangule, il est possible de le voir avec un autre membre de l'équipe, ce qui permet de ne pas se retrouver seul avec lui, comme l'indique Elise : « On voit beaucoup de patients en co-thérapie [...] Donc on fait souvent entre psychologues, particulièrement pour les patients AICS [Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel] ou les patients qui sont dans des dynamiques de perversion de la relation comme ça ou de triangulation où c'est un peu compliqué. » (Annexe 10). Ce soutien au sein du suivi montre également que le reste de l'équipe a un rôle à jouer dans ce dernier. Cette équipe est aussi un soutien en dehors des rencontres avec les patients : « On en parle beaucoup, on en parle en supervision, on en parle en intervision, on en parle en colloque. Et évidemment on reste des humains de la société » (Tristan, Annexe 3). Chacun peut se servir du groupe qu'est l'équipe pour exprimer

ce qu'il vit ou les difficultés qu'il rencontre avec tel ou tel patient par exemple. Cela donne aussi un espace pour revenir sur des réactions inadaptées de certains collègues : « Donc oui, on voit aussi parfois des réactions des collègues, parfois un peu négatives comme ça, jugeantes et on essaie de faire en sorte d'en parler, parce que ça provoque des contres-attitudes » (Tristan, Annexe 3).

3.1.3.2. Rôle à jouer dans le suivi

« Et alors qu'en dehors du bureau et de l'entretien médical, on a le retour, que dans l'interaction avec les autres soignants, et cetera il y a plutôt quelque chose de d'assez stable. Donc voilà, c'est aussi comme ça que la fréquence se détermine » (Isaline, Annexe 9)

Pour Isaline, la détention amène un environnement très serré autour des patients, ce qui permet alors très rapidement de savoir ce qu'il se passe pour tel et tel patient, et donc de s'adapter à ce dernier : « Est-ce que vous l'avez vu? Il nous faut un arrêt de travail. Enfin y a c'est tellement serré je trouve la détention. On est tellement nombreux et tous ensemble, serrés quoi détenus et tous les professionnels que ça revient, ça revient très vite. » (Annexe 9). Comme indiqué ci-dessus, les retours des autres membres de l'équipe peuvent permettre d'adapter la fréquence des consultations, mais aussi d'avoir accès à des éléments qui n'ont pas été observés lors de ces consultations : « Et puis c'est à ce moment-là aussi où ils peuvent dire ah mais ce matin, Madame untel était ou m'a dit ça mais est-ce que tu l'as vu ou au contraire, elle disait rien, alors que d'habitude elle est comme ça ensuite, elles vont au travail ou pas, donc y'a les maîtres d'ateliers aussi s'il y a des changements de comportement, qui s'inquiètent. » (Isaline, Annexe 9). Tous ceux gravitant autour du patient peuvent observer des comportements différents, ce qui fait aussi penser à un environnement très contrôlant. Peu importe où se rend le patient, il sera observé et cela sera transmis. Ils sont alors très surveillés, et cela au-delà de la surveillance sécuritaire effectuée par les membres du SPEN (Service Pénitentiaire).

3.1.3.3. Rôle à jouer dans la décision partagée

L'équipe a une place importante et il semblerait qu'il y ait également une décision partagée avec elle. Raphaël nous dit que le regard de ses collègues sur ses propres suivis lui est très cher : « Ah oui non, mais on a vraiment besoin du regard des autres. Vous voyez même, je vous ai dit 37 ans d'expérience, mais même avec 37 ans d'expérience quand je parle d'une situation en réunion d'équipe, quelque fois, ne serait-ce qu'en le formulant, ah ouais, y a un truc là, c'est curieux quand ça va pas ou c'est on peut se laisser prendre..dans la relation clinique

enfin pour moi. » (Annexe 6). Pour lui cela lui permet de prendre de la distance. Pour Isaline, il y a également une décision qui est partagée avec l'équipe. Pour elle cela permet de ne pas être seule décideuse de ce qu'il se passe pour ses patients, et amène aussi une compréhension plus globale du patient, et non pas seulement depuis son regard de médecin : « C'est ça, puis ça je trouve que ça c'est aussi faire de la décision partagée parce que quelque part, c'est diluer notre pouvoir à nous une seule personne qui décide, alors on pourrait dire c'est encore plus parce qu'il y a encore plus de personnes, mais c'est la possibilité qu'il y ait des avis divergents. Parce qu'aussi le patient va se comporter d'une certaine façon avec moi, ça peut être l'inverse aussi, c'est à dire très persécuté les patients psychotiques, très persécutés par les médecins, avec des réactions très défensives où violentes, à pas rentrer en lien. Mais ils vont être en lien avec des soignants. Et puis là, les soignants vont être touchés en disant, non mais tu sais, il m'a dit ça, tu vois pour les médicaments, c'est ça » (Annexe 9). Effectivement, cela permet d'intégrer ce que les autres soignants partagent eux aussi avec les patients. Par exemple les infirmiers peuvent être inquiétés de l'arrêt d'un médicament, car ils sont au plus proche des patients, et il est important de partager avec eux tout le processus de décision afin d'éviter tout clivage : « Ouais, tout le contexte. Et puis qu'eux aussi ils l'aient tous ce contexte, c'est à dire qu'ils voient bien qu'on a des entretiens, que le patient nous a livré une parole, nous a dit.. pour qu'on comprenne tous quel sens ça a tout d'un coup d'arrêter tel neuroleptique et de se dire, écoute, moi je pense que tu vois les risques, ça serait ça mais là ça joue en ce moment il est. Je trouve que là il est calme la nuance, là j'ai trouvé que le délire était beaucoup plus loin, il peut critiquer donc je me dis qu'on pourrait essayer tu vois. Pour lui ce médicament ça joue pas, on va pas continuer ouais et puis on va peut-être autre chose. » (Isaline, Annexe 9). En effet Isaline décrit des situations de désaccord menant à ne plus partager en équipe ce qui concerne les patients : « Alors des fois il y a des réactions ou des médecins vont rester seuls, vont plus communiquer avec l'équipe, rester seul dans les entretiens et puis dans les entretiens, bah ils ont un mode de fer. Et puis les équipes ont une toute autre vision des patients. Et puis les 2 espaces ne communiquent pas. Et puis chacun fait de son côté et puis voilà. Et ça Ben c'est à risque de façon que le clivage après se répercute à nouveau ou revienne. » (Annexe 9). Avoir plusieurs avis en ce qui concerne un patient peut être bénéfique. Le thérapeute pourrait ne pas avoir envisagé une option qu'il trouverait tout de même pertinente. Il est donc préférable de ne pas observer ce genre de clivage.

3.1.4. La justice

La justice, décidant des mandats de soin, est bien évidemment un des acteurs principaux et regroupe en son sein plusieurs instances dont nous ont parlées Anne et Isaline. Une des

instances est notamment l'Office d'exécution des peines, qui est l'instance à laquelle les rapports concernant les mandats de soins sont adressés. Selon Anne, le mandat de soins a pour objectif la diminution du risque de récidive, alors l'Office d'exécution des peines va questionner ce qui y est rattaché, comme la reconnaissance des faits : « mais comme le l'objectif finalement d'une mesure, c'est la diminution du risque de récidive si on parle pas des actes, c'est un peu compliqué quoi. Et puis l'office va nous questionner par rapport à ça, la reconnaissance des faits » (Annexe 7). Toutefois, si une mesure de soins spécifique doit être prise, les thérapeutes doivent s'adresser au médecin cantonal : « c'est le médecin cantonal qui disait on explicite quelle mesure de soin, c'est le médecin cantonal, qui disait, si selon lui, oui ou non, c'était proportionnel » (Anne, Annexe 7). Cela fait sens que ce soit une instance médicale qui prenne ces décisions, mais quelle est sa valeur juridique ? Comme le précise Anne « il fait pas partie du système judiciaire » (Annexe 7) mais c'est tout de même lui qui est habilité à prendre ces décisions. Pour en revenir à l'Office d'exécution des peines, Isaline déplore leur faible présence auprès des détenus en liant cela à une moins grande préoccupation étant donné qu'ils sont incarcérés : « Quand ils sont en prison, ils sont en prison ils sont là. Donc là les ils demandent moins souvent de rapport. On aimerait qu'ils soient plus présents d'ailleurs, l'Office auprès des détenus quand ils sont à l'intérieur » (Isaline, Annexe 9). L'Office d'exécution des peines n'est pas la seule instance de la justice à pouvoir demander des rapports. Effectivement, d'après les propos d'Isaline, les avocats et les procureurs en demandent, ainsi que les juges, bien que ce soit moins fréquent pour ces derniers : « Alors nous les rapports, les juges nous en demandent pas, rarement, très très rarement avant le jugement. Des fois ça peut arriver. Mais c'est les avocats, ils vont nous demander des rapports ou le procureur. Donc le juge, c'est quand il a un doute entre le procureur et l'avocat qui trouve que ça va pas. » (Isaline, Annexe 9). Ces acteurs ont en commun qu'ils représentent la loi et qu'ils ont un pouvoir décisionnel sur les actions du thérapeute et du patient.

3.1.4.1. Les experts

« C'est que quand ils rencontrent le patient 2 ou 3 fois ou pour des compléments d'expertise enfin c'est je pense que la temporalité elle se joue à ce moment-là. Donc est-ce qu'on prolongé l'article? Quelle décision est prise ? » (Emmanuelle, Annexe 5)

Les experts sont mandatés par la justice afin de répondre à ces questions-là, ou plutôt aiguiller l'Office d'exécution des peines sur ces questions, mais aussi sur la présence d'un trouble. Cela permet de donner un rôle clair à chacun et de ne pas faire endosser au thérapeute

une telle responsabilité. Cela pourrait être déstabilisant pour le patient. En outre, les rapports effectués par les experts peuvent servir d'outil de travail en thérapie, comme le dit Emmanuelle : « Par exemple, on peut prendre les expertises, ce qui est dit dedans, puis essayer de voir ce qu'eux en pensent et essayer de leur apporter des des, justifie enfin pas des justifications, mais des explications sur les termes, ça peut aider aussi. Mais voilà un patient qui n'accepte pas du tout le fait d'avoir une expertise avec un trouble ou quoi, il peut pas comprendre l'article. » (Annexe 5). Cela permet alors de clarifier certains points avec eux, mais aussi parfois de revenir sur les fondements de l'article auquel il est soumis et donc des difficultés qu'il présente.

3.1.5. Hiérarchie entre les acteurs

Les différents acteurs que nous venons de présenter ne sont pas dans une relation horizontale. En effet, celle-ci est hiérarchique et il y a alors une asymétrie entre eux, ainsi que pour certains des comptes à rendre.

3.1.5.1. Asymétrie

La première asymétrie est celle entre la justice et les soins, la justice surplombant les soins : « Il y a le cadre de la justice et après il y a le cadre médical. » (Tristan, Annexe 3). La seconde asymétrie se situe dans le cadre médical, entre les thérapeutes et les patients : « Et puis du coup c'est pas se dire Ben moi je vais continuer à être asymétrique parce qu'au fond il sait pas et puis que quand on n'est pas bien on régresse aussi et puis que le médecin est beaucoup plus surplombant il va prendre une certaine responsabilité. » (Isaline, Annexe 9). Elle a bien conscience de cette asymétrie du fait de leur position respective, mais elle la remet en question : « Je suis que détentrice de moi-même, mais ça me donne aucun droit sur l'autre. Et donc il est détenteur de son énigme enfin de son énigme. Et donc je j'ai besoin de moi, de clarifier, je pose des questions et puis répond où il répond pas, voilà. » (Isaline, Annexe 9). Ici nous voyons que la thérapeute cherche à aller à la rencontre de ses patients et non pas leur imposer ce qu'elle sait, du fait de son statut de médecin.

3.1.5.2. Comptes à rendre

Concernant les comptes à rendre, cela est unilatéral. Ce sont les thérapeutes qui doivent rendre des comptes à la justice et cela est accepté par Hugo : « Je pense que c'est. Je pense, c'est important aussi ce travail de moi, je dénigre pas le travail qu'on fait pour la justice, c'est à dire de rédiger des rapports ou de rendre des comptes à la justice. » (Annexe 4).

Les différents acteurs s'influencent, ce qui peut parfois être bénéfique ou se faire au détriment de certains. Nous allons maintenant vous présenter les échanges d'informations prenant place entre eux.

3.2. Thème 2 - les échanges d'informations

Dans le cadre des mandats de traitement, l'échange d'information peut prendre plusieurs formes : les rapports, les transmissions, ainsi que les réseaux. A chaque moyen doit être associé le consentement du patient.

3.2.1. Les rapports

Comme indiqué précédemment, les rapports sont effectués par les thérapeutes, principalement à destination de l'Office d'exécution des peines. Outre le contenu des rapports dont nous allons discuter à présent, il est important de savoir qu'ils peuvent être un outil de travail.

3.2.1.1. Contenu des rapports

D'après deux thérapeutes les rapports sont supposés être très factuels : « Le rapport il est quand même assez factuel » (Raphaël, Annexe 6) ; « je décris ce que je fais, je décris s'il y a des objectifs à suivre, je décris si à mon sens, il y aura d'autres objectifs ou pas, où on en est, si ça fait du sens, ça fait pas de sens. » (Anne, Annexe 7). Selon Raphaël, cela permet « d'avoir un espace d'intimité suffisant pour qu'ils puissent livrer quelque chose » (Annexe 6). En outre, cela n'apporterait rien de donner des informations sur ce qui est discuté lors des séances, si ce n'est dévoiler l'intimité psychique des patients. Malgré cela, les thérapeutes ont quand même des règles à respecter et doivent alors notamment indiquer dans le rapport si un patient ne se présente pas aux rendez-vous ou si les contrôles sanguins montrent qu'il ne prend pas sa médication : « Je ne peux pas omettre une information importante, même si c'est contre le patient » (Tristan, Annexe 3) ; « L'adolescent est présent aux séances ou bien il est absent, une sur 2 ou 3 quoi » (Raphaël, Annexe 6) ; « Bah je suis obligée de renseigner l'office. Bah j'explique ce qui se passe finalement » (Anne, Annexe 7). D'un côté cela pose la question de la contrainte, quelle en est sa limite, mais d'un autre côté ce serait paradoxal d'ordonner une telle contrainte sans la contrôler. Bien entendu, à l'inverse si le patient se présente aux séances et prend sa médication cela sera aussi notifié dans le rapport. Ces rapports sont disponibles pour les patients, que ce soit une copie faite par le thérapeute ou demandé par l'avocat : « En tout

cas, ils vont toujours savoir hein, même si on fait pas une copie, parce que les avocats vont contacter » (Pauline, Annexe 8).

3.2.1.2. Outil de travail

Que ce soit avant ou après le rendu du rapport, ce dernier peut être utile. Il s'agit alors de le construire ensemble, de façon honnête entre le thérapeute et le patient, mais aussi de débriefer ensemble et de travailler les points posant un problème. C'est ce que font plusieurs thérapeutes : « j'essaie au maximum de collaborer dans l'écriture du rapport, c'est à dire je lui dit, je vais mettre ça ça ça. Ou même parfois, je lui dit, j'essaie de lui lire le rapport quand je peux, je peux pas toujours. Donc j'essaie de lire le rapport détenu, au patient » (Tristan, Annexe 3) ; « Et puis moi je trouve que c'est toujours très important finalement de discuter, alors pas de discuter ce qu'on aimerait mettre dedans, de dire ce qu'on va y mettre, alors il y a des gens à qui je dis ce que je vais mettre. Il y a des gens avec qui je lis même les rapports hein, qui sont capables de comprendre et tout. » (Anne, Annexe 7). Isaline a fait cela de manière encore plus extrême avec l'un de ses patients : « Si y a des accrochages, là ça devient un vrai outil thérapeutique où je vais lire en séance, ça m'est arrivé. Je lis en séance les questions, je donne une copie. De toute façon il reçoit une copie et puis je leur dis, vous allez recevoir une copie. S'il y a des questions, vous revenez me voir, mais il y en a certains, on en rediscute. Les patients, je leur donne directement, je fais une copie, je leur donne et puis voilà, j'ai écrit ça on lit ensemble. Qu'est-ce qu'il y a, qu'est-ce qui va pas? Et puis moi j'ai été étonnée, y a certaines patientes qui évidemment tout de suite ont réagit en se défendant, un peu caractériellement comme ça. Non mais moi je suis pas d'accord et si vous écrivez ça va pas être bon pour moi. Et puis du coup de dire, voilà, ça m'énerve et puis du coup, mais là encore de se dire, c'est un outil thérapeutique de dire mais pourquoi c'est quels mots exactement? Vous vous diriez comment ? Vous vous décririez comment? Et puis là ça force à clarifier, à essayer de décrire ses émotions, de dire non mais parce que quand je fais ça c'est parce qu'il s'est passé ça où ça ou alors donc c'est quelle situation? Et là on va dans un plan de crise conjointe, à essayer de décrire les situations. Ouais et puis du coup, souvent je reprends le texte et je dis ah alors je vais mettre plutôt ça pour expliquer vraiment ce que vous m'expliquez là. Elle me dit oui ça c'est et puis quand on relie à la fin on est OK. C'est à dire que je dis moi je vais pas écrire quelque chose par contre qui est pas vrai, c'est moi dans les dans les rapports, je décris, c'est descriptif. Donc par contre si vous êtes pas d'accord avec la description et des fois des bouts quand même d'explication, on peut mettre et puis ce que je peux mettre aussi, je dis si à la fin on n'est pas du tout d'accord, moi on dit ça, c'est mon rapport et à la fin je mets vous ce que vous pensez. Et

mais souvent alors ça c'est dans l'idéal. Mais souvent elle le font pas parce qu'elles disent mais moi docteur, je vais pas dire quelque chose qui va à l'encontre de ce que vous dites parce que sinon l'office ça ça va être un mauvais point pour moi. Donc il faut qu'on arrive vraiment à quelque chose que ça soit understandable pour elle, ça soit lisible, et puis qu'on ait été d'accord. » (Annexe 9). Elle a vraiment impliqué le patient du début à la fin de l'écriture du rapport, sans pour autant dénaturer les informations qu'elle devait transmettre. A l'inverse, Raphaël utilise peu l'écriture du rapport comme outil thérapeutique : « Non non c'est bien mon rapport. Et puis après, je leur lis généralement, le rapport que j'ai que j'ai écrit, voilà bon les choses soient claires. » (Annexe 6). Il considère que si c'est travaillé avec eux, cela n'est plus son travail. Il utilise également peu le rapport en tant que tel « Oui, ça peut arriver, c'est assez rare, mais parce que bon voilà, c'est de rester quand même au plus près de ce qu'on travaille. » (Annexe 6) car il considère que cela reprend simplement le travail qu'ils font. De ce fait, cela n'apporterait rien. Nous pouvons critiquer cette absence d'implication du patient car des éléments peuvent avoir été mal interprétés ou une absence mal justifiée. Cela peut servir de dernière vérification d'une compréhension partagée. Cette non-implication peut également venir des patients eux-mêmes, comme c'est le cas avec une patiente d'Anne : « Elle reçoit des copies et des courriers qu'elle veut pas lire avec moi, mais elle a jamais questionné ce que j'ai mis dedans. » (Annexe 7).

3.2.2. Les transmissions

Dans le cadre de leur travail en contexte carcéral, les soignants doivent collaborer, ou du moins transmettre des informations concernant les patients au SPEN, mais aussi avec le réseau extérieur. Cela inclut tous les patients, qu'ils soient sous mandat de soins ou non.

3.2.2.1. Au Service Pénitentiaire (SPEN)

Cette collaboration avec les agents du SPEN concerne uniquement des informations médicales et nécessaires au bon fonctionnement de l'établissement, comme l'indique Hugo : « mais disons que les informations sont purement médicales on va pas les dire aux SPEN où on va dire juste des vraiment que ce qui est pertinent s'il y a un changement de traitement, si le patient arrête de prendre de traitement comme ça, le SPEN peut prendre des précautions. » (Annexe 4). Cela permet d'accorder davantage d'attention au patient mais aussi de faire plus attention à soi lorsqu'on est en contact avec lui. De son côté Tristan indique qu'il s'agit plus d'une collaboration entre les différents acteurs de l'établissement pénitentiaire. Toutefois, ce n'est pas ce qui est dit aux patients car ils ont tendance à percevoir une quelconque collaboration

comme une trahison : « J'essaie de montrer qu'on est un peu plus détaché que ça au patient du SPEN. C'est à dire qu'il y a quelques points précis qu'on doit transmettre, mais qu'on est pas là, on collabore avec eux, mais pas dans le soin du patient, c'est un peu ça. Ça je dis pas vraiment patient alors que concrètement on travaille avec le principe de thérapie institutionnelle. Et en réalité, oui, on collabore un peu ensemble. Et c'est souvent, souvent c'est très difficile au patient de penser qu'on collabore avec le SPEN. Ils le sentent comme une trahison. » (Annexe 3). Est-ce que le rôle de chaque acteur et la collaboration entre tous les acteurs est bien explicitée ?

Cette collaboration a aussi lieu dans le sens inverse. En effet, les agents du SPEN fournissent aux équipes soignantes les informations qu'ils ont manquées : « Le rapport c'est avec les agents de détention, donc là aussi on a comme ça des informations de quelle va être l'organisation de la journée donc c'est comme ça quand même qu'on a des fois les infos qui remontent » (Isaline, Annexe 9).

3.2.2.2. Au réseau extérieur

Anne nous indique deux cas de figure. Le premier concerne un patient qui avait déjà un suivi avant son incarcération et auprès duquel il faudra alors demander une décharge pour contacter le thérapeute de l'extérieur : « Du coup moi je demande tout, bah déjà si c'est quelqu'un qui a déjà un suivi, que ce soit un article ou pas d'articles, toujours est-ce que vous êtes d'accord qu'on contacte le thérapeute, on fait une signer une décharge. Si elle est d'accord bon très bien, on discute qu'est-ce que elle d'accord qu'on transmette, est-ce qu'elle d'accord qu'on questionne le thérapeute aussi. » (Annexe 7). Le second cas de figure concerne les patients débutant un suivi en prison et le poursuivant à l'extérieur. Il faut alors s'assurer de ce qu'ils sont d'accord de transmettre et si nécessaire assurer la continuité : « Puis après Ben pour les gens qui ont commencé ici et puis qu'il faut transmettre bien sûr, on leur demande toujours enfin qu'est-ce qu'ils sont d'accord qu'on transmette, à qui et cetera. Et puis on fait toujours le lien avec l'extérieur, c'est hyper important. » (Annexe 7).

3.2.3. Les réseaux

« Ouais, y a un réseau par patient, par an dans le cadre des 59 et des 63, par 2 ans pour les 64. Et puis ça dépend un petit peu pour les gens qu'ont pas d'articles entre tous les ans et tous les 2-3 ans. Un truc comme ça quoi donc du coup là y a tout le réseau qui se réunit » (Elise, Annexe 10). Cela permet de discuter du cas de chaque détenu et de ce qu'il adviendra ensuite pour lui, mais aussi de permettre au patient de s'exprimer.

3.2.3.1. Fonctionnement

Les réseaux regroupent tous les acteurs entourant le détenu, et « chacun donne un peu son avis sur ce qui se passe » (Elise, Annexe 10). Les patients sont aussi entendus ce qui, comme avec l'écriture des rapports, leur permet de s'exprimer sur ce qui sera retenu avant que ça n'aille plus loin : « Ah Ben oui. Et puis eux, ils sont entendus après, du coup il y a une restitution du réseau où ils sont du coup ..soit de la directrice ici et la directrice adjointe, soit la responsable de l'Office d'exécution des peines fait une restitution de ce qui s'est dit et le patient peut s'exprimer sur les différents points avant que ce soit noté dans leur plan d'exécution de la sanction. » (Elise, Annexe 10).

3.2.3.2. Demandes du patient

A la vue d'un réseau approchant, les patients peuvent avoir tendance à demander à leur thérapeute de les soutenir vis-à-vis d'informations pouvant leur porter préjudice. Toutefois, comme indique Elise ce n'est pas leur rôle que de justifier certains comportements adoptés ne respectant pas le cadre pénitentiaire : « Donc il me disait mais vous pouvez leur dire que je vais pas bien, c'est pour ça que je fume. J'ai dit non moi je vais pas dire ça. [...] C'est pas ça mon travail » (Annexe 10). Les réseaux servent à restituer ce qu'il est de la situation du patient et non pas à le défendre contre ce qu'il demande. Par ailleurs, il est davantage pertinent de travailler et questionner en thérapie ces points sur lesquels il souhaite être défendu.

3.2.4. Consentement du patient

« Pour transmettre à des autorités aux autorités enfin, on prend toujours le consentement écrit du patient, une sous forme d'une décharge. » (Hugo, Annexe 4). Dans les transmissions et les rapports il est absolument nécessaire pour les thérapeutes d'obtenir le consentement du patient avant tout partage d'information.

3.2.4.1. Transmissions

« L'expert peut nous demander des informations sur le suivi médical du patient. A ce moment-là on prend aussi le consentement du patient. C'est important qu'il la décharge » (Hugo, Annexe 4). Le patient est en droit de refuser et cela sera alors notifié, en l'occurrence à l'expert demandant des informations : « Et puis j'ai eu des cas où les patients ont refusé et puis à ce moment-là, ben je j'appelle où j'envoie un mail ou je fais un rapport à l'expert en disant le patient il a refusé ce jour de que je vous transmette des informations. » (Hugo, Annexe 4). Comme le montrent ces extraits, le consentement du patient est primordial dans la procédure de

transmission d'informations, ce qui peut alors impliquer un changement dans le consentement qu'il a donné : « C'est arrivé même une fois que le patient il avait signé une décharge auprès de l'expert, qui dit qu'il délie du secret médical les thérapeutes qui le suivent, c'est à dire nous, et après moi quand j'ai voulu lui faire signer la décharge quand même. Parce que j'aurais pu faire avec cette décharge, et puis dire ouais voilà il a accepté en fait de transmettre. Alors après double vérification quand je j'étais sur le point de le faire, de lui faire signer la décharge, il a, il a changé d'avis et a dit non maintenant je veux plus en fait. Et puis j'ai dû appeler l'expert pour lui dire, en fait, votre décharge, elle vaut plus grand chose parce que voilà le patient, maintenant il refuse » (Hugo, Annexe 4).

3.2.4.2. Rapports

Les rapports destinés aux autorités compétentes suivent la même procédure : « Donc on dit au patient qu'on a tel rapport à faire pour telle instance. Euh on lui demande s'il est d'accord avec le principe de voilà de ce rapport, est ce qu'il veut bien nous délier. Donc on lui fait signer une décharge. » (Emmanuelle, Annexe 5). A nouveau, s'il ne donne pas son accord les informations ne seront pas transmises mais cela l'autorité compétente en sera informée et cela peut lui porter préjudice : « Alors s'il est pas d'accord de transmettre, on transmet pas, mais on informe qu'il a refusé de transmettre par exemple, pour que l'autorité quand même, par exemple l'Office d'exécution des peines ou le juge ou je ne sais enfin quelle que soit l'autorité compétente qui demande cette information, qui fait partie du système judiciaire. Disons que le patient, s'il refuse ,généralement ils refusent pas il faut dire, parce qu'ils savent que ça ne joue pas en leur faveur de refuser, enfin de transmettre des informations à la justice. » (Hugo, Annexe 4) ; « S'il est pas d'accord ben ma fois on ne fait pas de rapport et puis on signifie qu'on n'a pas été délié du secret médical et que donc on peut pas faire ce rapport. » (Emmanuelle, Annexe 5). Nous nous demandons si le patient est réellement libre de son consentement étant donné que selon Hugo cela peut jouer en sa défaveur. Donc on leur dit qu'ils peuvent donner ou non leur consentement, on leur faire signer une décharge, mais s'ils souhaitent user de leurs droits ils sont défavorisés.

3.2.4.3. Importance du consentement

La question éthique autour du consentement s'applique également au contexte dans lequel il est donné. Le consentement est supposé être éclairé et libre, le deuxième point ayant déjà été remis en question. Toutefois, si on informe bien le détenu, le consentement peut être donné de façon éclairé : « Il faut vraiment que ce soit dans le calme, que ce soit éclairé que

l'information soit donnée, de façon appropriée dans un langage que le patient il comprend. Donc bah il faut y aller doucement, faut vérifier qu'il a tout compris en fait, pour essayer de lui dire, voilà, qu'est-ce que vous avez compris de ce que je viens de vous dire? Donc du coup au moins il a une capacité d'appréciation de l'information qu'on lui donne et puis de raisonnement. Et puis il peut signer tout en..Voilà tout en sachant vraiment ce qu'il ce qu'il est sur le point de faire. » (Hugo, Annexe 4). Tout cela nécessite de prendre les mesures nécessaires afin que le patient ait accès à toutes les informations.

3.2.4.4. Pas de filtration

Enfin, si le patient donne son consentement il ne peut pas le donner partiellement. Cela signifie qu'il ne peut pas choisir les informations qu'il souhaite transmettre : « Donc, et ce qu'on explique aussi des fois. C'est que si on va rédiger un rapport pour les autorités, on va pas filtrer les informations. Il peut pas nous dire ah dites ça, mais ne dites pas ça, ça c'est arrivé aussi ah dites ça mais dites pas ça. Non, soit on dit tout vraiment de façon objective, soit on dit rien et puis on les informe que vous ne l'acceptez pas de dire quoi que ce soit. » (Hugo, Annexe 4).

Le consentement du patient est important dans la transmission de ces informations, et cela lui donne un certain contrôle sur les informations transmises. Il est alors important de leur expliquer l'utilité de ces informations ainsi que de les inclure dans ce qui touche à celles-ci, comme le rapport. Nous allons maintenant vous présenter la prise en charge de ces patients.

3.3. Thème 3 – Prise en charge

Nous allons aborder plusieurs aspects de cette prise en charge particulière qu'est la thérapie sous contrainte, en y incluant ce qui a été évoqué par rapport à la décision partagée.

3.3.1. Début de prise en charge

Le début de la prise en charge est crucial pour le bon déroulement de celle-ci. Ici cela permet notamment une première évaluation ainsi qu'une clarification de l'article et de ce qu'il implique. Il y a aussi des enjeux éthiques.

3.3.1.1. Début du suivi

Hugo effectue une première évaluation complémentaire à celle des infirmières : « Mais moi, en tant que psychiatre et ma collègue psychologue aussi, on a le, on a l'habitude de voir les patients au moins une fois pour un peu voir s'il y a des plaintes, s'il y a des demandes, s'il y

a des choses qui ont été peut-être oubliées par les infirmières. Et puis ça permet d'une double vérification, en fait des problèmes des patients » (Annexe 4). Cela donne accès à une idée générale de la santé physique et psychique du patient. Ce premier entretien « permet de déjà de faire la connaissance du patient et puis de lui présenter le service, de lui parler du secret médical parce que c'est important donc de lui dire que nous, on est tenu par le secret médical, que les informations qu'ils nous donnent sont confidentielles, qu'on que voilà qu'on est indépendant, un peu du service du SPEN, enfin de et puis ça c'est important pour eux parce que y'en a qui le savent pas » (Hugo, Annexe 4). Ça permet de rassurer, et s'il est question d'un mandat de soins c'est aussi le moment de l'introduire. Malgré qu'ils soient informés de ce suivi en amont, ils n'en ont pas compris pour autant tous les tenants et aboutissants. Si nécessaire, après ce premier entretien Hugo fait un suivi de soutien psychothérapeutique à l'incarcération : « On essaie un peu de que de rendre moins pénible cette incarcération » (Annexe 4). L'arrivée en détention peut être un moment très compliqué, ce qui peut même amener à un choc carcéral, qui est une période spécifique de souffrance psychique (Chéné, 2012). Il est alors important d'offrir une bonne prise en charge à ce moment-là. Ensuite il peut parfois être nécessaire de clarifier l'article ou ce qu'il implique par exemple. Anne a pour habitude de faire appel à un membre de l'Office de l'exécution des peines pour clarifier tout cela : « Typiquement bah je travaille beaucoup et je travaille quelquefois avec une dame de l'Office d'exécution des peines de Neuchâtel où elle.. chaque fois que quelqu'un arrive ici dès qu'il dépendait d'elle et qui a une mesure que ce soit un 63, 59 pourquoi elle se déplace pour réexpliquer l'article. Et finalement expliquer ce qui est attendu de la patiente et ce qui serait attendu que ..de moi en tant que thérapeute. » (Annexe 7). Anne précise ensuite que le cadre est alors clarifié par le mandataire. Effectivement, cela permet pour le patient de différencier les rôles de chacun, mais aussi de pouvoir se représenter l'institution mandataire grâce à une personne. Par ailleurs, cela donne des explications sur lesquelles s'appuyer par la suite si nécessaire, ainsi qu'une personne à laquelle se référer au sein de l'Office. Selon Elise, cette obligation de suivi peut servir de porte d'entrée, du moins chez les psychologues : « c'est la première porte d'entrée. En tout cas chez les psychologues, je pense que chez les médecins psychiatres, du coup c'est un peu différent parce qu'il y a des plus souvent des demandes symptomatiques ou de mise en place de traitement, de modification de traitement, d'arrêt de travail, ce genre de choses » (Annexe 10). Des individus qui n'auraient alors d'eux-mêmes jamais débutés une thérapie s'y voient contraints. Passée la contrainte, il est peut-être possible de co-construire. Cela ne s'applique pas forcément aux psychiatres car il semble plus simple de demander un médicament pour dormir plutôt que de consulter pour des

problèmes psychologiques.

3.3.1.2. Enjeux éthiques

Les enjeux éthiques prennent place sur la prise en charge de ces individus, comme l'indique Raphaël : « On sépare bien la personne » ; « Oui oui et puis de comme je vous l'ai dit un peu au début de ma conviction éthique, de la nécessité de pas laisser ces adolescents sur le bord du chemin comme ils le sont trop souvent » (Annexe 6). Il ne faut bien entendu pas négliger leurs actes, mais il ne faut pas non plus négliger les individus qu'ils sont.

3.3.2. Les objectifs

Dans les différents discours nous avons relevé plusieurs objectifs, certains pouvant s'appliquer aux thérapies classiques et d'autres étant spécifiques aux thérapies sous contraintes.

3.3.2.1. S'adapter

S'adapter est le maître-mot de la relation entre un soignant et ses patients. L'adaptation prend place de manière très concrète avec le type de thérapie privilégiée, que ce soit une psychothérapie, seulement un soutien, de la psychoéducation, ou un traitement médicamenteux. Pauline indique qu'il peut y avoir plus important que la médication en fonction des difficultés des patients mais aussi de la disponibilité pour le traitement : « Et comme on a beaucoup des patients, parfois, c'est pas un suivi si régulier comme on aimerait donc pour une psychothérapie, c'est vrai que c'est important d'avoir..d'être constant, régulier. Donc, après oui, on fait de la psychothérapie psychoéducation. Oui, bien sûr, c'est ça, c'est la plus le travail plus important, pour certains patients, que vraiment là médication. » (Annexe 8). Isaline tient les mêmes propos pour des patients auteurs d'actes sexuels : « Oui puis ça c'est quand y a un trouble psychiatrique mais y a pas forcément de troubles psychiatriques chez les agresseurs sexuels, on n'a pas forcément de diagnostic et donc pas de traitement médicamenteux et puis là c'est plutôt la psychothérapie. » (Annexe 9). Toutefois elle insiste également sur l'apport d'un soutien médicamenteux dans certains cas : « Alors il faut quand même bah c'est à ce moment-là on va parler de réaction anxieuse par exemple ou dépressive sans qu'il y ait un trouble dépressif avéré. [...]Mais c'est vrai que je suis plus avec les femmes, mais donc il y a énormément de demandes de traitement médicamenteux pour supporter en fait l'incarcération » (Annexe 9). Pour tous ces thérapeutes il est question d'adaptation au patient en fonction de ses besoins, de l'évaluation du thérapeute et de ce qu'il est possible de faire, notamment en termes de temporalité. Pour Anne l'adaptation n'est pas unilatérale. Ses patients s'adaptent à elle, et même sont contraints de

s'adapter à elle, et cela la pousse d'autant plus à s'adapter à eux : « Je pars du principe que bon on s'adapte à chaque personne, la personne prend aussi la peine de s'adapter à nous, hein, qui plus est on est sous mesure donc c'est imposé. Donc déjà la personne, elle s'adapte à quelqu'un qui lui est imposé, qu'elle peut pas choisir. Donc juste la moindre des choses c'est aussi de s'adapter un peu et puis d'avancer, ce qui permet d'avancer un peu ensemble. » (Annexe 7). Selon elle cela fait partie des éléments permettant d'avancer ensemble dans la contrainte. Nous faisons alors un parallèle avec la prise du consentement d'un patient. L'idée étant de permettre au patient de comprendre toute la procédure avant d'engager son consentement, il peut être nécessaire de faire appel à un traducteur comme l'indique Hugo : « Et puis on parlait de faire signer un document aux patients en sa langue maternelle, en langue arabe, mais malheureusement nous on a des patients qui parlent par exemple arabe, ou peu importe la langue ou Portugais mais qui ne l'écrivent pas où ne savent pas le lire. Donc du coup, là, on essaie de faire un avec un traducteur. » (Annexe 4). L'adaptation est bien entendu cruciale ici, sinon le consentement ne peut plus être considéré comme éclairé, mais il est important de souligner que cela est fait. L'adaptation peut aller jusqu'à mettre en place des dispositifs exceptionnels pour un patient, comme l'a déjà fait Raphaël. Il venait à son cabinet un jour où il n'avait d'habitude pas de consultation pour voir ce patient, mais cela n'a pas fonctionné et Raphaël y voit un pattern récurrent : « J'ai remarqué ça au fil de ma pratique, c'est que quand on met en place des dispositifs exceptionnels, souvent, on rentre dans une espèce d'attente un peu illusoire du patient, et puis ça fonctionne pas » (Annexe 6). Malgré ces échecs il pense que l'adaptation est nécessaire et ne souhaite pas adopter la même posture de certains de ses collègues qui sont très obtus : « C'est à dire en fonction des activités, de la formation, du travail, et cetera, il faut que ce soit possible. Et ça pour moi, c'est vraiment très important. Je, j'avais des collègues [inaudible] qui avaient des positions, j'allais dire hyper psychanalytiques et qui disaient mais les patients, ils ont qu'à se débrouiller pour être disponible quand nous on est là. Bon OK dans une certaine mesure, mais on est quand même pas dans un cadre où justement, les patients sont pas complètement demandeurs. » (Annexe 6). Là-dedans il tient compte de la contrainte que subissent les patients et essaye alors peut-être de leur redonner un espace de liberté.

3.3.2.2. Surmonter les risques

Être incarcéré permet d'être éloigné de certains risques, mais en engendre d'autres. Un patient qui connaît des problèmes de consommation de substances en sera éloigné en prison, mais la question pourra se poser au moment de sa sortie. C'est alors important de ne pas éluder cette question en thérapie, et de le préparer à cela : « C'est important aussi de que le qu'ils

sachent aussi s'il est prêt ou pas à être dans un environnement. Voilà où il y a, il peut y avoir, oui des substances, il peut y avoir des son entourage qui peut l'influencer pour faire de des délits. Enfin, est-ce qu'il est prêt ou pas? » (Hugo, Annexe 4). Dans les risques engendrés par la détention, il y a notamment la lassitude : « et puis de d'éviter, je pense aussi la lassitude chez le patient. Quelqu'un qui est là, je sais pas..après je c'est ce que je veux dire, c'est hypothétique mais un patient qui est là depuis x années, genre 8 ou 10 ans et puis, qui a vu défiler un nombre incalculable de thérapeutes. Bah l'enjeu, c'est pas qu'il se sente usé aussi. Je pense qu'il y a un risque de fatigabilité qui est quand même important là-dedans. Et puis ce que fur et à mesure ça lèse un peu la qualité de la relation thérapeutique qui peut se créer, donc je me demande c'est peut-être c'est un peu ça les enjeux qu'il y a » (Emmanuelle, Annexe 5). Au niveau des risques nous observons également la prise de conscience des conséquences de ses actes, qui peut amener à un risque suicidaire : « Ouais Bah pas que parce que du coup quand on se met à penser un petit peu à son existence puis qu'on est incarcéré ou sous mesure thérapeutique, le l'avenir, il est pas très réjouissant. Les gens qui, les patients qui commencent à prendre un peu conscience de ce qu'ils ont fait, de comment ils fonctionnent c'est souvent assez difficile. Puis là, du coup, il y a toute une autre question, plutôt du côté du risque suicidaire, qui rentre en jeu donc c'est d'autres difficultés. » (Emmanuelle, Annexe 5). La prise de conscience est intéressante et est à nouveau un objet sur lequel il est possible de travailler, mais la réalité qu'elle amène est plus compliquée à gérer.

3.3.2.3. Bienveillance

Selon les connaissances sur le jugement la posture bienveillante peut être compliquée à adopter, mais c'est le rôle des thérapeutes que d'adopter cette posture. Hugo et Emmanuelle mettent aussi cela en avant : « Toujours de la bienveillance en fait envers eux, je pense, c'est important, ça, c'est le plus important. Même si article par article, il faut toujours là être bienveillant. Pour moi, c'est le plus important » (Hugo, Annexe 4) ; « Voilà, c'est vraiment le but de la thérapie, c'est d'être complètement neutre et complètement. Voilà d'être assez bienveillant, je dirais. » (Emmanuelle, Annexe 5).

3.3.2.4. Faire émerger la proactivité

Etant donné que ces patients ne sont pas demandeurs en premier lieu, il faut les amener à s'investir tout de même dans ce suivi. Cela passe par la connaissance des médicaments qu'ils prennent : « Par exemple si il me parle à moi de ce médicament il sait dire voilà, je prends tel médicament, ça s'appelle ça enfin c'est indiqué pour bah. Disons que l'objectif est de c'est pas

toujours le cas, ils savent des fois ils. C'est assez compliqué pour eux aussi de comprendre le...les médicaments et tout ça, mais de d'essayer de refaire à chaque fois ce travail, je pense, ça peut apprendre aux patients d'être plus actif dans leur prise en charge. » (Hugo, Annexe 4). Le but ici est qu'ils sachent ce qu'ils prennent et pourquoi ils le prennent. Pour Hugo il y a aussi une volonté de leur faire prendre conscience de leurs besoins, ressources et alternatives : « De les rendre de plus en plus autonomes disons, c'est ça le but. Voir aussi, avec ses besoins sur le moment, est-ce que là j'en ai besoin ou pas? Est-ce que je peux faire face d'une autre façon aussi, trouver d'autres ressources quoi. » (Annexe 4). Avoir de multiples stratégies à disposition pour gérer une situation ne peut qu'être bénéfique pour eux. Avec Elise nous percevons une prise de conscience des conséquences de l'incarcération, qui peut tout stopper chez un patient, et en réponse à cela l'apparition d'une volonté de se remettre en mouvement : « Ouais, puis essayer de d'historiciser un peu du coup de créer une histoire autour parce que du coup la prison ça arrête quoi, ça arrête. Ça arrête la pensée, ça arrête tout, donc moi, j'essaie de relancer ça. Je sais pas si j'ai cette prétention-là. Je leur propose en tout cas de travailler autour de ça. » (Annexe 10).

3.3.2.5. Négociation

Il y a tout l'aspect de la négociation, du compromis qui est important dans la décision partagée. Les décisions se prennent ensemble, dans une certaine limite. Tristan indique par exemple : « On peut décider ensemble, on peut changer. Sur la posologie j'ai une marge aussi. Il faut qu'il prenne mais c'est pas obligé que ce soit le maximum. En tout cas la posologie elle peut être négociable aussi, comme ça je garde un bout de lien avec eux. » (Annexe 3). Cela est possible car même si la justice impose un traitement, elle n'indique pas lequel. C'est aux professionnels de la santé d'évaluer ce qui est nécessaire. Cette négociation prend aussi place dans ce qui est attendu de chacun : « Finalement, ce qui est partagé, c'est aussi de partager la position qu'on attend de l'autre. Si j'ai une dame où je sais qu'elle attend ça de moi, je vais peut être pas aller lui exposer les enfin bien sûr je vais lui exposer les options mais d'une manière différente peut être que quelqu'un qui veut vraiment discuter et tout. » (Anne. Annexe 7). En effet, si le patient attend du thérapeute une posture d'expert, qui sait ce qui est bon pour lui, ça peut être plus favorable d'en tenir compte, d'autant plus que cela peut découler de différences culturelles. Alors si plusieurs options sont disponibles il reste préférable de toutes les exposer au patient et d'essayer de les questionner avec lui pour tout de même l'impliquer dans ce qui le concerne.

3.3.2.6. Le patient revient au centre

Un mandat de soins est l'occasion pour le patient d'être replacé au centre de ce qu'il vit et de se découvrir. Hugo parle de ces problématiques à travailler : « Oui de l'inciter vraiment à venir en parler, à extérioriser ce qu'il a en lui, ses pensées, ses sentiments, ses émotions, à parler de plus en plus de ses émotions parce que en fait l'aider à accéder à ses émotions parce qu'y en a beaucoup qui n'arrivent pas à accéder, alors ils arrivent pas à exprimer leur qu'est ce qu'ils ressentent, est-ce qu'ils se sentent bien, est-ce qu'ils se sentent mal, est-ce qu'ils se sentent en colère, heureux? Enfin, ils savent pas dire donc à l'encourager de plus en plus à vraiment accéder à ses émotions là et en parler surtout, en parler à des personnes bien sûr de confiance, mais à nous, à des, aux éducateurs, aux à un agent en qui il a confiance, voilà essayer de parler. » (Annexe 4). Anne parle aussi d'auto-détermination : « Mais ce que je trouve plus important c'est finalement de décrire exactement ce qu'on fait avec les gens pour que eux puissent se déterminer. » (Annexe 7). En lui accordant cet espace, le patient reprend possession du cours de sa vie et de sa personne, ce qui a été altéré par l'incarcération. Cet espace est notamment permis par la décision partagée (Pachoud et al., 2015). En outre, nous pensons que cette mise au centre du patient passe par les postures thérapeutiques de base, comme la posture de non-jugement. C'est la posture que tente d'adopter Raphaël mais qui peut parfois être remise en question par la connaissance des faits : « Ouais, après c'est pas toujours facile parce que selon ce qu'on a lu de du jugement du Tribunal pour le coup enfin on n'a pas tellement envie d'être sans jugement. » (Annexe 6). A ce moment-là il devient particulièrement pertinent de distinguer la personne de ses actes. Cela nous questionne à nouveau sur l'importance pour les thérapeutes de connaître les faits. Cela ne risque-t-il de fragiliser leur posture thérapeutique de non-jugement ?

3.3.2.7. Co-construction

Malgré la contrainte, les thérapeutes montrent une volonté d'inclure le patient dans le suivi et de co-construire avec lui : « Et une fois qu'il vient dans le suivi, ce qui se passe dedans, tout ça s'est construit ensemble, c'est à dire la justice nous dit il faut un suivi, mais ils disent pas si c'est toutes les semaines, c'est 1h par semaine, c'est médical, infirmier ou non c'est avec traitement ou non, c'est quel traitement tout ça c'est construit avec le patient, avec les articles j'ai plus tendance à dire. Mais c'est vrai que ce qui se passe dedans, c'est construit avec lui. » (Tristan, Annexe 3) ; « il faut pas oublier qu'on avance ensemble avec le patient. On n'avance pas, nous de notre côté, parce qu'on veut lui faire dire des choses et lui faire avouer des choses. »

(Emmanuelle, Annexe 5). Cela rejoint bien ce que nous avons évoqué sur la décision partagée en introduction. Le patient à son mot à dire et le thérapeute en tient compte, et cette co-construction est bénéfique, notamment sur le traitement médicamenteux (Bonsack et al., 2017).

3.3.2.8. Aborder le délit

Pour les thérapeutes, un des objectifs est d'aborder le délit. Emmanuelle justifie cela par le fait que c'est l'Office d'exécution des peines qui demande cela : « Enfin, le but c'est quand même voilà d'aborder quand même, comme je le disais, le bah, la problématique délictuelle, c'est ce qui nous est quand même demandé. » (Annexe 5). Voici ce qu'en dit Pauline : « Oui, c'est bon après ça n'empêche pas de faire notre travail. Mais c'est vrai que je trouve ça important de savoir. » (Annexe 8). Comme nous en avons discuté précédemment, il est important pour un thérapeute dans ce contexte d'apporter des sujets de discussion en séance, et les faits délictueux représentent bien un sujet. Par ailleurs, cela permet d'aborder ce qui a mené à une condamnation et à cette obligation de traitement. Toutefois, cela est-il vraiment nécessaire ? Est-ce qu'aborder le délit permet de prévenir la récidive ? Ce n'est en tout cas pas le cas de la récidive sexuelle, pour laquelle le déni n'est pas un facteur de risque (Paquette, 2023). Nous ne savons pas ce qu'il est pour la récidive générale, mais il est possible que cela s'applique également.

3.3.2.9. Respect du temps psychique

Ce concept de « respect du temps psychique » donné par Elise nous a grandement plu et marqué. Elle disait cela : « Enfin, si ils me disent qu'ils sont innocents et qu'ils ont rien fait, qu'ils ont rien fait de mal, que c'est des bonnes personnes qui veulent dire ça pendant 4 ans mais qu'ils le fassent enfin. Moi je vais pas les confronter à quelque chose qu'ils peuvent pas entendre. Enfin voilà, je pense qu'il y a un temps psychique à respecter. » (Annexe 10). Comme elle l'indique, cela permet de ne pas entrer en confrontation avec le patient, mais nous pensons aussi que cela permet de ne pas perdre du temps. En effet, tout le temps passé à confronter le patient est perdu, car il n'est apparemment pas prêt à reconnaître ces faits. Toutefois, cela ne signifie pas qu'il n'y a rien à travailler avec lui de sa personne, ni qu'il y est fermé. Lui laisser le temps nécessaire semble être pertinent, permet de travailler d'autres points (peut-être en lien avec les faits), et permet aussi de préparer le terrain pour le moment où il sera prêt à reconnaître les faits. Elise nous décrit une situation dans laquelle cette posture semble lui avoir été bénéfique : « j'ai un patient ça a été ça pendant ça fait 3 ans, je pense que je le vois. Moi je suis revenue au mois de mars, là je suis partie 8 mois en congé maternité et du coup, quand je suis revenue, il m'a tout d'un coup parlé de tout ce qu'il avait commis comme délit alors que pendant 3 ans il m'a

dit qu'il était innocent » (Elise, Annexe 10).

3.3.3. La médication

La médication est une des possibilités de traitement.

3.3.3.1. Fonctionnement

Les médicaments sont décidés en essayant de réduire les risques associés au maximum : « Et pour ça, on a des paliers en fait de du de du médicament à base de plantes aux médicaments qui a des risques d'addiction et de dépendance. Donc on fait un schéma un peu progressif, selon la plainte du patient et selon si ça marche avec un médicament par exemple à base de plantes ben on n'a pas, c'est pas nécessaire de passer à autre chose. Donc on fait un peu par palier pour réduire au mieux les risques qu'ils soient dépendants à un traitement ou qu'y a des risques d'abus. » (Hugo, Annexe 4). Dans l'établissement dans lequel travaille un des intervenants la distribution des médicaments fonctionne comme suit « Ici si le système c'est que, tous les matins on donne une barquette avec le traitement et c'est seulement pour la journée. [...] Ici tous les jours il y a une barquette avec les traitements matin, midi, soir. Mais en théorie, s'il prend pas il rend dans la barquette » (Tristan, Annexe 3). Hugo cherche aussi à inculquer aux patients qu'un médicament n'est pas suffisant et qu'il est préférable de coupler cela à d'autres aides : « Et puis dire, de toute façon expliquer aux patients qu'y a une limite, que les médicaments ne sont enfin sont rarement efficaces à 100 % c'est à dire c'est toujours un effet partiel, que ça aide, mais c'est pas tout, c'est à dire y a une partie du travail qui doit être faite par le patient lui-même travailler sur lui même de des fois on fait un travail sur la respiration, la méditation, qu'il y a, il doit y avoir d'autres ressources, la lecture, la, l'écriture, le dessin des espaces de création. » (Annexe 4). Cela le rend proactif de son traitement et lui permet de développer d'autres stratégie de régulation de ses difficultés.

3.3.3.2. Utilisation détournée

Certains patients ne prennent pas leurs médicaments et cela pour diverses raisons : « et ce qui se passe souvent, c'est qu'ils font des stocks quand ils prennent pas, ils gardent. Après quand ils font des fouilles aléatoires ils trouvent 50 comprimés de traitement [...] Pour pour ne pas les prendre ou pour les vendre, ou pour faire des tentatives, pour beaucoup de choses » (Tristan, Annexe 3) ; « Mais bon c'est ça, c'est très souvent que les médicaments passent à la poubelle ou deviennent des monnaies d'échange hein. C'est des monnaies d'échange hein les médicaments. » (Isaline, Annexe 9). On peut également observer une sorte d'utilisation

détournée chez les thérapeutes. Etant donné que les psychiatres ont la possibilité de prescrire des médicaments, ils peuvent avoir tendance à trop prescrire : « C'est vrai que des fois on a tendance à peut-être trop prescrire pour calmer le patient. » (Hugo, Annexe 4). Calmer le patient pour d'une certaine façon se débarrasser de ce problème ne devrait pas être la principale raison de la prescription, et Lécu (2006) questionne même s'il s'agit du rôle des médecins que de prescrire des médicaments pour pallier aux problèmes générés par l'incarcération, telle qu'une angoisse.

3.3.3.3. Risques associés à l'absence du traitement

Le thérapeute peut fournir une évaluation de l'état du patient indiquant que le traitement est absolument nécessaire. Dans ce cas-ci, il pourra, comme indiqué précédemment, faire appel au médecin cantonal pour forcer le patient à recevoir un traitement médicamenteux. Effectivement, pour certains patients il existe de réels risques si le traitement n'est pas suivi. Tristan a un patient qui peut devenir un risque pour lui ainsi que pour les autres : « Peut-être c'est mieux que je donne un exemple, mais j'ai un patient qui est bipolaire, que qui fait plusieurs décompensations et à chaque fois il devient très violent. Pour lui même, il s'est coupé la gorge. Pour d'autres, c'est quelqu'un qui agresse violemment » (Annexe 3).

3.3.3.4. Contrôles

Pour éviter ces risques, des contrôles sont effectués : « Donc si on a des doutes on est obligé de faire des contrôles sanguins ou de faire sous contrôle, c'est à dire il vient ici une ou 2 ou 3 fois par jour selon le traitement, il ouvre la bouche, il prend le traitement devant l'infirmier et ce qui est pas toujours aussi efficace parce que parfois ils mettent sur la langue des choses comme ça. » (Tristan, Annexe 3). Les contrôles sanguins permettent de vérifier si le patient prend bien son traitement et est très fiable, contrairement aux contrôles par les infirmiers. En revanche, le contrôle par les infirmiers semble moins invasif. Pour Isaline, cette dimension de contrôle semble aussi être une façon d'autonomiser le patient : « Donc là ça veut dire qui on doit lui dire bah voilà par contre c'est clair qu'ils ce qui est attendu, c'est que vous puissiez prendre vos médication, qu'on fasse des examens de laboratoire, qu'on constate que vous arrivez à le prendre » (Annexe 9). L'idée semble être dans un premier temps de contrôler si le patient arrive bien à respecter la prise du traitement, mais possiblement avec une optique de ne plus contrôler si on voit que cela est atteint.

3.3.3.5. Discussion

Dans les traitements médicamenteux, une grande place est donnée à la négociation. Ils peuvent effectivement se le permettre car la palette de choix est très étendue : « Alors, ce qui est bien, c'est qu'on a un large choix de traitement pour une même maladie et on a des posologies, disons une marge. C'est pas obligatoirement Risperdal 6 milligrammes le soir. Donc il y a beaucoup de possibilités, et des posologies différentes tant que ça permet de construire quelque chose. Donc ça peut me permettre de donner le choix, quelque part c'est un peu comme les enfants. C'est pas est-ce que vous voulez porter votre short ? C'est vous voulez le short rouge ou noir? » (Tristan, Annexe 3). La prise de perspective du patient est aussi utile dans cette discussion : « Moi, je voudrais pas qu'on me le fasse, je voudrais pas aller chez le médecin puis qu'on me dise qu'on m'explique rien et puis qu'on me file des trucs à prendre puis qu'on dise au revoir. Puis je sais pas ce j'ai, je sais pas pourquoi je les prends, je sais pas ce que ça va me faire. Enfin j'ai pas envie qu'on me fasse ça. » (Anne, Annexe 7). Dans cette situation elle souhaiterait être impliquée, ce qui la pousse à alors impliquer ses patients. Aussi, bien que les contrôles sanguins donnent des indications, d'après Pauline il faut toujours tenir compte des plaintes du patient : « Dans le sang. Le taux et c'était un taux toujours inférieur. Mais lui, il disait, Moi, j'ai des effets secondaires, une chose n'empêche l'autre. Donc on a convenu de baisser et d'introduire un autre médicament. Je l'ai dit le nom de l'autre, que là j'allais changer. Il a dit non, mais j'ai déjà essayé ça n'a pas marché et après j'ai suggéré un autre que j'avais aussi pensé, il a dit, Ah oui, ça j'ai ça se passe bien avec ce médicament, donc j'ai changé. » (Annexe 8). En l'occurrence le patient n'était pas fermé à la prise d'un traitement, mais il ne voulait pas en subir des effets secondaires. Pauline met l'accent sur l'importance de la décision partagée dans ce cadre en rappelant que son statut de médecin ne lui donne pas tous les droits : « Donc partager, c'est essentiel, donc c'est pas Ah moi je suis le médecin, je décide. » (Annexe 8). Toutefois nous critiquons cela car il semblerait qu'il ne s'agisse que d'une illusion de choix, comme l'a exemplifié Tristan. Or, dans certains cas, le refus de prendre un traitement médicamenteux antipsychotique est réellement possible, notamment en apprenant à détecter les signes d'une crise (Bonsack et al., 2017).

3.3.4. Les psychothérapies

Les psychothérapies sont un autre outil du corps soignant. Que ce soit les psychiatres ou les psychologues, ils sont tous formés à cela, et dans cette unité ils sont d'orientation psychodynamique. Selon nous les psychothérapies avancent au rythme des moments clefs partagés. Un des moments clefs évoqués est le début du traitement : « Moi je pense, les premiers entretiens où j'essaie de dissocier médical et sécuritaire, c'est à dire je leur montre que je travaille

à l'hôpital, je leur montre mon badge, ça, c'est l'hôpital. On est l'hôpital, on est dans la prison, mais on est l'hôpital et on n'est pas payé par la prison. On n'est pas sous les ordres de la prison. » (Tristan, Annexe 3). La façon de Raphaël de débiter le traitement est aussi intéressante : « Mais c'est la première rencontre, bien sûr, c'est la première rencontre. Les moments clés, lui, la première rencontre bien sûr, le début du traitement. Moi je, alors j'ai aussi l'habitude, ça fait partie de ma pratique, mes intérêts, mes compétences, vraiment de systématiquement commencer la prise en charge par un temps de bilan. Et c'est un bilan qui s'appuie sur un questionnaire d'investigation clinique qui est un questionnaire que j'ai adapté pour les adolescents dans le questionnaire qui existait pour les adultes. » (Annexe 6).

Ensuite les autres moments clefs sont globalement toutes les potentielles perturbations : un changement de thérapeute (« mais aussi, je pense qu'il y a des moments de transition quand ça change de thérapeute. », Emmanuelle, Annexe 5) ; le moment des rapports (« On fait le point au moins une fois tous les 6 mois qui est le rythme habituel des rapports au juge. », Raphaël, Annexe 6) ; les mouvements (« Donc à chaque étape finalement, bah à chaque mouvement nous c'est la même chose hein, il est j'ai l'impression un peu comme les gens qui auraient de mesure à chaque mouvement du système qui viennent de nous ou de l'extérieur, il faut y repenser », Anne, Annexe 7) ; ainsi que les moments de tempête (« tous les moments de tempête sont des moments clés, quand on affronte la tempête avec quelqu'un, c'est un moment, clé. Donc quand on n'est pas d'accord sur les rapports, mais surtout quand le patient, justement, ne veut plus me voir. Ça, c'est des moments clés, c'est des moments clés, à comprendre. Qu'est-ce qui se passe? », Isaline, Annexe 9). Pour Pauline, les moments clefs prennent place à chaque moment du traitement : « Oui, c'est ça, c'est chaque séance, c'est une opportunité, construire quelque chose », Annexe 8).

3.3.5. Les difficultés et limites de cette prise en charge contrainte

Plusieurs difficultés peuvent intervenir dans les prises en charge en prison.

3.3.5.1. Patients non-coopérants

Les patients peuvent ne pas se montrer coopérant avec la médication. Qu'ils ne prennent pas leurs médicaments, si nous reprenons les propos de Tristan, il ne s'agit pas d'un échec, mais les garder pour en faire un autre usage est autre chose : « Donc là ils sont complètement pas dans le partenariat. Ils font ce qu'ils veulent de leur côté sans nous dire, alors que la règle c'est de remettre dans la barquette comme ça on voit qu'il prend le traitement » (Annexe 3). Toutefois nous pouvons imaginer que la réalité en prison ajoute des contraintes à l'établissement d'une

décision partagée. Par exemple, un détenu pourrait être victime de racket et utiliser la revente de ses médicaments pour éviter de subir des violences.

3.3.5.2. Le patient se renferme sur lui-même

Certains patients peuvent aussi empêcher qu'il y ait une rencontre dans la discussion. Dès le moment où ils y sont fermés il n'y a pas de moyen de les rejoindre. Isaline nous en donne un exemple : « Ah Ben c'est quand ce patient vraiment est tellement défensif, se défend de la rencontre. Donc y a pas de rencontre au fond c'est à dire soit tous les liens de rencontre, enfin où y a aucun moment vraiment quelque chose qui est partagé, qu'il y a quelque chose de la menace. Je pense à un notamment qui jouait, qui a vraiment joué. Et puis des choses d'emprise, quoi qui voulait prendre le pouvoir. Mais sans que ça ouvre de discussions, c'est à dire rien prendre de la discussion. Mener lui comme il voulait. Et puis là Ben du coup c'est de dire bah écoutez, là, oui, ça peut être des ruptures de suivi, de dire au fond, et puis on va dire du coup à l'autorité qu'on peut pas vous rencontrer. Enfin, c'est aussi la rencontre est pas possible. » (Annexe 9). Dans ce cas extrême cela a mené à une rupture du suivi car à la lire il n'y avait pas d'évolution. La fermeture à la rencontre peut également venir d'une incertitude. Effectivement, un patient qui ne sait pas quand l'article prendra fin peut avoir du mal à s'investir car il ne sait pas où il va. Un patient d'Emmanuelle aurait même préféré avoir une peine claire plus longue, mais sans obligation de traitement : « Y en a qui disent Ben j'aurais préféré prendre..je sais pas...20 ans. Mais j'ai pas l'article, mais au moins je sais quand je sors, donc plutôt que d'avoir pris 2-3 ans et un article et du coup de pas savoir [...] Aussi, c'est l'incertitude comme ça, c'est ça met en suspens quoi. On sait pas ce qui se passe quoi. » (Annexe 5). Le défi pour le thérapeute est de les rendre réceptif au traitement et d'éveiller une demande, puis de les amener à s'impliquer dans le suivi (Senon, 2004).

3.3.5.3. Troubles de la personnalité

Les troubles de la personnalité peuvent grandement impacter une prise en charge. Tristan nous l'explique bien : « Avec certains fonctionnements, surtout les fonctionnements pervers, on est presque obligé d'essayer de se préserver dans les suivis, plus qu'autre chose. C'est à dire nous on essaie de pas se faire détruire par le fonctionnement du patient et on essaie de pas se faire manipuler par les patients et on essaie d'aider le système et de ne pas se faire manipuler par le patient plus que de le traiter directement. » (Annexe 3). Cela nuit alors au bon déroulement du suivi et questionne même l'existence d'un suivi.

3.3.5.4. Ne pas aborder les faits

Certains thérapeutes se retrouvent coincés dans ce qu'ils peuvent partager avec leurs patients car les faits ne sont pas abordés car les patients ne le souhaitent pas : « Bah je dirais, peut être un patient qui tout au long de sa peine ne voudrait pas du tout aborder le délit » (Emmanuelle, Annexe 5) ; « Alors si elle m'a donc plutôt dans la transmission elle me transmet des histoires de famille, des choses comme ça, mais finalement on n'arrive pas à aller au cœur du problème. » (Anne, Annexe 7). Or c'est une chose qui est attendue par l'Office car le mandat a pour but de réduire le risque de récidive. Pour répondre en partie à cette attente, nous pensons qu'il peut être intéressant de connaître la perception du patient sur les faits. Toutefois, nous pensons qu'il y a d'autres façons d'avancer avec le patient et qu'il peut être nécessaire de respecter ce temps psychique. La discussion des délits ne devrait pas être une fin en soi, et cela nous confronte à nouveau à l'absence de décision partagée entre l'Office d'exécution des peines, les thérapeutes et les patients, du fait de leurs buts divergents. Toutefois, nous savons que pour ce qui est de la récidive sexuelle, nier les faits ne représente pas un facteur de risque de récidive (Paquette, 2023). Les agressions sexuelles pouvant se retrouver dans les délits commis par les patients des thérapeutes que nous avons interrogés, nous nous questionnons alors sur l'importance attribuée au fait de parler des délits, que ce soit venant des thérapeutes ou de l'Office de l'exécution des peines.

3.3.5.5. Alliance fragilisée

Une alliance fragilisée par des décisions prises est également une grosse difficulté étant donné que l'alliance thérapeutique est l'un des facteurs les plus importants de la réussite d'un traitement. C'est d'ailleurs en cela que la décision partagée à son intérêt car elle peut permettre de favoriser cette alliance, et dans le même temps avec les obligations légales qu'ont les thérapeutes cette alliance peut être facilement fragilisée. La relation s'est détériorée pendant un court laps de temps entre Pauline et un de ses patients car elle a dû prendre la décision de le mettre sous PLAF. Une alliance est possible, pour autant que certains principes de l'acte médical soient respectés, dont celui du consentement (Gravier et al., 2010), ce qui n'est plus le cas ici. Pour la maintenir malgré cette difficulté majeure qu'est la contrainte, Tristan met en avant la transparence avec ses patients : « Alors ce qu'on essaie de faire, ce que j'essaie de faire au maximum, c'est que. Je parle par exemple du traitement. Pour un patient qui a un traitement pour une maladie, un psychotique on a beaucoup, et qui doit absolument prendre son traitement, j'essaie au maximum de leur dire, par exemple, si vous prenez pas vous me dites et

c'est pas considéré comme un échec ou c'est pas considéré que.. c'est pas jugé. C'est pas. J'essaye d'être au maximum pas jugeant » (Annexe 3). Bien que lui ne soit pas jugeant, il sera dans l'obligation de transmettre cette information dans son rapport à l'Office. Donc même si dans la relation thérapeutique la non-prise du traitement n'est pas considéré comme un échec, l'Office le considèrera comme tel. Cette absence d'indépendance entre le soignant et la justice est d'ailleurs un autre frein à l'alliance thérapeutique et ne peut garantir que les actes médicaux visent avant tout la santé du patient, ce qui est pourtant primordial en l'absence de consentement (Gravier et al., 2010). Emmanuelle rattache elle le maintien de l'alliance à l'ouverture transmise aux patients, mais également à une confiance donnée à tout le système : « Qu'on est là pour accueillir, bah leur souffrance et tout ce qu'ils ont apporté en fait. Je pense que l'alliance thérapeutique, elle, passe par là. Par rapport au cadre aussi, donc le fait qu'on, qu'on soit là, qu'on soit présent, tout simplement, quand on leur donne des entretiens. Ben voilà, on est là. Et puis on les accueille ben pendant le temps de l'entretien. On reste disponible. [...] Ouais, je pense que c'est assez important, ça fait partie de la confiance de l'alliance thérapeutique, mais j'ai je dirais au niveau du système entier. Même c'est sûr que c'est même pas relié simplement à la personne qui sont en face d'eux, mais au niveau de du service en fait. » (Annexe 5).

3.3.5.6. Changement de thérapeute

Comme mentionné ci-avant, le changement de thérapeute est un moment clef, ce qui peut être un moment de grande difficulté. Effectivement, ce n'est pas appréciable d'être obligé de changer de thérapeute alors que voir un thérapeute en premier lieu n'était pas notre choix non plus : « Et je crois que c'est une contrainte entre guillemets supplémentaire et je me je me dis que à l'extérieur je suis pas sûre de que ce soit très plaisant de me dire je vais aller voir mon thérapeute et puis au bout de quelques mois il me dit qu'il change et puis qu'enfin ça rechange ça rechange. » (Emmanuelle, Annexe 5). Il est alors important à ce moment de rassurer le patient sur le travail qu'il a déjà effectué : « ça change de thérapeute, mais par contre oui, ça veut pas dire qu'on reprend à 0 et qu'on annule tout et je pense que c'est ça qui fait qu'il y a une confiance qui s'installe, pas simplement avec la nouvelle personne, mais avec l'équipe en fait, parce qu'il y a de ces transmissions parce qu'il y a une continuité. » (Emmanuelle, Annexe 5). Il faut aussi réussir à rendre le patient proactif dans cette suite de prise en charge avec un nouveau thérapeute : « C'est des choses que je j'ai pu entendre assez souvent, c'est Ben, je l'ai déjà dit, j'en ai déjà parlé, j'ai pas envie d'en reparler, mais le problème c'est que du coup quand nous on est mandaté pour faire un rapport, Ben, qu'est-ce qu'on dit de quelqu'un qui n'a plus envie de parler à son délit alors qu'on est un petit peu amené quand même au bout d'un moment, à en

parler et puis à le travailler ? C'est ça qui, je pense, est compliqué aussi. » (Emmanuelle, Annexe 5).

3.3.5.7. Les attentes

Les attentes de l'Office d'exécution des peines empêchent de pleinement partager. Effectivement, étant donné qu'il est attendu du travail de thérapeutique de réduire le risque de récidive, et que pour les thérapeutes interrogés cela passe par discuter des faits, si le patient ne souhaite pas en discuter chacun se retrouvera d'un côté de la barrière : « après bien sûr le thérapeutique qu'attend l'office de nous, c'est quelque part, c'est pas de son une maladie hein, c'est le risque de récidive. Donc en fait on pourrait faire un travail psychothérapeutique centré ben sur le délit, et puis voilà au travers de ça, et puis finalement de qu'est ce qui a amené dans la dans le fonctionnement de la personne à cet acte là, d'essayer de travailler ça pour réduire le risque que ça se reproduise » (Pauline, Annexe 8). Il semblerait dans ce cas-ci que patient et thérapeute ne partagent pas les mêmes attentes non plus, elles-mêmes n'étant pas partagées avec l'Office d'exécution des peines. Si les attentes de ces trois acteurs diffèrent, il semble effectivement compliqué d'observer une décision partagée sur le traitement. Pour pallier à cela et construire un projet authentiquement thérapeutique, il serait nécessaire d'aller au-delà des attentes sociales (Gravier et al., 2010), que nous pourrions ici rattacher les attentes sociales aux attentes de l'Office d'exécution des peines. La co-construction prendrait alors place uniquement entre le thérapeute et son patient, et leurs attentes respectives.

3.3.5.8. Paradoxes

Plusieurs paradoxes peuvent être associés aux mandats de traitement, négatifs tout comme positifs. Il y a ce cas décrit par Tristan : « Qui sont des situations très complexes et très bizarres, très paradoxales où 2 instances différentes donnent des jugements différents. C'est arrivé à plusieurs reprises. Donc il y a un article, la personne est obligée de se soigner, que ça soit ici ou à la sortie, il doit continuer. [...] Donc il est à X par exemple, il va toutes les semaines à Y. Et en route pour son suivi obligatoire par la justice s'il a un contrôle de police, ils lui disent qu'est-ce que vous faites en Suisse ? Vous êtes expulsé. [...] C'est très difficile à comprendre. Et ou des gens qui sont obligés d'avoir un suivi pendant 5 ans, 10 ans, quelque chose comme ça à l'intérieur de la prison et juste après, à la fin, il est obligatoirement expulsé. Je sais pas, j'en avais un vers l'Espagne par exemple. Même pour le système carcéral, on se dit OK on va l'aider à se soigner, ça c'est bien, surtout pour la sécurité, mais en fait en sortant il est pas en Suisse. Alors tout ce travail, toute cette énergie, ça sert quelque part à quoi ? » (Annexe 3). Ici il s'agit

d'une question politique qui questionne beaucoup. Les patients peuvent ne pas comprendre la situation et les thérapeutes peuvent alors avoir le sentiment de ne pas être utile à la société suisse. Tristan relève un autre paradoxe découlant directement du mandat de soins : « Moi je suis dedans avec vous et j'ai un mandat, j'ai rien demandé aussi et c'est à vous de me solliciter en même temps » (Annexe 3). Tout le monde d'une certaine façon est contraint, mais c'est tout de même au patient d'être demandeur. Comment être demandeur, du moins dans un premier temps, de quelque chose qui nous est imposé ? Étonnamment, c'est ce qu'on retrouve chez certains patients, qui pourtant clament qu'ils refusent cette obligation de traitement : « Alors Ben oui y en a qui. Alors j'ai eu en tout cas un patient qui disait moi je refuse, je viens pas, je refuse l'article c'est hors de question, mais finalement de temps en temps je reçois un bon. Est-ce que je peux être vue ? » (Emmanuelle, Annexe 5). Nous retrouvons ce paradoxe chez un patient de Raphaël qui n'avait cessé de dire qu'il ne voulait pas de ce traitement, et avec lequel il avait été décidé qu'il pouvait contacter la magistrate en charge de son dossier pour lui exposer ses arguments : « Ça le poussait un peu et ce qui est extrêmement intéressant, c'est que ce jeune homme qui ne demandait qu'une chose, explicitement, c'est d'arrêter le traitement ici il a mis une année pour écrire la lettre à la magistrate. » (Annexe 6).

Ainsi, le patient peut avoir une part de choix et peut également être demandeur. Nous voyons dans ces cas-là une implication du patient dans le suivi ainsi qu'un partage avec le thérapeute. Pour les thérapeutes il peut alors être pertinent d'aller plus loin que ce qui est dit explicitement par les patients.

3.3.5.9. Décision partagée mise à mal ou pas toujours respectée

La décision partagée est mise en œuvre par certains thérapeutes, mais jusqu'à un certain point. Pour Tristan ce point est clairement la sécurité : « Donc tant qu'il y a pas de danger pour lui et pour les autres, ça peut être une décision partagée » (Annexe 3). Pour Elise nous comprenons que cela vient plutôt du patient et de son investissement dans le suivi : « Mais moi je leur dis, mais moi je peux vous proposer plein de clés, mais si je connais pas donc votre fonctionnement et tout ça, Ben ça fonctionnera pas. C'est vous qui devez chercher la clé qui vous convient et puis on essaie de travailler ensemble » (Annexe 10). Elle est tout à fait ouverte à se remettre en question et à adapter le cadre afin de permettre au patient de s'investir et de se questionner sur son fonctionnement. Toutefois, pour effectuer cela elle a besoin de la perception du patient sur le traitement, sans quoi aucune modification n'est possible, bien que rien ne garantit que ces modifications seront bénéfiques : « donc moi je peux entendre hein que je fais pas assez, donc qu'est-ce que je peux faire pour que ce soit mieux pour vous ? Peut-être que c'est

pas assez adapté ou voilà, après, on joue plutôt sur le cadre quoi, la fréquence, le groupe. » (Annexe 10). Bien entendu un thérapeute ne peut pas se permettre de voir un patient tous les jours ni tous les 6 mois, mais il y a un juste milieu à trouver entre les deux, et cela se décide à l'aide de la décision partagée. Raphaël ne fait cela qu'une fois que le traitement est bien engagé car il pense que c'est de sa responsabilité de décider du cadre : « Alors non ça moi je considère que tout ce qui concerne le cadre, ça m'appartient à moi et je dois l'assurer et le maintenir, et que c'est que mon cadre psychothérapeutique est en plus emboîté dans le cadre judiciaire, dans le bon. Voilà là, il y a pas d'y a pas d'implication, proposition d'implication des patients, hein dans cette dimension-là, même si il peut arriver à certains moments que je discute effectivement, mais une fois que le traitement est engagé, je sais pas un traitement qui s'est engagé une fois par semaine parce que ça m'a paru nécessaire à un moment et puis un moment je me dis, bon, peut-être qu'on pourrait passer à la quinzaine. Là je peux impliquer l'adolescent dans cette décision, mais c'est vraiment quand les choses sont déjà engagées et qu'et qu'il y a une, une vraiment bonne alliance pour pouvoir le faire [...] Non mais non, ça, c'est parce que ce que je pense que ça serait, pardon c'est en tout cas ma conception, ça serait une espèce de, c'est un peu les leurrer, c'est-à-dire leur faire croire que qu'ils ont un pouvoir sur le cadre alors que non » (Annexe 6). Nous observons que finalement la décision partagée dépend de chaque thérapeute et des avantages qu'il lui trouve. En l'occurrence Raphaël n'est pas à l'aise avec l'idée de discuter du cadre avec le patient, du moins d'entrée de jeu. Ses patients étant des adolescents, il pense peut-être qu'ils ont besoin de plus de cadre que les adultes. Il se peut aussi que plutôt de les leurrer, il trouve cela plus respectueux d'être honnête sur leur absence de liberté là-dessus. Rappelons que Raphaël travaille avec des adolescents auteurs d'infractions à caractère sexuel dans le cadre d'une consultation ambulatoire hors d'un établissement pénitentiaire.

3.3.5.10. Aspects négatifs des articles

Les articles ont d'autres limites qui sont les aspects négatifs intrinsèques de ces derniers. Tristan observe plus d'articles que de possibilités de les prendre en charge : « Mais en tout cas au niveau article, on voit beaucoup beaucoup beaucoup beaucoup d'articles, beaucoup trop, pas d'espace pour appliquer les articles, très peu d'institutions, très peu de place, il y a des gens qui passent des mois et des mois à chercher une place, on leur dit, vous trouvez une place, vous sortez mais y a pas de place et très peu d'experts, de juges qui lèvent les articles. » (Annexe 3). Il y a ensuite bien entendu cette notion de contrainte, subit aussi bien par les patients que les thérapeutes, qui est relevée par Hugo (Annexe 4) : « et puis ça fait que des fois on a des patients

qui viennent à l'entretien mais juste parce qu'ils sont obligés de venir à l'entretien et qui n'ont absolument rien à dire. Ils viennent ils vont, et puis ils disent, voilà, moi j'ai tout dit, maintenant je vous ai déjà tout dit en fait. J'ai déjà eu 10 entretiens avec vous je viens ici parce que voilà, je suis obligé de venir et puis j'ai plus rien à vous dire en fait. Et puis ça donne l'impression au patient de toujours se répéter. Et ça, c'est très pénible, c'est vécu en tout cas, ils le vivent mal » ; « Non, je pense moi que le mandat m'influencerait dans ce sens, le fait d'avoir ce mandat là de dire Ah, je me dois de répondre aux questions de la justice, donc je dois avoir quelque chose à leur dire dans un mois, dans 2 mois et ça me ça m'induisait en erreur de dire Ah, Je dois avoir quelque chose à leur dire. Donc le patient doit me parler de quelque chose, sinon j'ai rien à dire. ». Au niveau des patients on a l'impression qu'une complaisance s'installe. Ils viennent car ils y sont forcés, mais ils n'ont plus rien à offrir. Au-delà de la complaisance, cela peut mener à En ce qui concerne les thérapeutes, il semblerait que cela peut amener une pression à avoir des choses à dire dans le rapport. Cependant, si le patient vient seulement pour éviter des sanctions, le thérapeute n'aura rien à dire sur l'avancée du traitement, et s'il n'a rien à dire cela jouera en défaveur du patient. C'est un peu un cercle vicieux qui s'installe. A nouveau nous retrouvons une décision qui n'est pas partagée entre les différents acteurs. Emmanuelle fait le parallèle avec un suivi à l'extérieur : « Je pense que la notion de contrainte elle. C'est pas qu'elle permet pas mais elle peut handicaper un peu la notion de s'investir de manière quand même pleine dans la thérapie. [...] Commencer une thérapie dans à l'extérieur, c'est qu'on en ressent le besoin, qu'on en a l'envie, qu'on se sent prêt à ça. Il me semble compliqué de d'aller voir un thérapeute parce qu'on nous a obligé, parce qu'untel a dit que bah voilà, faut que t'ailles un thérapeute parce que tu vas pas bien » (Annexe 5). Entamer une thérapie, à l'extérieur, est une démarche très personnelle, qui devient, entre les murs, une démarche impersonnelle. Malgré cela, il est attendu des patients qu'ils s'approprient ce suivi.

3.3.6. Aspects facilitants des articles

L'article contraint à avoir une prise en charge mais il peut également faciliter le suivi ainsi que le devenir de l'individu. Tout d'abord il y a le fait que la contrainte est portée avant tout par la justice et non par le thérapeute : « Alors évidemment, il y a le cadre de la justice qui nous aide, c'est la justice qui va porter cette obligation, c'est pas nous, parce que même si je suis en face de lui, j'essaye de, à plusieurs reprises, d'expliquer que c'est pas moi qui l'a obligé et ça ça aide beaucoup. » (Tristan, Annexe 3). Cela décharge le thérapeute. Toujours selon Tristan, « Pour l'extérieur, ça apporte la sécurité » (Annexe 3). Pour Raphaël il y a deux autres avantages à l'article : « Oui parce que c'est contraignant, mais dans la contrainte, il y a une dimension qui

contient, qui limite [...] Oui au bénéfice d'un mandat de traitement, ça montre que je compte pour quelqu'un, que je compte pour le magistrat, que le magistrat il me considère comme un sujet et comme un sujet qui est en mesure, bah de progresser et de grandir, de se départir de ces agirs transgressifs et cetera. » (Annexe 6). Certains patients peuvent effectivement bénéficier du fait d'être contenu. En revanche pour ce qui est de se rendre compte qu'un magistrat se soucie de nous, nous pensons que cela peut être un peu trop construit pour des adolescents, car oui sa patientèle est adolescente ou jeune adulte. Ensuite, le mandat de traitement dans le cadre carcéral permet de toujours avoir un œil sur les patients et donc de ne pas être en souci si le patient ne se présente pas une fois aux séances : « Et puis je trouve je me dis qu'en prison aussi je suis peut-être moins inquiète ou plus je me dis ouais c'est bon quoi si elle veut pas venir une fois je vais pas tout de suite appeler, et puis parce que nous aussi y a des fois il y a des rendez-vous puis des fois on n'y arrive pas parce qu'il y a des urgences donc il y a cette il y a quelque chose de moins fixe en prison dans le cadre thérapeutique qu'en ambulatoire. » (Isaline, Annexe 9). Par ailleurs, le fait d'être obligé d'aller en thérapie peut à terme être perçu positivement par le patient. Ça peut être l'occasion de se confier et de bénéficier de l'aide d'un professionnel de la santé mentale : « Et il y a des patients quand même, qui se rendent à posteriori que ça a été bénéfique pour eux en fait de pouvoir parler de choses dont ils n'ont jamais eu l'occasion de parler avant, c'est à dire de leur famille et de leur relation avec les parents de leur je sais pas de leurs problèmes un peu d'enfance, de leurs émotions. Enfin, ça permet un peu de, ça les oblige à en parler peut être et à posteriori ils disent oui bah ça m'a fait du bien en fait. » (Hugo, Annexe 4). Enfin, la contrainte les oblige à s'engager dans une relation, et finalement à profiter de ce soutien. Isaline, qui inclut ses patientes dans la rédaction de ses rapports, remarque lors des réseaux que ces dernières s'approprient leur passage en prison : « - Ouais mais des fois on voit pas des fois il y a eu quelques patientes comme ça où je trouvais que c'était vraiment ouais y avait quelque chose après d'incarner c'était pas juste je rabâche, je pense que je sais que faut que je dise ça, puis je réfléchis aux enjeux et cetera. Quelque chose d'approprié. » (Annexe 9). Donc l'article, malgré toutes ses contraintes, permet quand même une appropriation de ce qui leur arrive.

En somme cette prise en charge est complexe et paradoxale sur certains aspects. Elle rencontre de nombreux défis auxquels doivent faire face chacun des acteurs. Le défi suivant pour les patients se trouve dans la société.

3.4. Thème 4 – le regard de la société et l'après

Que peuvent attendre ces patients de la société ? Quelle est la suite pour eux ?

3.4.1. Le regard de la société

D'après les thérapeutes interviewés, la société juge, mais manque également de clefs pour comprendre. En outre, elle se montre également fascinée.

3.4.1.1. Jugement et incompréhension

« Ils seront toujours jugés ceux qui sont en prison toujours toujours. Ça, c'est un problème, c'est, ça sera toujours le cas, ça c'est, on peut pas s'en empêcher. On les traite différemment. » (Hugo, Annexe 4). La simple étiquette de la prison amène un traitement différent. La société pourrait décider d'accorder une seconde chance, mais au lieu de ça elle prononce un second jugement à l'égard de l'individu : « Quand on a tous qu'on mérite tous une 2ème chance quelque part je pense, je sais pas enfin, c'est à dire le quelqu'un qui a. Ça demande juste du bon sens, c'est à dire que quelqu'un qui est en prison, OK il a fait une bêtise, il va payer pour ça, pour ce qu'il a fait, bah il est en prison déjà, ça c'est pas facile. Et puis je pense que il a, il mérite une 2ème chance comme tout le monde » (Hugo, Annexe 4). Les individus ont déjà été jugés pour leur délit et ils payent pour cela, mais cela ne semble pas suffisant aux yeux de la société. Cela dépend par ailleurs des crimes commis : « C'est vrai que spécialement par rapport à certains délits, comme les AICS, les Auteurs d'Infractions à Caractère Sexuel, évidemment c'est très très très mal vu, très jugé. Et y a des gens qui comprennent pas comment on essaie de les soigner, beaucoup même. Moi j'ai été aussi dans les groupes thérapeutiques des AICS pendant des années aussi. Et eux-mêmes ils parlent de à quel point ils doivent cacher ça et comment c'est très très très mal vu. Y a la société y a beaucoup qui sont convaincus qu'ils peuvent pas être traités. Et y a beaucoup qui sont convaincus que, ça on le ressent en tout cas, même avec la sécurité, ou même il y a beaucoup qui sont convaincus que c'est pas une maladie. » (Tristan, Annexe 3). Ce rejet des AICS est encore plus fort envers les adolescents d'après Raphaël : « Ah oui, puis alors, moi j'en fais, je fais régulièrement le constat et ici ailleurs en France, enfin bon, que la question de, des espaces de soins pour les adolescents auteurs de violences sexuelles, c'est extrêmement compliqué, beaucoup plus compliqué que pour les adultes. » (Annexe 6). Ces individus sont alors étiquetés et rejetés, à tel point qu'eux-mêmes se cachent. Il s'agit probablement d'une méconnaissance et d'une peur qui mènent à cela, au lieu de favoriser le traitement de ces individus. S'ils ne sont pas soutenus, on ne peut pas attendre d'eux qu'ils changent. Toutefois, selon une étude de Mirabel et Rabeyron (2015), les détenus bénéficiant d'un second statut de patient peuvent avoir une meilleure reconnaissance sociale

que celle attribuée aux simples détenus. L'une ou l'autre des conséquences dépend probablement de l'identité la plus saillante.

3.4.1.2. Fascination

Malgré cela il peut y avoir aussi une fascination : « Et puis y a ceux qui sont un peu fascinés par ça donc c'est trop cool, wow, y a un peu le côté fascination voyeurisme, enfin ce truc là. » (Emmanuelle, Annexe 5).

3.4.2. L'après

L'après doit être préparé en thérapie. La vie après la prison sera bien différente de celle dans la prison.

3.4.2.1. Préparer la sortie

Hugo nous parle de la préparation en vue de la libération comme étant un enjeu à part entière de la thérapie : « il y a des vraiment des cas différents, mais voilà de d'essayer de faire en sorte de le préparer au mieux à la sortie aussi à l'extérieur, de d'avoir je sais pas, une place dans un foyer, une formation professionnelle par exemple, celui que j'ai eu qui était sous article justement, qui est sorti. Bah avant de sortir, il avait déjà sa place dans un foyer. Il avait déjà sa formation professionnelle qui était prévue. Donc dès qu'il est sorti, il était dans un foyer hébergé et il travaillait. Il faisait sa formation professionnelle. Donc tout ça il a fait dit, il a fait des CV ici, l'assistante sociale l'a aidé à tout préparer, il a fait la visite de l'atelier dans des permissions, donc il a, il a pu visiter les donc il a visité le foyer en étant ici avec des permissions, donc du coup ça permet aussi nous on est on est. On les comment dire, on les accompagne aussi dans ça, dans la préparation pour la sortie. Qu'est-ce que vous prévoyez de faire? » (Annexe 4). Effectivement, la volonté étant qu'ils soient à terme réhabilités, il faut leur permettre d'anticiper la sortie et de se projeter. Même si Hugo travaille dans un établissement pour mineurs et jeunes adultes, cela s'applique aussi aux adultes plus âgés. La projection peut d'ailleurs être un autre objet du travail thérapeutique : « Exactement cette ouverture d'esprit là de vraiment se projeter dans l'avenir, parce qu'y en a qui sont incapables de se projeter dans l'avenir. Et ça, c'est un travail, vraiment, ça demande de la. Enfin, on n'est pas tous capable d'un peu de dire allez, dans 3 mois, je vais être dehors, je vais faire ci, je vais faire ça, je vais mettre en ordre de ce côté-là de dans ma vie qui va pas bien. Bah je vais essayer de régler ça, je sais pas avec cette personne. Enfin, ça permet aussi..ils disent, Ah oui je devrais peut-être penser à ça en fait. » (Hugo, Annexe 4). Il y a aussi la problématique de consommation de substances qui ne peut être

vraiment travaillée en prison car ils n'y sont pas mis à l'épreuve, mais cela peut être préparé en prison. Hugo explique le processus : « Enfin on peut pas travailler un peu sur comment il contrôle sa consommation, ça c'est un travail qui se fait dehors quand ils sortent généralement et avec des centres d'addiction avec des contrôles d'accident, ils peuvent même eux-mêmes choisir leur médecin traitant qui les suit à l'extérieur pour ces problématiques de dépendance et généralement avant la sortie donc, la justice va leur donner va leur envoyer une lettre en disant, Vous avez telle période pour nous transmettre le nom du médecin qui va vous suivre à l'extérieur. Si vous ne trouvez pas, bah c'est à nous, c'est nous qui désignons le. » (Annexe 4). Si ces nouveaux professionnels doivent être trouvés avant la sortie, c'est une recherche qui peut s'effectuer avec le thérapeute, ou du moins avec son soutien car à nouveau ce ne sera pas un suivi volontaire.

3.4.2.2. La vie après la prison

La vie après est compliquée car les détenus passent d'un cadre où tout est hors de leur contrôle à une vie où ils sont libres : « La douche c'est quand il veut, le repas c'est quand il veut, le sport c'est quand il veut et ça c'est pas évident. » (Tristan, Annexe 3). Le cadre donné disparaît effectivement, mais aussi le soutien reçu : « On a le service de probation X, c'est ils sont pas des assistantes sociales, mais ils aident un beaucoup de choses à faire des contacts avec les avocats, avec l'office, mais après la sortie ils sont un peu laissés. » (Pauline, Annexe 8). Le soutien pourrait diminuer progressivement afin de leur réapprendre à être autonome, d'autant plus que c'est un concept qu'ils n'ont parfois plus côtoyé depuis de nombreuses années. Dans ce sens, la perception de la fin de l'incarcération dépend de ce qui nous attendra dehors (Doxat-Pratt et al., 2022). En outre, Anne indique que malheureusement après la prison certains patients en foyer peuvent être réincarcérés : « Bah par exemple, quelqu'un qui serait placé en foyer avec un article 59 qui fugue, qui consomme aussi, qui fait des trucs que l'office décide que c'est trop et ils pouvaient les réincarcérer pour des temps donnés, dans l'attente d'un nouvel placement. » (Annexe 7). Outre la stricte sortie, il y a le changement d'environnement, comme l'explique Anne et Pauline : « Mais c'est pas qu'on est juste en prison parce qu'on est intraitable et qu'on attend que la science évolue en haut. C'est un peu ça le 64 hein. Mais donc non y avait possibilité de placement en foyer. » (Anne, Annexe 7) ; « voilà, aller en foyer avec l'article mais ils ont...avec l'article, c'est tout à fait raisonnable pas rester en prison. Mais OK j'ai l'article, je vais au rendez-vous. Mais je vais aller en foyer. » (Pauline, Annexe 8). Ils ne sont pas encore totalement libres mais cela est tout de même une autre étape menant vers la remise en liberté. Par ailleurs c'est encourageant d'observer une évolution. Il est possible que ce gain de liberté

amène à une décision de plus en plus partagée.

4. Conclusion

Nous nous demandions comment mettre en place et maintenir une décision partagée dans le cadre d'une thérapie sous contrainte. Au vu des éléments investigués, nous pouvons en conclure que la décision partagée dans ce cadre-ci n'est en réalité pas applicable. Effectivement, étant donné qu'il y a une limite à cela, il ne peut s'agir d'une réelle décision partagée. La limite réside du côté du thérapeute. Il ne pourra pas co-construire et effectuer des compromis jusqu'à se mettre d'accord avec le patient, car il sera rattrapé par les limites de la justice avant cela. En somme, la décision partagée dans le cadre d'une thérapie sous contrainte existe dans la limite de la complaisance du patient.

Toutefois, nous avons conscience qu'il y a quelques nuances à apporter à cette conclusion. Tout d'abord, ce constat ouvre la porte à des débats d'ordre philosophique sur ce que c'est d'être libre, et s'il est possible de l'être en étant déterminé par un agent extérieur. Ensuite, en plus d'être relativement nouvelle pour les professionnels de la santé et de voir ses soubassements peu étudiés (Malengreaux & Grenier, 2017), la décision partagée est questionnée ici dans un cadre déjà complexe et questionnant. Il n'est pas surprenant de ne pas observer une réponse claire des thérapeutes face à ce paradoxe. Enfin, nous pourrions dire que la mise en œuvre de la décision partagée dépendrait plutôt de la définition qu'on en donne et qu'on donne du fait d'être libre de choisir. En effet, la décision partagée pourrait être perçue comme un continuum, ce qui la rendrait applicable à différents degrés. De ce point de vue-là, nous pourrions conclure que les thérapeutes la mettent déjà en place avec certains éléments permettant cette décision, tels que leur attitude thérapeutique, les objectifs thérapeutiques, la présence de l'équipe, ainsi que le partage d'informations.

Bien que la décision partagée comme nous l'avons défini en introduction ne soit pas atteignable, nous pensons que c'est un concept vers lequel nous pouvons tendre en plaçant le patient le plus au centre possible. Dans cette idée-là, il serait intéressant d'effectuer de nouveaux entretiens, sur la base de ceux déjà effectués, avec les mêmes thérapeutes. Certains questionnements pourraient être retravaillés et davantage poussés.

Nous choisissons de clôturer ce mémoire à l'aide de deux extraits d'entretien paradoxaux mais portant tous deux sur la liberté. Dans le premier la liberté réside dans la fin du suivi, alors que dans le second on l'observe du côté de la contrainte extrême. Tout cela ne serait-il pas qu'une question de perspective ?

« Pour certains adolescents, c'est beaucoup plus incertain. Je pense à un adolescent que j'ai reçu une année pendant 6 mois. Lui, c'était sa libération conditionnelle qui était soumise au traitement pendant 6 mois y a 6 mois le lendemain du jour des 6 mois, il était plus là. Enfin ça veut dire que 8 jours avant ou 10 jours avant il m'a dit c'est la dernière fois que je viens. »

(Raphaël, Annexe 6)

« Le temps que ça se mette en place, qu'on se dit, c'est le cheminement, puis là, on est tellement sûr. Enfin qu'on se dit là en fait, la contrainte, c'est pas qu'on va exercer une contrainte sur cette personne, mais c'est qu'on va la délivrer. En réalité, la liberté, elle est plutôt du côté de la maintenant on va imposer la médication. Parce que ça va le libérer du

délire » (Isaline, Annexe 9)

5. Bibliographie

- Auer R., Selby K., Bulliard J-L., Nichita C., Dorta G., Ducros C., Cornuz J. (2015). Programme cantonal vaudois de dépistage du cancer colorectal : information et décision partagée. *Revue médicale suisse*, 11, 2209-2215.
- Aujoulat, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique*. [Thèse de doctorat, Université Catholique de Louvain].
<https://cmapsconverted.ihmc.us/rid=1PW9Q1FMQ-3BF5P2-1519/Concept%20d'empowerment.pdf>
- Bonsack, C., Favrod, J., & Morandi, S. (2017). À la recherche d'un dosage minimal d'antipsychotiques : Construire une décision partagée avec les personnes souffrant de psychose. *Annales Médico- psychologiques, revue psychiatrique*, 175(7), 617-623.
<https://doi.org/10.1016/j.amp.2016.08.013>
- Bureau-Point, E., & Hermann-Mesfen, J. (2014). Les patients contemporains face à la démocratie sanitaire : Introduction au dossier. *Anthropologie et Santé*, (8). <https://doi.org/10.4000/anthropologiesante.1342>
- Chéné, S. (2012). Le profil psychologique des personnes détenues. *La nouvelle revue de l'adaptation et de la scolarisation*, 59, 57-64. <https://doi.org/10.3917/nras.059.0057>
- Debbané, M., & Nielsen, P. (2020). *Atelier de pratique professionnelle – Introduction théorico-clinique* [PowerPoint]. Sur <https://moodle.unige.ch>
- Doxat-Pratt, S., Schliehe, A., & Laursen, J. (2022). 'Thank you for having me': The experiences and meanings of release from prison in Norway and England & Wales. *Incarceration*, 3(2), 26326663221104996.
- Etat de Vaud. (n.d.). *Placement à des Fins d'Assistance (PLAFA)*. Site officiel Etat de Vaud. Consulté le 12 juillet 2023 sur <https://www.vd.ch/themes/sante-soins-et->

handicap/patients-et-residents-droits-et-qualite-de-soins/les-droits-des-patients-des-residents-et-des-personnes-en-situation-de-handicap/placements-a-des-fins-d'assistance-plafa

- Eyraud, B., & Vidal-Naquet, P. A. (2008). Consentir sous tutelle. La place du consentement chez les majeurs placés sous mesures de protection. *Tracés : Revue de Sciences Humaines*, 1(14), 103-127. <https://doi.org/10.4000/traces.378>
- Gerber, M., Kraft, E., & Bosshard, C. (2014). Décision partagée – Médecin et patient décident ensemble. *Bulletin des médecins suisses*, 95(50), 1883-1891.
- Gravier, B., Delessert, D., & Hasler, C. (2010). Peut-on construire une alliance thérapeutique avec un patient incarcéré?. *Perspectives psy*, 4(49), 317-326.
- Hamann, J., Leucht, S., & Kissling, W. (2003). Shared decision making in psychiatry : Shared decision making in psychiatry. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107(6), 403-409. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2003.00130.x>
- Hoffman, D., Piccinin, B., & Servais, L. (2014). Spécificités du travail relationnel avec les systèmes familiaux d'adolescents hospitalisés présentant des troubles psychiatriques sévères et des troubles sévères du comportement judiciairisés. *Thérapie Familiale*, 35(1), 55-69. <https://doi.org/10.3917/tf.141.0055>
- Laffort, C. (2012). Décision partagée en cancérologie pédiatrique : L'expérience d'un Centre Hospitalier Régional. *Archives de Pédiatrie*, 19(6), 133-134. [https://doi.org/10.1016/S0929-693X\(12\)71177-6](https://doi.org/10.1016/S0929-693X(12)71177-6)
- Lécu, A. (2006). Médicaments et prison. *Éthique publique. Revue internationale d'éthique sociétale et gouvernementale*, 8(2).
- Levet, L., Guineberteau, C., Plotton, C., Fayolle, A.-V., & Gocko, X. (2021). Sédation profonde et continue jusqu'au décès et décision partagée. *Médecine Palliative*, 21(3), 157-165.

<https://doi.org/10.1016/j.medpal.2021.09.001>

- Linder, A., & Marion-Veyron, R. (2020). Partager la décision thérapeutique dans des cliniques contraintes ? : Enquête en milieu psychiatrique, carcéral et migratoire. *Sciences Sociales Et Santé*, 38(2), 41-66. <https://doi.org/10.1684/sss.2020.0170>
- Luciano, M., De Rosa, C., Sampogna, G., Del Vecchio, V., Giallonardo, V., Fabrazzo, M., Catapano, F., Onchev, G., Raboch, J., Mastrogianni, A., Solomon, Z., Dembinskas, A., Nawka, P., Kiejna, A., Torres-Gonzales, F., Kjellin, L., Kallert, T., & Fiorillo, A. (2018). How to improve clinical practice on forced medication in psychiatric practice : Suggestions from the EUNOMIA European multicentre study. *European Psychiatry*, 54, 35-40. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2018.07.002>
- Malengreaux, S., & Grenier, C. (2017). *La décision partagée en consultation de médecine générale*. Service universitaire de promotion de la santé de l'Université catholique de Louvain (RESO).
- Marques, A. (2015). Est-il légitime de ne pas décider pour autrui ? Le travail politique autour d'une Équipe mobile de psychiatrie-précarité. *Sciences sociales et santé*, 33(3), 91-114. <https://doi.org/10.3917/sss.333.0091>
- Marty, S., Stiegler, B., Robert, G., Colombani, F., Ravaud, A., & Haaser, T. (2020). La décision partagée en cancérologie, entre émancipation et domination de la personne malade. *Éthique & Santé*, 17(2), 82-88. <https://doi.org/10.1016/j.etique.2020.02.007>
- Mirabel, A. & Rabeyron, T. (2015). L'identité à l'épreuve de la prison : médiation photolangage et relance des processus narratifs. *Bulletin de psychologie*, 537, 223-233. <https://doi.org/10.3917/bupsy.537.0223>
- Pachoud, B. (2015). La décision médicale partagée et les paradigmes médicaux contemporains : La médecine centrée sur la personne, la médecine fondée sur des preuves, le paradigme du rétablissement. *European Psychiatry*, 30(2), 39. doi:10.1016/j.eurpsy.2015.09.112

- Pachoud, B., Llorca, P. M., Salmona, I., & Trabut, J.-B. (2015). La décision médicale partagée en psychiatrie : Quelle utilité ? *European Psychiatry*, 30(2), 39.
<https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.111>
- Paquette, S. (2023). *La délinquance sexuelle* [Powerpoint]. Sur <https://studium.umontreal.ca/>
- Robert, P. (2008). La reconnaissance dans le processus thérapeutique. *Le Divan familial*, 20, 125-137. <https://doi.org/10.3917/difa.020.0125>
- Senon, J. L. (2004). Psychiatrie et prison: toujours dans le champ de l'actualité. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 162(8), 646-652.
- Voumard, R., Berthod, D., Rochat, L., D'Acremont, V., Genton, B., & De Vallière, S. (2016). Nouvelles approches pour la prévention de la malaria chez le voyageur. *Revue Médicale Suisse*, 12, 885-888.
- Zipursky, J. S., Greenberg, R. A., Maxwell, C., & Bogler, T. (2021). Grossesse, allaitement et vaccin contre le SRAS-CoV-2 : Cadre éthique pour la prise de décision partagée. *Canadian Medical Association Journal*, 193(20), 750-752.
<https://doi.org/10.1503/cmaj.202833-f>

6. Annexes

6.1. Annexe 1 – Formulaire de consentement

RECHERCHE	
La prise de décision partagée dans le cadre de la thérapie sous contrainte	
Responsables du projet de recherche :	Viviane Bouleau, étudiante en master de criminologie, Faculté de Droit et Criminologie, Université Catholique de Louvain (Belgique). 419 route du Fer à Cheval, 74160 Collonges-sous-Salève, France (viviane.bouleau@student.uclouvain.be ; +33 6 32 74 12 27 ; +41 78 621 71 07) Dr. Jérôme Englebert, Faculté de Droit et Criminologie, Université Catholique de Louvain (Belgique). DRT Place Montesquieu 2/L2.07.01, 1348 Louvain-la-Neuve, Belgique (jerome.engagebert@uclouvain ; +32 10 47 25 07)

(Dans ce texte, le masculin est utilisé au sens générique ; il comprend aussi bien les femmes que les hommes.)

INFORMATION AUX PARTICIPANTS ET CONSENTEMENT DE PARTICIPATION

Information aux participants

Merci d'avoir accepté de participer à cette recherche qui s'intéresse à la prise de décision partagée dans le cadre de la thérapie sous contrainte.

Procédure

- Objectif général de la recherche : Nous étudions la place de la décision partagée dans le cadre d'une thérapie sous contrainte.
- Procédure : Votre participation à cette étude consiste en un seul entretien d'environ 1 heure.

Respect de la sphère privée, conservation des données

Les renseignements collectés ainsi que les données acquises sont strictement confidentiels et anonymisés. Les données seront utilisées à des fins de recherche et pédagogiques. Les résultats des analyses pourront faire l'objet de publications scientifiques, toujours en respectant le strict anonymat. Aucune information permettant de vous identifier n'est incluse dans les informations enregistrées ou écrites pendant l'entretien. Une fois les retranscriptions terminées ou les notes retravaillées, les enregistrements et les notes seront détruits. Les retranscriptions seront en possession des responsables de la recherche et figureront en annexe du travail de mémoire de l'étudiante impliquée. Les données pourront être réutilisées dans le cadre d'autres recherches menées par les responsables cités dans l'encadré au début de ce document. Les données pourront être déposées sur des plateformes « open science » (outil de travail de recherche collaboratif) afin de les partager avec d'autres chercheurs.

Conditions d'arrêt de l'entretien

Vous pouvez à tout moment décider d'arrêter l'entretien de votre propre chef pour n'importe quelle raison. Vous n'êtes pas tenu d'indiquer la ou les raisons qui ont conduit à cette décision. Vos données récoltées seront alors détruites.

Accès aux résultats de l'étude

Pour être informé des résultats de l'étude vous pouvez contacter les responsables de la recherche. Les résultats seront disponibles dès juin 2023. Au vu de l'anonymisation des données, aucun résultat individuel ne pourra être transmis. Les résultats de cette recherche seront également disponibles dans le mémoire de l'étudiante de master impliquée.

Inconvénients

Votre participation à cette étude est volontaire et ne représente aucun risque ou inconvénient pour vous.

Consentement de participation à la recherche

Sur la base des informations qui précèdent, je confirme mon accord pour participer à la recherche « Prise de décision partagée dans le cadre d'une thérapie sous contrainte », et j'autorise :

- L'enregistrement audio de cet entretien ; ☐ OUI ☐ NON
- L'utilisation des données à des fins scientifiques et la publication des résultats de la recherche dans des revues ou livres scientifiques, étant entendu que les données resteront anonymes et qu'aucune information ne sera donnée sur mon identité ; ☐ OUI ☐ NON
- L'utilisation des données à des fins pédagogiques (cours et séminaires de formation d'étudiants ou de professionnels soumis au secret professionnel). ☐ OUI ☐ NON

J'ai choisi volontairement de participer à cette recherche. J'ai été informé du fait que je peux me retirer en tout temps sans fournir de justifications.

Ce consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités. Je conserve tous mes droits garantis par la loi.

Prénom Nom

Signature

Date

ENGAGEMENT DU CHERCHEUR

L'information qui figure sur ce formulaire de consentement et les réponses que j'ai données au participant décrivent avec exactitude le projet.

Je m'engage à procéder à cette étude conformément aux normes éthiques concernant les projets de recherche impliquant des participants humains, en application de la *Commission cantonale d'éthique de la recherche sur l'être humain* du canton de Vaud.

Prénom Nom Viviane Bouleau

Signature

Date

6.2. Annexe 2 – Grille d'entretien

Introduction et présentation	Rappeler le cadre théorique et déontologique	Je suis étudiante en criminologie et j'effectue un mémoire portant sur le(s) lien(s) entre la prise de décision partagée et le traitement sous contrainte.
Informations sur la personne interrogée	Pour débiter (nom, prénom, sexe, profession, type de patients) + âge ?	Tout d'abord j'aimerais que vous me parliez de votre travail et des raisons pour lesquelles vous avez choisi de travailler dans ce domaine.
Thèmes et questions	La décision partagée	J'aimerais que vous me parliez de votre définition de la décision partagée. • Mettez-vous en place une décision partagée ? ○ Si oui : ▪ Pourquoi ? ▪ Comment ? ▪ Comment la maintenez-vous ? ○ Sinon : ▪ Pourquoi ? ▪ Quelle position adoptez-vous alors ? - Comment ? • Comment ne pas compromettre une décision partagée lorsqu'elle est instaurée ? (Quitte à ne pas atteindre ce qu'on souhaite, du moins dans l'immédiat) • Qu'est-ce qui vous amène à [tout] penser ça ? (théorie, pratique, autre ?)
	Prisme de la décision partagée pour	• Comment définiriez-vous le traitement sous contrainte avec une teinte de décision partagée ? • Quels sont les moments déterminants ? Sont-ils des moments de décision partagée ? Quels sont leurs enjeux ? Pourquoi ? • Est-ce qu'il y a une évolution vers la décision partagée ?

revisiter le traitement sous contrainte Place du patient	• Comment s'effectue un rapport fait au juge par exemple ? Comment ça se passe avec le réseau de soins ? • Avec quels types de patients ? • Quelle est la place du patient ? • Quelles sont les étapes avec lui ? • Comment les choses leurs sont présentées ? (Quel est le vocabulaire employé avec lui ?) • Comment les patients perçoivent la thérapie sous contrainte ? Et la décision partagée ?
Changement de perspective ?	• Comment voyez-vous maintenant le traitement sous contrainte en adoptant la posture de la décision partagée ? Questionnement nouveau suite à cet entretien ? • Les articles de loi permettent-ils également des choses dans votre pratique ? (pas seulement des choses contraignantes) • Comment se positionner vis-à-vis de la société si la décision partagée est adoptée dans ce cadre ? • Quelles en sont les limites ? • Seriez-vous prêt à adopter [davantage] cette perspective ? ○ Si oui : ▪ Comment la mettriez-vous en place ? ▪ Comment la maintiendriez-vous en place ? ▪ Avez-vous des réticences ? ○ Sinon, quelles sont vos réticences ? • Qu'est-ce qui vous amène à penser [tout] ça ? (théorie, pratique, autre ?) • Souhaiteriez-vous ajouter quelque chose ?

6.3. Annexes 3 à 10 – Retranscriptions des entretiens

Ces annexes sont disponibles dans un volume séparé pour des raisons de confidentialité.

Viviane Bouleau

Septembre 2023

La prise de décision partagée dans le cadre d'une thérapie sous contrainte

Promoteur : Professeur Jérôme Englebert

La prise de décision partagée prend place entre un patient et un soignant. Elle consiste en une co-construction entre eux sur ce qui touche au traitement de ce patient. La thérapie sous contrainte est une mesure ordonnée par la justice dans le but d'obliger un individu à suivre une thérapie suite à la commission d'une infraction. Dans cette recherche qualitative nous nous demandons comment il est possible de mettre en place et de maintenir une décision partagée dans le cadre d'une thérapie sous contrainte. Notre recherche a été menée auprès de thérapeutes travaillant auprès de patients, certains incarcérés, ayant reçu des obligations de soins (N = 8). Nous avons effectué des entretiens semi-directifs avec ces thérapeutes et nous avons trouvé qu'il n'était pas possible de mettre en place et de maintenir une décision partagée, telle que définie, dans le cadre d'une thérapie sous contrainte.