

**UNIVERSITÉ TOULOUSE III – PAUL SABATIER
FACULTÉ DE SANTÉ**

ANNÉE 2023

2023 TOU3 1602

**THÈSE
POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN
MÉDECINE
SPÉCIALISÉE CLINIQUE**

**Présentée et soutenue publiquement
par**

**Carolyn Zimmer
le 25 septembre 2023**

**Les Directives Anticipées Incitatives en Psychiatrie
Quelles dimensions abordées par l'outil et quelles limites à
son développement?**

Directeurs de thèse : Dr Phulpin Hugo et Dr Richaud Louis

JURY

Monsieur le Professeur Arbus
Monsieur le Professeur Yrondi
Monsieur le Docteur Richaud
Monsieur le Docteur Phulpin
Madame le Docteur Chaix

Président
Assesseur
Assesseur
Assesseur
Suppléante

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux
Tableau des personnels HU de médecine
Mars 2022

Professeurs Honoraires

Doyen Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. GHISOLFI Jacques
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. GLOCK Yves
Doyen Honoraire	M. LAZORTHES Yves	Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. GRAND Alain
Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. GUIRAUD CHAUMEIL Bernard
Doyen Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel	Professeur Honoraire	M. JOFFRE Francis
Professeur Honoraire	M. ADER Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. ADOUE Daniel	Professeur Honoraire	M. LANG Thierry
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche
Professeur Honoraire	M. ARLET Philippe	Professeur Honoraire	M. LAURENT Guy
Professeur Honoraire	M. ARLET-SUAU Elisabeth	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Franck
Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. LAZORTHES Yves
Professeur Honoraire	M. BARRET André	Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	M. MALECAZE François
Professeur Honoraire	M. BLANCHER Antoine	Professeur Honoraire	M. MANELFE Claude
Professeur Honoraire	M. BOCCALON Henn	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. BONAFE Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. MARCHOU Bruno
Professeur Honoraire	M. BONEU Bernard	Professeur Honoraire	M. MASSIP Patrice
Professeur Honoraire	M. BONNEVIALLE Paul	Professeur Honoraire	Mme MARTY Nicole
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. MAZIERES Bernard
Professeur Honoraire	M. BOUTAULT Franck	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire Associé	M. BROS Bernard	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland	Professeur Honoraire	M. MURAT
Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe	Professeur Honoraire associé	M. NICODEME Robert
Professeur Honoraire	M. CARATERO Claude	Professeur Honoraire	M. OLIVES Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre	Professeur Honoraire	M. PARINAUD Jean
Professeur Honoraire	M. CARON Philippe	Professeur Honoraire	M. PASCAL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PERRET Bertrand
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire	M. CHABANON Gérard	Professeur Honoraire	M. PONTONNIER Georges
Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. CHAP Huques	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre	Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques
Professeur Honoraire	M. CLANET Michel	Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline
Professeur Honoraire	M. CONTE Jean	Professeur Honoraire	M. PUEL Pierre
Professeur Honoraire	M. COSTAGLIOLA Michel	Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. DABERNAT Henri	Professeur Honoraire	M. RAILHAC Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. DAHAN Marcel	Professeur Honoraire	M. REGIS Henri
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude
Professeur Honoraire	M. DALY-SCHWEITZER Nicolas	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. RISCHMANN Pascal
Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges	Professeur Honoraire	M. RIVIERE Daniel
Professeur Honoraire	Mme DELISLE Marie-Bernadette	Professeur Honoraire	M. ROCHE Henri
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. ROLLAND Michel
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique	Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. SARRAMON Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean	Professeur Honoraire	M. SERRE Guy
Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.	Professeur Honoraire	M. SIMON Jacques
Professeur Honoraire	M. FABIE Michel	Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard	Professeur Honoraire	M. TREMOULET Michel
Professeur Honoraire	M. FOURNIE Bernard	Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre
Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard	Professeur Honoraire	M. VINEL Jean-Pierre
Professeur Honoraire	M. FRIXINOS Jacques	Professeur Honoraire	M. VIRENGUE Christian
Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle	Professeur Honoraire	M. VOIGT Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles		

Professeurs Emérites

Professeur ARLET Philippe
Professeur BOUTAULT Franck
Professeur CARON Philippe
Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CHAP Huques
Professeur GRAND Alain
Professeur LAGARRIGUE Jacques
Professeur LAURENT Guy
Professeur LAZORTHES Yves
Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MARCHOU Bruno
Professeur PERRET Bertrand
Professeur RISCHMANN Pascal
Professeur RIVIERE Daniel
Professeur ROUGE Daniel

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie	Mme LAMANT Laurence (C.E)	Anatomie Pathologique
M. ACCADBLED Franck (C.E)	Chirurgie Infantile	M. LANGIN Dominique (C.E)	Nutrition
M. ALRIC Laurent (C.E)	Médecine Interne	Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. LARRUE Vincent	Neurologie
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie, Santé publique	M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine d'Urgence
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie	M. LAUWERS Frédéric	Chirurgie maxillo-faciale
M. ARNAL Jean-François (C.E)	Physiologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardio-vasculaire
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. BERRY Antoine	Parasitologie	M. MALVAUD Bernard	Urologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique	M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. MARQUE Philippe (C.E)	Médecine Physique et Réadaptation
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre (C.E)	Chirurgie Vasculaire	M. MAURY Jean-Philippe (C.E)	Cardiologie
M. BRASSAT David	Neurologie	Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul	M. MAZIERES Julien (C.E)	Pneumologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. BUJAN Louis (C.E)	Urologie-Andrologie	M. MOLINIER Laurent (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique
Mme BURA-RIVIERE Alessandra (C.E)	Médecine Vasculaire	M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entérologie	Mme MOYAL Elisabeth (C.E)	Cancérologie
M. BUSCAIL Louis (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie	M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. CALVAS Patrick (C.E)	Génétique	Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale	M. OSWALD Eric (C.E)	Bactériologie-Virologie
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. PARIENTE Jérémie	Neurologie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie	M. PAUL Carle (C.E)	Dermatologie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Médecine d'urgence	M. PAYOUX Pierre (C.E)	Biophysique
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire	M. PAYRASTRE Bernard (C.E)	Hématologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. PERON Jean-Marie (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CHAYNES Patrick	Anatomie	M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chir. Orthopédique et Traumatologie	Mme RAUZY Odile	Médecine Interne
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie	M. RECHER Christian (C.E)	Hématologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique	M. RITZ Patrick (C.E)	Nutrition
Mme COURTADE SAIDI Monique (C.E)	Histologie Embryologie	M. ROLLAND Yves (C.E)	Gériatrie
M. DAMBRIN Camille	Chir. Thoracique et Cardiovasculaire	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.	M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. DEGUINE Olivier (C.E)	Oto-rhino-laryngologie	M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. DELABESSE Eric	Hématologie	M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses	M. SAILLER Laurent (C.E)	Médecine Interne
M. DELORD Jean-Pierre (C.E)	Cancérologie	M. SALES DE GAUZY Jérôme (C.E)	Chirurgie Infantile
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie	M. SALLES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice (C.E)	Thérapeutique	M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie	Mme SELVES Janick (C.E)	Anatomie et cytologie pathologiques
M. FERRIERES Jean (C.E)	Epidémiologie, Santé Publique	M. SENARD Jean-Michel (C.E)	Pharmacologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie	M. SIZUN Jacques (C.E)	Pédiatrie
M. GALINIER Michel (C.E)	Cardiologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. GAME Xavier	Urologie	Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie, Santé publique	M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation	M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique	M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
M. GOURDY Pierre (C.E)	Endocrinologie	Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
M. GROLEAU RAOUX Jean-Louis (C.E)	Chirurgie plastique	M. TELMON Norbert (C.E)	Médecine Légale
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie	Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie	Mme URO-COSTE Emmanuelle (C.E)	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie	M. VAYSSIERE Christophe (C.E)	Gynécologie Obstétrique
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie
M. KAMAR Nassim (C.E)	Néphrologie	M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie

P.U. Médecine générale
M. OUSTRIC Stéphane (C.E)

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

P.U. - P.H.
2ème classe

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. AUSSEIL Jérôme	Biochimie et biologie moléculaire
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie, Santé publique
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M. CHAPUT Benoît	Chirurgie plastique
M. COGNARD Christophe	Radiologie
Mme CORRE Jill	Hématologie
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FARUCH BILFELD Marie	Radiologie et imagerie médicale
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
M. GUIBERT Nicolas	Pneumologie
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
Mme LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LE CAIGNEC Cédric	Génétique
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MARTIN-BONDEL Guillaume	Maladies infectieuses, maladies tropicales
Mme MARTINEZ Alejandra	Gynécologie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. PAGES Jean-Christophe	Biologie cellulaire
Mme PASQUET Marlène	Pédiatrie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. PUGNET Grégory	Médecine interne
M. REINA Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. RENAUDINEAU Yves	Immunologie
Mme RUYSSSEN-WITRAND Adeline	Rhumatologie
Mme SAVAGNER Frédérique	Biochimie et biologie moléculaire
M. SAVALL Frédéric	Médecine légale
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
M. TACK Ivan	Physiologie
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie
M. YRONDI Antoine	Psychiatrie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale
M. MESTHÉ Pierre
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve

Professeurs Associés

Professeur Associé de Médecine Générale

M. ABITTEBOUL Yves
M. BOYER Pierre
M. CHICOULAA Bruno
Mme IRI-DELAHAYE Motoko
M. POUTRAIN Jean-Christophe
M. STILLMUNKES André

Professeur Associé de Bactériologie-Hygiène

Mme MALAUAUD Sandra

FACULTE DE SANTE
Département Médecine Maieutique et Paramédicaux

MCU - PH

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène	Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
M. APOIL Pol Andre	Immunologie	Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie	Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme AUSSEIL-TRUDEL Stéphanie	Biochimie	M. GUERBY Paul	Gynécologie-Obstétrique
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie	Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme BELLIERES-FABRE Julie	Néphrologie	Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
Mme BERTOLI Sarah	Hématologie, transfusion	M. HAMDJ Safouane	Biochimie
M. BIETH Eric	Génétique	Mme HITZEL Anne	Biophysique
Mme BREHIN Camille	Pneumologie	Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. BUSCAIL Etienne	Chirurgie viscérale et digestive	M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire	Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie	M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie	Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie	M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition	M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme CASSAGNE Myriam	Ophthalmologie	M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie	Mme MASSIP Clémence	Bactériologie-virologie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique	Mme MAUPAS SCHWALM Françoise	Biochimie
Mme CHANTALAT Elodie	Anatomie	Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. CHASSAING Nicolas	Génétique	M. MONTASTRUC François	Pharmacologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire	Mme MOREAU Jessika	Biologie du dev. Et de la reproduction
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques	Mme MOREAU Marion	Physiologie
M. CONGY Nicolas	Immunologie	M. MOULIS Guillaume	Médecine interne
Mme COURBON Christine	Pharmacologie	Mme NASR Nathalie	Neurologie
M. CUROT Jonathan	Neurologie	Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie	Mme PERROT Aurore	Hématologie
Mme DE GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie	M. PILLARD Fabien	Physiologie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale	Mme PLAISANCIE Julie	Génétique
M. DEGBOE Yannick	Rhumatologie	Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
M. DELMAS Clément	Cardiologie	Mme QUELVEN Isabelle	Biophysique et médecine nucléaire
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale	Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie	M. REVET Alexis	Pédo-psychiatrie
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène	M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail	Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie	Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie	Mme SIEGFRIED Aurore	Anatomie et cytologie pathologiques
Mme FLOCH Pauline	Bactériologie-Virologie	M. TAFANI Jean-André	Biophysique
Mme GALINIER Anne	Nutrition	M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme GALLINI Adeline	Epidémiologie	Mme VALLET Marion	Physiologie
M. GANTET Pierre	Biophysique	M. VERGEZ François	Hématologie
M. GASQ David	Physiologie	Mme VIJA Lavinia	Biophysique et médecine nucléaire
M. GATIMEL Nicolas	Médecine de la reproduction		

M.C.U. Médecine générale

M. BISMUTH Michel
M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie
M. ESCOURROU Emile

Maîtres de Conférence Associés

M.C.A. Médecine Générale

M. BIREBENT Jordan
Mme BOURGEOIS Odile
Mme BOUSSIER Nathalie
Mme FREYENS Anne
Mme LATROUS Leila
M. PIPONNIER David
Mme PUECH Marélie

Dédicaces aux membres du jury:

Merci au président du jury, Professeur Arbus, ainsi qu'au Professeur Yrondi pour votre présence aujourd'hui et l'attention accordée à la lecture de cette thèse.

Merci aux Dr Hugo Phulpin et Louis Richaud d'avoir cru en ce sujet et de m'avoir fait confiance.

Merci particulièrement au Dr Chaix, ta vision humaniste du soin et ton engagement professionnel sont un modèle.

Dédicaces personnelles:

Merci infiniment mon amour, pour ton soutien indéfectible et le bonheur que tu m'apportes au quotidien.

Merci à ma hermanita ainsi qu'à mes parents.

Merci à mes fidèles compagnons du quotidien, Ryry, Glouglou et à mes "filles" qu'elles aient 4 pattes ou des plumes.

Merci à toutes les personnes qui m'ont accompagné sur un bout de chemin au cours de ces études, quand bien même nos chemins se sont éloignés, merci d'avoir été là.

Merci à tous les patients que j'ai pu croiser au cours de ces années et qui m'ont tant appris.

Merci aux équipes de soins que j'ai eu la chance de croiser au cours de mon internat pour leur accueil, leur bienveillance et leur confiance.

Merci à Mme Elsa Castot pour ses précieuses informations et son partage d'expérience pour la réalisation de cette thèse.

Tables des matières:

I. Introduction:	4
Aspects de terminologie:	5
Aspects historiques et formes de directives à travers le monde:	6
Pour qui?	8
Modalités de rédaction, comment?	9
Modalités de rédaction, quand?	10
II. Matériel et méthodes:	11
III. Résultats:	12
1. Dimensions abordées par l'outil:	12
A) L'alliance et l'adhésion aux soins	12
B) L'Empowerment	13
C) Psycho-éducation et conscience des troubles	13
D) La notion de rétablissement expérientiel	14
E) La coordination des intervenants et la continuité des soins	15
2. Visions par les professionnels et limites de cet outil:	15
A. Questionnaires:	15
B) Limites relevées par les accompagnants à la rédaction	20
IV. Discussion:	21
V. Conclusion:	24

I. Introduction:

Ces dernières années, s'opère progressivement un changement de paradigme en médecine. On observe en effet une évolution de la relation entre le patient et le médecin. Ainsi s'opère un passage d'une vision "paternaliste" du médecin "sachant", décisionnaire et laissant peu de place au choix du patient, vers une vision plus équilibrée du soin basée sur le dialogue entre le patient et le médecin, le premier disposant du savoir théorique, le second de son expérience de sa propre pathologie en tant qu' "expert" par son vécu.

De cette réflexion découle par exemple l'apparition des médiateurs de santé pairs, usagers des soins psychiatriques qui, par leur expérience de la maladie et des structures de soins, peuvent accompagner et guider les patients et les soignants grâce à leur savoir expérientiel, permettant ainsi d'échanger sur leur vision des soins psychiatriques et les axes d'amélioration à développer.

Cependant, malgré cette volonté de laisser plus de place à la décision du patient, on a pu observer ces dernières années en psychiatrie une augmentation du nombre d'hospitalisation sous contrainte.

Ainsi, en 2012, 73 860 personnes ont été hospitalisées en soins sans consentement au moins une fois dans l'année soit 19% de la file active des patients hospitalisés à temps plein. En 2021, cette modalité de soin représentait 26% de la file active des hospitalisations à temps plein soit 78 401 personnes. (1)

Ainsi, plusieurs axes de réflexion ont été promus, notamment par les politiques, pour redonner au patient une capacité décisionnaire et limiter la contrainte dans les soins psychiatriques.

L'un de ces axes repose sur les directives anticipées.

Dans cette introduction nous aborderons les bases de cet outil, son principe, ses modalités de rédaction, la population à laquelle il s'adresse afin de permettre son appréhension avant d'étudier plus en détail les aspects dimensionnels de ce dernier.

Cet outil repose sur l'anticipation d'une éventuelle perte de capacité d'expression de sa volonté. Il permet au patient de faire connaître ses choix concernant sa prise en charge future.

La notion de directive anticipée est généralement rattachée à la Loi Léonetti qui permet d'anticiper ses volontés dans le cadre d'une maladie grave incurable engageant le pronostic vital. Ainsi, elle rend le patient décisionnaire de sa fin de vie et lui permet d'exprimer sa volonté concernant l'arrêt des soins alors même qu'il peut ne pas être atteint d'une pathologie au moment de la rédaction. (2)

En psychiatrie, cette notion est beaucoup moins connue et utilisée. Elle repose sur l'anticipation d'une éventuelle perte temporaire de la capacité d'expression libre et éclairée de sa volonté lors d'un épisode de décompensation d'un trouble psychiatrique sévère. L'aspect temporaire de cette perte de capacité est à souligner, l'amélioration de l'état clinique psychiatrique permettant de recouvrer cette faculté, se différenciant ainsi des directives

pouvant être réalisées dans le cadre de pathologies somatiques où, à priori, la perte de capacité est définitive.

Ce document permet ainsi de faire connaître les modalités de prise en charge acceptées par le sujet lors des états de décompensation. Sa rédaction est d'autant plus aisée et fait d'autant plus sens que le sujet a déjà vécu des épisodes de perte de sa capacité de discernement et en a ainsi une connaissance expérientielle.

Aspects de terminologie:

La terminologie “directives anticipées en psychiatrie” est souvent sujette à confusion.

(3)

Sont soulevés en ce sens plusieurs points:

D'abord, l'association régulière de ce terme, par les soignants mais aussi par les patients, aux directives anticipées de fin de vie avec connotation morbide et définitive.

Ensuite, la terminologie peut laisser supposer un aspect “obligatoire” à l'application des directives avec réticence des équipes de soin qui ne veulent pas être contraintes et limitées dans leurs décisions concernant la prise en charge en aigü du patient.

Le corollaire, concernant le patient, est que ce dernier puisse s'attendre à ce que ses directives soient appliquées à la lettre par les soignants avec un risque de dégradation de l'alliance et de perte de confiance vis-à-vis des soins en cas de non application de ses décisions le moment venu.

En ce sens est apparu le terme “directives anticipées incitatives” pour souligner l'absence d'obligation légale des soignants vis-à-vis de à l'application des directives.

Parallèlement on retrouve de façon récurrente le terme “directives conjointes”. Ce terme correspond de manière plus précise à une rédaction des directives réalisée conjointement avec un soignant. Cette modalité de rédaction est souvent interrogée notamment pour ce qui est de l'autonomie du patient. Il est souvent reproché que cette modalité de rédaction conduise à une certaine directivité par le soignant conduisant à orienter les réponses du patient.

De fait, il semble intéressant de proposer une terminologie qui souligne l'autonomie possible du patient dans la rédaction tout en rappelant l'aspect non contraignant à l'application de ces choix anticipés. Le terme “Directives anticipées incitatives en psychiatrie” peut ainsi y répondre, un intitulé plus simple pourrait aussi être “Préconisations anticipées en psychiatrie”.

Aspects historiques et formes de directives à travers le monde:

Dans les années 60, aux Etats Unis, naît d'un psychiatre, Dr Szasz, l'idée que les troubles mentaux n'existent pas si aucune preuve de maladie ou d'atteinte neurologique n'est trouvée chez le patient. Il est l'un des fondateurs de l'anti-psychiatrie, mouvement qui condamne le paternalisme et la coercition exercés via les traitements et hospitalisations imposées au patient.

En 1980, ce même psychiatre propose un premier outil qui redonne le pouvoir décisionnel au patient en termes d'acceptation, ou pas, des hospitalisations. Inspiré des directives sur la fin de vie, ce document prend le nom de "*psychiatry will*" ou "testament psychiatrique".

Ce concept est repris rapidement par les associations de patients et le concept de Directives Anticipées est finalement légiféré aux Etats Unis en 1990 par l'amendement "*Patient Self Determination Act*". Ce texte de loi stipule que, pour les soins dans le secteur public, le patient doit être informé de son droit d'être impliqué dans les décisions à l'égard de ses soins. Ainsi il doit se voir proposé la rédaction de directives anticipées et être interrogé sur leur existence préalable en cas d'admission à l'hôpital.

Un peu plus tôt, dans les années 80, les associations européennes de patients s'étaient aussi emparées de la question, notamment en Allemagne, en Autriche et en Suisse. Les directives prennent là bas le nom *Behandlungsvereinbarungen*, qui se traduit "Acceptation de traitement", et sont aussi promues dans la loi. L'outil permet de se prononcer par anticipation sur les traitements efficaces par le passé ou non tolérés, sa personne de confiance, mais aussi des critères plus originaux comme le genre du personnel soignant.

Au Royaume Uni, ce sont aussi les associations de patients qui ont démocratisé cet outil via les "*Crisis Card*" en 1989. Ce document permettait aux patients de désigner une personne de confiance en cas de crise mais aussi de définir un traitement. Après la distribution de 3000 cartes, l'association de patient arrête le développement de ce document suite à des plaintes de patients renvoyant que leur psychiatre avait pu les aider à compléter les informations et craignant ainsi une nouvelle forme de coercition. En suivant, le concept est repris par une autre association de patients "*The Manic Depression Fellowship*" qui développe une carte sur laquelle seule la personne de confiance peut être définie.

Finalement, les Directives Anticipées finissent par être légiférées en 2005 dans le *Mental Capacity Act*. (4)

Actuellement, les Directives Anticipées sont développées dans de très nombreux pays, ceux cités précédemment mais aussi les Pays Bas, le Canada, l'Australie ou encore l'Inde.

Aspects législatifs:

Actuellement, en France, la seule loi reconnaissant et encadrant le concept de directives anticipées est la loi Léonetti-Claeys dans le cadre de la fin de vie.

Cette loi, rédigée en 2005, ne rendait initialement obligatoire que la consultation par le médecin de l'existence d'éventuelles directives.

Une mise à jour de cette loi en 2016 rend davantage contraignante l'application de ces directives. En effet, leur non-application doit être décidée de manière collégiale et justifiée dans le dossier médical, la personne de confiance doit également en être informée.

A l'heure actuelle, aucune loi ne fait mention des directives anticipées dans le cadre de la santé mentale. De fait, ces dispositions ne sont évidemment pas interdites mais non encadrées, laissant le libre choix aux soignants de consulter, d'appliquer ou pas les souhaits rédigés.

Au niveau européen, les directives anticipées sont abordées dans la convention d'Oviedo de 1997 qui souligne l'importance de la consultation des souhaits préalables de la personne : " Les souhaits précédemment exprimés au sujet d'une intervention médicale par un patient qui, au moment de l'intervention, n'est pas en état d'exprimer sa volonté seront pris en compte." (5)

Elles sont aussi abordées par le Comité des ministres du Conseil de l'Europe de 2009 qui les étend à d'autres domaines que la fin de vie "Les directives anticipées peuvent s'appliquer aux questions relatives à la santé, au bien-être et aux autres questions personnelles, aux questions économiques et financières" laissant les états décisionnaires de l'aspect contraignant ou pas de ces directives mais soulignant à nouveau l'importance d'une prise en compte de l'existence de ces volontés anticipées. (6)

Concernant plus spécifiquement les personnes sous mesure de protection, la Loi Léonetti-Claeys prévoit une rédaction des directives anticipées par toute personne majeure sous tutelle à condition d'obtenir l'autorisation du juge ou du conseil de famille. Il est spécifié que le tuteur ne peut ni l'assister ni la représenter à cette occasion.

Cette question est peu abordée dans la littérature concernant les DAIP, on peut cependant supposer que les directives, faisant fonction de guide décisionnel avec une simple valeur indicative, elles devraient être proposées au plus grand nombre. (7)

Concernant les mineurs en revanche, la loi Léonetti ne prévoit pas que ces derniers puissent rédiger un tel document. En revanche, la convention d'Oviedo souligne que l'avis du patient mineur doit être pris en considération selon son degré de maturité et son âge. De même, le code de la déontologie médicale précise que si l'avis du patient mineur peut être recueilli, le médecin doit le prendre en compte autant que possible. (8)

Ainsi, les DAIP étant à ce jour uniquement indicatives, il semble envisageable qu'un patient mineur puisse les rédiger à titre indicatif afin de faire entendre son point de vue concernant sa prise en charge.

En ce qui concerne les modalités de rédaction, la loi prévoit plusieurs formalités indispensables pour l'authentification et la prise en compte du document:

- Possiblement rédigé sur papier libre les DAIP doivent être datées et signées.
- L'auteur doit préciser son nom, prénom, date et lieu de naissance.
- Si la personne est dans l'incapacité physique d'écrire, un tiers peut rédiger sous sa dictée mais la présence de 2 témoins dont la personne de confiance est nécessaire.
- Les DAIP peuvent être accompagnées d'un certificat médical attestant de l'état clinique du patient lors de la rédaction soulignant que ces dernières sont l'expression d'une volonté libre et éclairée.(7)

Il est à noter que les DAIP sont révocables à tout moment par simple ordre verbal du patient.

Pour qui?

L'expression anticipée de ses choix concernant ses soins peut techniquement s'appliquer à toute personne en ayant la volonté. Cependant, l'intérêt de l'outil est d'anticiper un état mental incompatible avec l'expression d'une volonté libre et éclairée. Il s'adresse ainsi surtout aux patients atteints de troubles psychiatriques graves, trouble schizo-affectif, schizophrénie et trouble bipolaire, pathologies qui sont à risque d'abolir temporairement cette capacité décisionnaire et qui, de fait, sont ceux concernés majoritairement par les hospitalisations sous contrainte.

Concernant les personnes atteintes d'un trouble psychotique, l'intérêt semble d'autant plus marqué que certaines études ont évalué que leur vécu coercitif de l'hospitalisation était plus important. (9)

D'autre part, les personnes atteintes d'un trouble bipolaire de l'humeur auraient, quant à elles, moins de difficulté à rédiger des directives anticipées.(10) (11).

L'intérêt est encore peu établi concernant les personnes atteintes d'un trouble de la personnalité sévères, cependant il est toujours intéressant de proposer un travail de réflexion et d'anticipation de crise. Dans le cas des troubles de la personnalité c'est principalement l'outil du *safety plan* qui est utilisé.

Modalités de rédaction, comment?

Il existe de multiples supports de DAIP, il n'existe pas d'outil générique pour le moment mais la plupart des documents existants reprennent en général les mêmes axes. (*Voir annexes pour un modèle de document*).

La rédaction peut être particulièrement anxiogène lorsqu'elle est réalisée sans accompagnement. En effet, d'une part la rédaction nécessite de mobiliser des souvenirs souvent douloureux voir traumatiques et d'autre part les questions sont parfois complexes avec une compréhension peu aisée de ce qui est attendu dans la réponse. Ces éléments expliquent qu'il est parfois plus simple de les rédiger dans le cadre d'une discussion avec un tiers. Ce dernier peut ainsi accompagner et soutenir dans l'évocation des expériences passées et permettre de préciser certains points du document lorsqu'ils sont flous.

Ainsi, le travail de réflexion et de rédaction étant souvent complexe lorsqu'il est réalisé seul, il est de fait moins souvent réalisé. Une étude comparative a ainsi montré un taux de rédaction de 3% par la personne seule contre 66% lors de la présence d'un accompagnant à la rédaction. (12)

Il semble cependant important de pouvoir laisser la possibilité individuelle de s'y confronter si cela est le choix de la personne, cela afin de préserver son autonomie, tout en restant disponible pour un accompagnement à la rédaction en cas de besoin.

Les accompagnants à la rédaction sont très divers, cette mission peut être réalisée par de nombreux professionnels.

Plus généralement, on retrouve dans l'accompagnement à la rédaction les infirmiers ou les médecins. On utilise alors spécifiquement le terme de directives conjointes, avec des limites régulièrement évoquées en termes d'auto-censure et de forme de réponse artificielle. Ce biais

serait dû à la sensation du patient de devoir répondre selon ce qu'il pense que le médecin attend comme réponse et non pas ce qu'il aurait répondu spontanément. Est aussi parfois soulevée la possibilité d'une certaine orientation des réponses par les soignants. Ce biais est d'autant plus présent lorsque l'accompagnement est effectué par un soignant ayant pu être impliqué dans des hospitalisations sous contrainte du patient. (13)

L'accompagnement par un médiateur de santé pair (MSP) est un concept relativement récent en France, dont l'intérêt est souligné dans la littérature. En effet, la relation patient/ médiateur de santé pair est perçue le plus souvent comme moins "verticale" qu'avec un soignant, s'ouvre alors un véritable dialogue, échanges avec une personne ayant un savoir expérientiel. (14) Cet échange peut permettre au patient de se livrer plus facilement sur certains aspects sans crainte de jugement ou de réponse médicale.

Ainsi, dans un essai clinique randomisé multicentrique réalisé en 2022 en France comparant des patients accompagnés dans la rédaction de leurs directives par des médiateurs de santé pairs à un groupe sans accompagnement, les résultats se sont révélés significatifs en termes de diminution des hospitalisations sous contrainte. (15)

Quelques limites existent cependant concernant l'accompagnement par des MSP. Ainsi, est parfois relevée une difficulté à prendre du recul, l'expérience du patient pouvant faire particulièrement écho à sa propre histoire. D'autre part, certains médiateurs de santé pairs peuvent se sentir illégitimes ou manquer de confiance en leurs capacités d'accompagnement. De fait, il semble primordial que les médiateurs de santé pairs puissent être formés à cet exercice pour trouver la bonne distance dans l'accompagnement et avoir une base méthodologique. Il existe à ce jour quelques formations en France adressées aux MSP pour se former à accompagner à la rédaction de DAIP.

L'une de ces formations, à Lyon, est proposée sur une journée avec des sessions de rappels régulières. Y sont traités les aspects théoriques des DAIP mais aussi de la pair-aidance et du rétablissement. Des ateliers d'accompagnement sont proposés avec un point de réflexion collectif en suivant permettant de soulever les aspects méthodologiques tout en rappelant l'individualité de chaque situation.

Une autre formation, sur Marseille, prévoit un temps de discussion à distance de la formation pour échanger sur l'application en pratique courante.

Finalement, il semble important avant tout que la personne, si elle le souhaite, puisse bénéficier d'un accompagnement par un tiers, soignant ou pas, avec lequel elle se sent en confiance. En effet, un des rôles de cet accompagnement est de soutenir dans le récit de moments de vie difficiles, le choix de son accompagnant doit rester avant tout celui de la personne qui rédige ses directives.

Il est aussi possible d'inclure la présence d'un proche lors de la rédaction ce qui constitue une place de choix pour la personne de confiance.

Modalités de rédaction, quand?

Questionnement récurrent au sein des équipes, quand proposer la rédaction des DAIP au patient?

Premièrement, il est primordial que la personne soit en état de prendre des décisions libres et éclairées. Cette “compétence décisionnelle” est parfois difficile à établir pour certains patients.

Des échelles ont ainsi été proposées pour évaluer les compétences décisionnelles d’une personne avant d’entamer la rédaction de DAIP.

L’échelle *Hopkins Competence Assessment Test* évalue par exemple les capacités de compréhension du sujet afin de s’assurer qu’il comprenne les enjeux de l’outil et les questions posées. L’évaluation se fait par la lecture d’un texte suivi de questions pour évaluer ce qui en a été compris par la personne. (16)

Une autre échelle, la *Competence Assessment Tool for Psychiatric Advance Directives* permet d’évaluer plus globalement les capacités d’une personne pour la rédaction de ses directives anticipées en évaluant sa compréhension, son appréciation et son raisonnement. (17)

L’objectif de ces échelles n’est pas de fixer des seuils en dessous desquels les DAIP ne pourraient être proposées mais plutôt d’avoir un outil pour évaluer les capacités d’une personne pour laquelle on s’interrogerait de la pertinence d’une telle démarche.

Pour appuyer la légitimité des directives et leur caractère réfléchi, il est parfois préconisé d’ajouter un certificat médical qui certifie l’expression libre et éclairée du patient au moment de l’écrit, cette disposition était d’ailleurs initialement prévue dans le Loi Léonetti mais finalement non retenue comme conditionnelle. (7)

Au-delà de cette condition de capacité décisionnelle préservée, le moment précis où proposer la rédaction des DAIP dans le parcours de soin n’est pas défini.

Certains moments semblent cependant clés pour ce travail.

Ainsi, il semble intéressant après une dégradation clinique de reprendre les événements avec la personne. C’est en effet un moment de choix pour analyser les prodromes, les signes de décompensation et la gestion de la crise, s’interroger sur comment anticiper davantage la dégradation clinique et quels soutiens mettre alors en place pour éviter l’hospitalisation, réfléchir à des alternatives à celle-ci.

Proposer ce travail de réflexion et d’anticipation via la rédaction des DAIP en fin d’hospitalisation ou lors d’une reprise du suivi ambulatoire en post hospitalisation semble donc intéressant. (18)

De même, si des directives étaient existantes antérieurement à l’hospitalisation, il est primordial d’évaluer l’application qui a été faite de l’outil: discuter le vécu de l’hospitalisation, ce qui a évolué positivement par rapport aux hospitalisations précédentes, ce qu’il faut éventuellement modifier.

Il est donc à noter que les DAIP sont un outil dynamique évoluant avec la pathologie et la conscience des troubles, elles ont pour vocation à être écrites et retravaillées régulièrement parallèlement à l’apprentissage progressif des troubles.

On voit donc qu'au-delà de l'anticipation des ses choix concernant la prise en charge d'une éventuelle crise à venir, les directives anticipées sont un outil pluridimensionnel, support de discussion autour des troubles permettant d'ouvrir le dialogue sur la pathologie.

Nous nous interrogerons donc sur les dimensions que nous permettent de développer les directives anticipées ainsi que sur les limites actuelles de cet outil.

II. Matériel et méthodes:

Afin d'explorer les domaines explorés par les directives anticipées, une revue de la littérature sur le sujet a été réalisée.

Pour se faire la base de donnée Pubmed a été interrogée avec les mots clés "*Advanced Directives Psychiatry*". La base de données recensait ainsi 553 résultats. En excluant les termes "*palliative*" "*alzheimer*" "*dementia*" "*end of life*" la recherche s'affine et sélectionne 349 résultats. En excluant les articles antérieurs à l'année 2000 et à la lecture des intitulés, une trentaine d'articles est finalement sélectionnée.

Pour ce qui est des limites de l'outil, deux questionnaires ont été réalisés.

Le premier entrait dans le cadre d'une Étude des Pratiques Professionnelles réalisée sur l'Hopital Gérard Marchant. Il s'agissait d'un questionnaire destiné à l'ensemble des professionnels de santé employé par le centre hospitalier, diffusé par mail professionnel avec un recueil de données effectué sur un mois.

Le second questionnaire a été réalisé dans le cadre de cette thèse.

Il était destiné à l'ensemble des professionnels exerçant en psychiatrie.

La diffusion s'est faite via les réseaux sociaux sur des groupes de professionnels, les mails professionnels de l'ensemble des salariés de l'hôpital Gérard Marchant et de l'Hôpital psychiatrique Pinel de Lavarut ainsi que les mails professionnels, des psychiatres exclusivement, du CHU de Toulouse Purpan.

Le recueil des réponses s'est déroulé du 30 juin au 9 août 2023.

III. Résultats:

1. Dimensions abordées par l'outil:

A) L'alliance et l'adhésion aux soins

La rédaction des directives anticipées permet d'ouvrir le dialogue avec le patient, c'est un vecteur de discussion autour des troubles, le document fait tiers dans des échanges dont la thématique est parfois trop abrupte pour être abordé directement. C'est un médiateur pour une approche plus horizontale du soin, la parole est rendue davantage au patient en tant qu'"expert" de sa pathologie.

Cette ouverture du dialogue sur les modalités de gestion de la crise, de prise en charge hospitalière ou pas, sur les traitements, permet une meilleure adhésion aux soins car le patient devient acteur de ces décisions, il peut alors se sentir davantage entendu dans ses demandes, l'objectif étant de limiter le vécu de contrainte des soins et ainsi favoriser une alliance et une adhésion aux soins dans le temps.

De fait, les directives anticipées permettent de nouer une relation de confiance de par l'intérêt porté aux choix de la personne.

Il est à noter que cette dimension d'alliance est relevée comme étant d'autant plus importante si le sujet a été accompagné par un soignant dans la rédaction. (19)

En ce qui concerne la diminution de la contrainte au travers de l'observation du nombre d'hospitalisation sous contrainte, les études montrent des résultats hétérogènes.

Cependant, deux méta-analyses récentes, l'une de 2016 (20) et l'autre de 2019 (21) incluant des études aux résultats discordants concluent respectivement à une diminution de 23% (intervalle de confiance [0,60-0,98]) et de 25% (intervalle de confiance [0,61-0,93]) des hospitalisations sous contrainte lorsque des DAIP ont été rédigées.

De même, la récente étude française dirigée par Tinland et al. précédemment évoquée retrouvait une diminution de 25% des hospitalisations sous contrainte lorsque l'accompagnement à la rédaction était proposé par un médiateur de santé pair. (15)

Pour ce qui est des résultats en termes d'hospitalisation de manière globale, sans regard du fait qu'elle soit contrainte ou pas, les études ayant traité ce critère de jugement ne démontrent pas d'efficacité des DAIP. (15)

B) L'Empowerment

L'*empowerment* a de multiples définitions, il peut ainsi être défini de façon élargie comme " la capacité perçue par des individus à prendre des décisions et d'agir pour leur propre compte pour parvenir à une plus grande mesure de contrôle sur leur vie ". (22)

De manière plus précise, en ce qui concerne la prise en charge des pathologies mentales, elle peut être définie comme "un vécu d'individualité par le patient, en tant qu'individu avec des objectifs de soin propre plutôt que l'objet d'un objectif médical". (23)

L'idée est que le patient devienne acteur à part entière de sa prise en charge, décisionnaire dans ses soins, il guide les décisions médicales prises à son égard.

Ainsi, le patient peut regagner en autonomie décisionnelle.

Selon Rogers et al (24) qui ont tenté de proposer une échelle pour mesurer objectivement l'*empowerment*, plusieurs facteurs composent cette notion: l'estime de soi, l'optimisme et la perception de contrôle vis à vis du futur, le sentiment d'impuissance ou au contraire de pouvoir décisionnel, l'intégration dans la société et l'autonomie, l'indignation/ colère adaptée à une situation.

L'*empowerment* a démontré son rôle dans l'amélioration de la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie et son rôle majeur dans le rétablissement. (25)

C) Psycho-éducation et conscience des troubles

De par la discussion qu'elles ouvrent, les directives anticipées permettent d'accéder à un travail psycho éducatif notamment via l'analyse des prodromes. Ainsi peut s'opérer un échange entre le patient et le soignant, le patient exprimant son vécu subjectif/ intérieur, ce qu'il ressent "qu'est ce qui change dans mon quotidien? Comment je me sens, ce qui est différent?" et le soignant pouvant alors lui renvoyer ce qui est objectivement/ extérieurement observé "ce que je vois changé dans le comportement, le discours".

On peut imaginer que ce travail peut ensuite potentiellement permettre d'alerter plus simplement le patient en cas de dégradation clinique observée, il permet de renvoyer l'aspect "inhabituel" de certains comportements et symptômes en s'appuyant sur ce qui a été discuté et rédigé antérieurement.

Au-delà de la symptomatologie, ce travail d'analyse permet d'initier un mouvement vers l'acceptation de la pathologie. En effet, il permet d'évoquer la possibilité de dégradations cliniques futures, à envisager, permettant de souligner l'aspect chronique de la pathologie.

En prolongement de ce point, il est utile de chercher à identifier des facteurs de décompensation. C'est en effet un aspect primordial pour un travail de prévention en soulignant l'importance de l'hygiène de vie, en ouvrant la discussion sur les éventuelles consommations de toxiques mais aussi en abordant l'observance au traitement.

Cependant, à l'heure actuelle, aucune étude n'a démontré d'amélioration significative de la conscience des troubles par la rédaction de DAIP. (26)

D) La notion de rétablissement expérientiel

L'abord des symptômes et de leur vécu par la personne permet d'ouvrir de manière plus globale sur la manière dont elle se définit comme "allant bien". L'individu peut alors donner sa propre définition d'un état clinique satisfaisant, sa vision du bien être, comment il se sent lorsqu'il se définit comme "stable" et quels sont les symptômes les plus gênants pour lui au quotidien. Cette vision d'un état clinique satisfaisant pour la personne entre dans la définition du rétablissement expérientiel ou subjectif. Cette notion fait réponse à un nouveau paradigme en santé mentale. On distingue dorénavant le rétablissement clinique, c'est-à-dire

la rémission des symptômes définis par le corps médical, du rétablissement subjectif, au sens de sortie du “statut de malade”. Ce changement de statut pouvant être impulsé par un fonctionnement social satisfaisant et une inscription dans la société satisfaisante pour la personne et, ce, en dépit de la possible persistance d’une symptomatologie résiduelle. (27)

La discussion avec le patient peut alors s’ouvrir vers la qualité de vie, les objectifs de vie, la vision que la personne a d’une vie satisfaisante et ce qui limite actuellement cet idéal. Accompagner la personne dans ses objectifs de réinsertion dans la société peut parfois nécessiter une prise en charge en réhabilitation psycho-sociale qui peut donc être proposée à cette occasion.

Pour parvenir à se redéfinir en tant qu’individu et non en tant que malade, certaines personnes ont besoin de prendre conscience de leur pathologie et de ses conséquences afin de travailler une acceptation et ainsi permettre une mise à distance de la pathologie, ne plus se focaliser sur ses symptômes mais sur ses objectifs de vie. (28)

Cette prise de conscience des troubles n’est cependant pas obligatoire pour toutes les personnes dans leur parcours de rétablissement tout étant de l’ordre du fonctionnement individuel. (29)

Ainsi, par le travail d’acceptation du trouble mais aussi de discussion autour d’objectifs de vie et de bien être abordés par la rédaction des DAIP le dialogue s’ouvre sur une vision de la personne plus globale et distincte de la maladie mentale.

E) La coordination des intervenants et la continuité des soins

Le document ainsi rédigé permet un transfert d’informations concernant les modalités de prise en charge décidées. En effet, la rédaction est généralement rédigée ou portée par une équipe de soin qui diffère souvent de celle qui accueille en urgence la personne.

La transmission de ce document pose des questions logistiques importantes qu’il est primordial de résoudre. En effet, peu d’études ont été réalisées sur l’accessibilité des DAIP lors de la crise. Une étude réalisée en 2008 retrouvait une accessibilité au moment de la crise de seulement 20% des DAIP existantes. (30)

Par ailleurs, les précisions concernant des éléments cliniques peuvent avoir pour rôle de transmettre des informations sur la symptomatologie chronique du patient et les éléments en faveur d’une décompensation de sa pathologie.

Ainsi, les DAIP permettent de coordonner les acteurs de soin pour une cohérence globale de prise en charge.

Finalement, ces résultats soulignent les multiples dimensions abordées via la rédaction de DAIP, à la fois sur des critères quantitatifs en termes de réduction du nombre d’hospitalisations sous contrainte, mais aussi qualitatif en termes de qualité de vie ou d’empowerment.

En France, cependant, malgré les intérêts cités, les DAIP restent encore assez peu développées.

Nous nous interrogerons donc dans la seconde partie sur les freins au développement, en France, des DAIP. Pour ce faire, nous nous intéresserons à la vision qu'ont les soignants de cet outil pour tenter de comprendre pourquoi il est si peu utilisé.

2. Visions par les professionnels et limites de cet outil:

A. Questionnaires:

Afin de dresser un état des lieux de la perception des DAIP par les professionnels de santé, nous nous appuyerons sur deux questionnaires diffusés aux professionnels de la psychiatrie. Dans un second temps, un échange réalisé avec une médiatrice de santé pair accompagnant régulièrement à la rédaction permettra de développer certains points.

Le premier questionnaire, réalisé dans le cadre d'une EPP réalisée sur le CH Gérard Marchant, a permis de recueillir 139 réponses.

Parmi les répondants 50% étaient des IDE, 12% des psychologues, 11% des psychiatres, 7% des cadres de santé, moins de 5% étaient des assistantes sociales, des éducateurs spécialisés, des aides soignants ou des assistants médico-administratifs.

Parmi les répondants 68% connaissaient déjà cet outil.

Était ensuite interrogée la vision des professionnels sur la temporalité et la modalité d'accompagnement idéales des directives anticipées.

Pour ce qui est du moment de la rédaction 65% des interrogés jugeaient opportun de le proposer au cours de suivi avec le patient. En seconde position, avec 40% de voix, était choisi un accompagnement à la rédaction au cours d'une hospitalisation. 29% préféraient à la sortie d'hospitalisation et 24% lors de la première rencontre avec le patient.

En ce qui concerne l'accompagnant à la rédaction, ce sont les IDE qui ont été le plus sélectionnés comme étant les plus à même de réaliser ce travail, avec 88% des votes, venaient ensuite les psychiatres avec 79% des voix, la personne de confiance à 67% puis à nouveau des membres de l'équipe soignante: les médecins à 64%, les psychologues 56%. Les pairs aidants étaient désignés par 50% des votants, 35% jugeaient que le patient peut réaliser seul ses directives.

Les curateurs ou tuteurs étaient aussi évoqués.

Le détail des professionnels sélectionnés est dans la figure A.

Selon vous, quelles personnes peuvent accompagner le patient lors de la rédaction des Directives Anticipées en Psychiatrie (DAP) ?

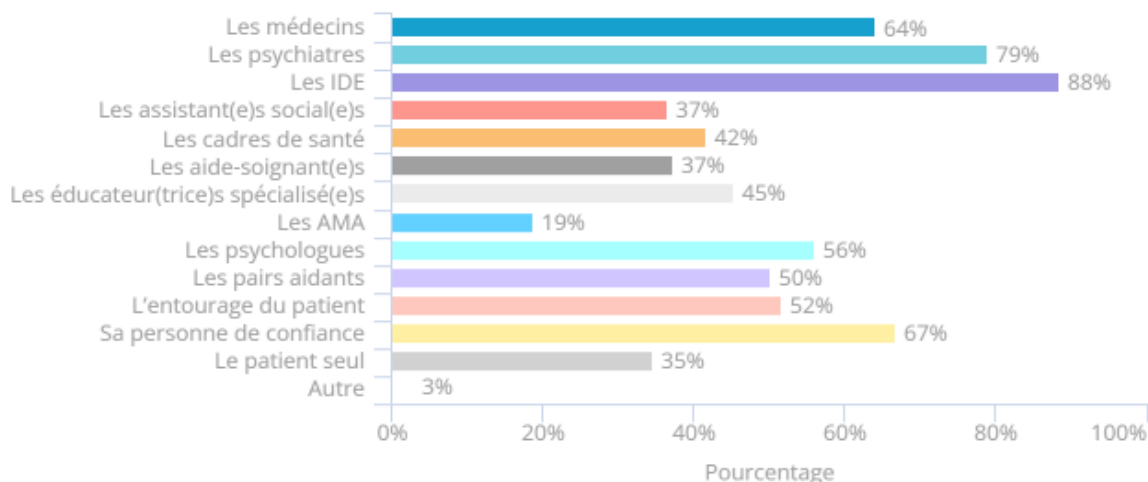


Figure A

Concernant le lieu le plus approprié pour permettre cet accompagnement, ce sont les CMP qui étaient le plus désignés, à 75% des voix. Venaient ensuite les unités d'admission, répondant là encore à un travail effectué au cours de l'hospitalisation. Puis venaient les unités de prise en charge longue: les USR, les USLD et les CPC avec environ 50% des voix chacune. Enfin, étaient aussi citées les unités plus spécialisées à valence de réhabilitation psychosociale: C2RPS, CSTR.

Le détail est disponible sur la figure B ci- dessous.

Selon vous, pour quels types d'unités cet outil vous semble le plus adapté ?

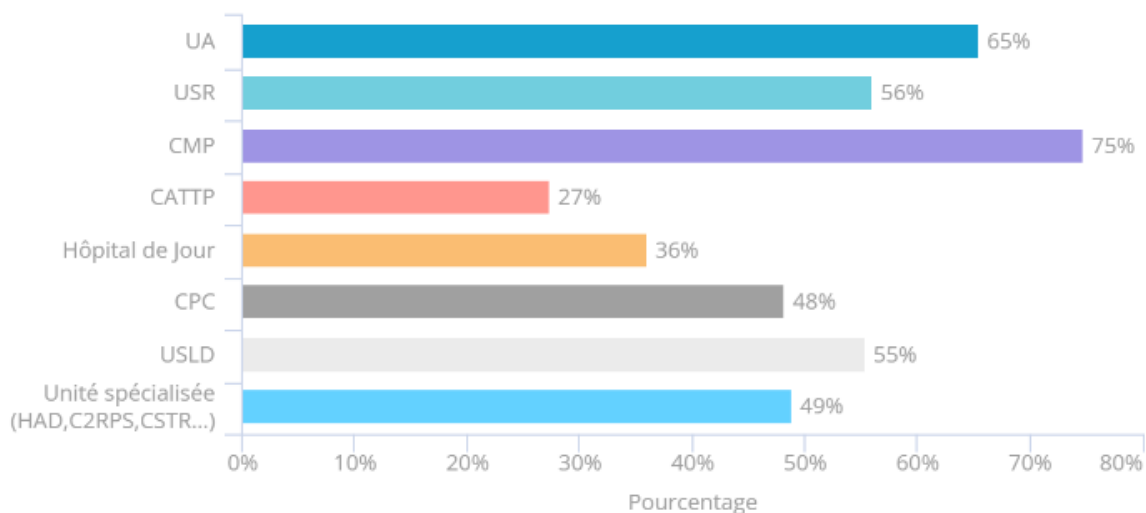


Figure B

Enfin, 76% des répondants jugeaient que les directives anticipées pourraient être mises en place dans leur unité et les commentaires libres étaient pour la plupart des demandes d'informations complémentaires et de présentation plus détaillée de l'outil.

Le second questionnaire, réalisé pour cette thèse, interrogeait davantage sur la vision de cet outil par les professionnels avec davantage de réponses ouvertes.

Les questions étaient précédées d'un texte de présentation de l'outil, retranscrit ci dessous:

Les directives incitatives anticipées en psychiatrie (DAIP) sont un document rédigé par une personne souffrant de troubles psychiatriques sévères lorsque son état clinique lui permet de prendre des décisions "libres et éclairées" à distance d'un épisode aigu des troubles. C'est un document dans lequel est anticipée une possible future décompensation de la pathologie dont il souffre. Il permet de poser avec la personne les détails concernant ses modalités de prise en charge lors d'une éventuelle décompensation future: qui prévenir, quels traitements il accepte et sont efficaces pour lui, quelles stratégies non médicamenteuses peuvent l'apaiser par exemple. Les objectifs d'un tel outil sont .divers et différents selon les lieux de pratiques Il n'y a à l'heure actuelle aucune obligation légale à appliquer les DAIP d'une personne. A ce titre, le terme "directives anticipées incitatives" vient souligner l'absence d'obligation légale des soignants vis-à-vis de à l'application des directives.

Elles sont le plus souvent rédigées en présence d'un médiateur dans le cadre d'une prise en charge en soins psychiatriques.

Ce questionnaire permet d'étudier la connaissance des professionnels au sujet des DAIP, leur compréhension et perception de cet outil, les limites et craintes potentiellement soulevées.

Sur une période de 5 semaines, 144 réponses ont été relevées.

Les répondants étaient pour la plupart des IDE qui représentaient 40% des réponses puis en seconde place les médecins avec 14% de psychiatres d'adulte et 5,6% de pédopsychiatres, les internes 10%. Les autres professions représentées étaient les éducateurs spécialisés (6%), les cadres de santé (6%), les psychologues (5%). 4 assistantes sociales, 1 aide-soignant, 3 ergothérapeutes, 2 médiateurs de santé pairs, 9 administratifs et 1 psychomotricien ont également répondu.

Il s'agissait pour la plupart de professionnels expérimentés puisque 46% d'entre eux travaillaient en psychiatrie depuis plus de 10 ans et 20% depuis 5 à 10 ans.

La majeure partie travaillait dans le secteur public: 37% en centre hospitalier, 23% en CHU.

12 % des répondants exerçaient en CMP et 17% en services d'hospitalisation.

A noter que certains professionnels étaient issus de milieu spécialisés: 15 % en pédopsychiatrie, 9% en milieu carcéral, 10 % en réhabilitation psychosociale, 7% en intervention à domicile.

Dans quel milieu travaillez-vous actuellement?

144 réponses

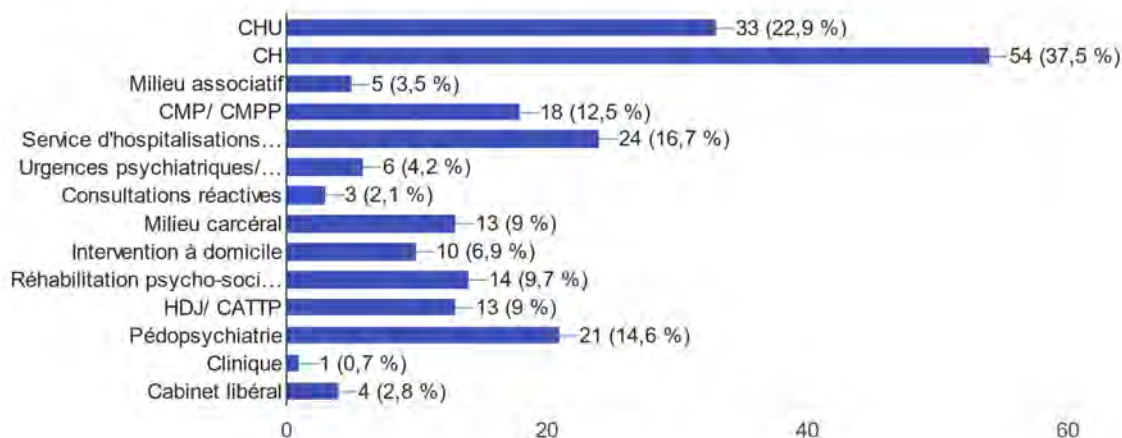


Figure C

Pour ce qui est de la connaissance de l'outil, la très grande majorité des répondants en avait déjà entendu parler voir en connaissait le fonctionnement, seul 8 répondant n'avaient jamais entendu parler des directives anticipées en psychiatrie avant la diffusion de ce questionnaire. A noter qu'une quinzaine de répondant en avait entendu parler seulement via la diffusion du questionnaire précédent.

En revanche, très peu ont déjà assisté à la rédaction ou à l'application de directives anticipées, ils représentaient moins de 15% des répondants.

Les réponses ouvertes suivantes nous ont permis de recueillir plus en détail les points de vue des interrogés.

Pour ce qui est de l'accompagnement à la rédaction, la plupart des répondants affirmait se sentir en mesure d'assurer cette fonction mais avec comme condition posée par quasi tous les répondants de bénéficier d'une formation ou d'une présentation pour connaître l'outil en amont. Plusieurs répondants soulevaient l'idée que cet accompagnement puisse être réalisé par plusieurs membres de l'équipe, en binôme par exemple, pour un apport pluridisciplinaire et un travail collectif d'alliance avec le patient. Plusieurs personnes ne se sentaient pas en mesure de réaliser cet accompagnement par crainte d'influencer la réponse des patients.

Était également souligné l'intérêt d'un travail co construit avec les équipes pouvant être amenées à accueillir le patient en hospitalisation pour une diffusion de l'information d'abord, s'assurer que l'équipe a connaissance de ce qui a été décidé, mais aussi de pouvoir s'assurer de ce qui est réalisable ou pas dans le service.

Par ailleurs, les professionnels travaillant aux urgences, les professionnels de pédopsychiatrie et les professionnels ne faisant pas partie des équipes soignantes répondaient ne pas être en mesure d'effectuer un tel accompagnement.

En ce qui concerne la vision de cet outil par les professionnels, les répondants citaient le travail de psychoéducation et d'alliance permis, une possible prise en charge moins traumatique lors des décompensation, le placement du patient au centre de sa prise en charge, une réduction éventuelle des hospitalisations.

Les points de limite soulevés étaient en premier lieu le manque d'information et de formation sur le sujet, premier point revenant en fréquence (40% des répondants).

Était ensuite soulevée la nécessité d'un état clinique suffisamment stable pour permettre un échange sur les troubles et, même lors des états de stabilité clinique, la place de l'insight était régulièrement soulevée de même que la présence éventuelle de troubles cognitifs chez la personne. Discuter d'une possible dégradation clinique chez un patient anosognosique ou avec des éléments délirants chroniques semblant en effet délicat. En termes de fréquence, cette limite était la 2ème plus fréquemment soulevée (20% des répondants).

12 répondants soulevaient la possibilité que la personne puisse avoir des demandes inapplicables.

Venait ensuite le manque de moyens, de personnel et de temps pour engager un accompagnement à la rédaction (15% des réponses).

La crainte d'une non-application lors de la décompensation est aussi évoquée, par manque de diffusion de l'information aux intervenants (6% des répondants) ou par manque de volonté des équipes car non soumises par la loi (10% des répondants).

Seuls 2 répondants évoquaient une possible modification de ses décisions par la personne au moment de la crise et 1 seul la crainte d'un refus de tout thérapeutique dans les DAIP.

B) Limites relevées par les accompagnants à la rédaction

D'après un échange avec Mme Elsa CASTOT MSP et formatrice à l'accompagnement à la rédaction des DAIP à Marseille:

Au cours des formations dispensées sur Marseille, il est fortement recommandé que l'accompagnement à la rédaction soit réalisé par un médiateur de santé pair.

Or, il existe à ce jour assez peu de postes en France pour les MSP et il existe encore quelques réticences dans les équipes soignantes à leur intégration, le savoir expérientielle ayant parfois du mal à être reconnu. (31)

De plus, en pratique, la rédaction des directives anticipées en psychiatrie nécessite un certain temps. Elle s'étale sur plusieurs sessions, entre 3 et 8 rendez-vous d'une heure qui peuvent bien sûr être suspendues par une dégradation clinique de la personne. De fait, c'est un accompagnement long pouvant à ce jour être réalisé par peu de personnes formées, rendant difficile l'accessibilité à cette démarche de soin.

D'autre part, comme retrouvé dans le questionnaire précédemment, peu de soignants connaissent à l'heure actuelle cet outil. Or, si il est fortement conseillé que l'accompagnement à la rédaction soit réalisé par un médiateur de santé pair, il existe tout un travail de préparation en amont à réaliser par les acteurs de soins habituels du patient. Le concept de directives

anticipées incitatives doit être expliqué à la personne, le document doit ainsi être présenté en expliquant son fonctionnement, son intérêt et ses limites. L'objectif étant que la personne adhère dans un premier temps à cette démarche pour pouvoir, dans un second temps, programmer une première rencontre avec un médiateur de santé pair.

Une autre limite, relevée de manière empirique par des accompagnants à la rédaction, est un biais cognitif, souvent observé en pratique courante par les accompagnants à la rédaction, entraînant chez le sujet la crainte que la rédaction de directives puisse entraîner une dégradation clinique prochaine menant à une hospitalisation.

En ce qui concerne la rédaction en elle-même, l'isolement socio-familial de certaines personnes rend compliqué la désignation d'une personne de confiance. Or, bien souvent, c'est cette personne qui a pour rôle de rappeler l'existence de DAIP lors d'une admission aux urgences par exemple.

Une solution existant déjà dans certains hôpitaux marseillais est la création d'un onglet sur le dossier informatisé du patient qui notifie et permet d'accéder au document informatisé, si le patient en a donné son accord évidemment.

IV. Discussion:

Concernant les dimensions abordées par l'outil, la plupart des études s'accordent sur la dimension d'alliance, d'empowerment et de psycho-éducation qui peuvent être abordées par le biais de la rédaction de DAIP.

Pour ce qui est de la réduction des hospitalisations sous contraintes nous avons pu voir que les résultats des études sont variables, certaines concluant à une baisse significative de ce chiffre, d'autres n'en retrouvant pas de manière significative. Cette variabilité s'explique par une large hétérogénéité du type d'intervention présentes dans les études, certaines pouvant par exemple proposer un accompagnement à la rédaction associé à un suivi intensif du patient en post-hospitalisation tandis que d'autres proposant seulement au patient de rédiger des DAIP sans accompagnement. (32) En revanche, les résultats des deux méta-analyses cités dans les résultats, prenant en compte des études aux résultats discordants, concluent malgré tout à une diminution significative de ces hospitalisations. (20) (21). Elles décrivent ainsi qu'un cadre de soin travaillé en amont permettrait une meilleure adhésion aux soins lors de la crise, l'hospitalisation étant ainsi plus facilement acceptée par le patient.

Concernant maintenant les résultats des différents questionnaires, on retrouve chez les soignants interrogés une vision plutôt ajustée de l'utilisation de l'outil en termes de temporalité de rédaction et de lieu d'accompagnement. Ainsi, la réponse la plus fréquente en termes de temporalité d'accompagnement était au cours du suivi, de même que de manière concordante le lieu le plus souvent cité était le CMP.

De même, dans les commentaires libres, les soignants relevaient les différentes dimensions que permettent d'aborder l'outil de façon plutôt juste. Ils soulignaient aussi l'apport éthique d'une telle démarche, notamment en terme de diminution du vécu traumatique de certaines hospitalisations et, lorsque des directives abordent ce sujet, de diminution de l'anxiété vis-à-vis de la gestion du logement ou des animaux de compagnie par exemple.

De façon flagrante ressort des deux questionnaires un intérêt majeur des soignants au sujet des DAIP. Ainsi la très grande majorité des répondants se disaient prêts à proposer cet outil aux patients et les commentaires libres relevaient de nombreuses demandes d'informations complémentaires sur le sujet.

Les répondants n'envisageant pas de pouvoir accompagner des patients dans la rédaction de leur DAIP étant les professionnels travaillant aux urgences qui, à juste titre, soulevaient l'incompatibilité clinique pour une telle démarche des patients admis aux urgences. De même, les professionnels exerçant en pédopsychiatrie soulignaient l'aspect délicat de l'utilisation d'un tel outil avec des patients mineurs.

Cette adhésion des soignants à l'outil DAIP contraste avec une utilisation encore actuellement très faible comme souligné dans le questionnaire, moins de 15% des interrogés ayant déjà assisté à l'utilisation de DAIP.

Nous allons donc développer les différentes limites soulevées par les professionnels et tenter d'y apporter une réponse.

Tout d'abord, la limite la plus fréquemment soulevée était le manque d'information sur le sujet, la plupart des répondants évoquant ne pas connaître les points définis dans des DAIP ni le cadre légal de cet outil. Le manque de formation était le premier frein en terme de limite à l'accompagnement à la rédaction, beaucoup de répondants se disant prêt à proposer cet outil aux patients mais conditionnant cet accompagnement à une formation préalable.

Il semble donc nécessaire de pouvoir proposer des journées d'information et de formation aux professionnels intéressés pour que cet outil soit davantage démocratisé dans les services de soins et le rendre ainsi plus accessible aux patients.

Comme certaines formations proposées en France il semble aussi important que les personnes accompagnants à la rédaction puissent faire ensuite des retours sur leur expérience de cet outil notamment au sujet des difficultés rencontrées. Il est important de permettre un partage d'expérience sur cet accompagnement, parfois difficile, et d'en extraire des axes d'amélioration entre professionnels.

Il est important de rappeler les bénéfices démontrés dans la littérature en termes d'accompagnement par des médiateurs de santé pairs par le partage d'expérience mais aussi pour limiter l'influence des réponses par les soignants, ces derniers relevant eux même cette crainte dans les questionnaires. Cependant, les postes de MSP sont encore rares et peu reconnus dans le soin psychiatrique. Développer des postes et informer les équipes sur l'intérêt à la présence d'un médiateur de santé pair au sein des services reste un axe important à développer à l'heure actuelle. (31)

Un second point soulevé était la crainte d'un état clinique incompatible avec la proposition de l'outil notamment pour les personnes ayant des symptômes résiduels ou étant anosognosiques. La proposition de rédaction de DAIP reste conditionnée par l'inscription dans cette démarche par la personne qui doit en percevoir un intérêt.

Concernant les troubles cognitifs des échelles ont été évoquées dans l'introduction à cet effet pour évaluer la compréhension de l'outil par la personne en cas de doute. (16) (17)

Une autre crainte récurrente est celle d'être confronté à des directives rédigées et disponibles qui s'avèrent finalement non applicables, des demandes auxquelles on ne peut accéder ou qui sont non adaptées à la situation.

D'abord, il faut rappeler le caractère non contraignant légalement pour les soignants des DAIP, pour l'heure il n'existe aucune obligation juridique à appliquer les directives du patient. Ensuite, l'un des remparts à cette situation réside dans un travail de rédaction réfléchi, au cours duquel le patient a pu être accompagné pour rédiger des écrits réalistes en termes d'applicabilité, où l'on a pu renvoyer les limites de ce qui est envisageable ou pas notamment en termes de moyens.

Une piste intéressante serait de proposer un travail de rédaction en lien avec le service à même d'accueillir le patient en cas d'hospitalisation pour évaluer ce qu'il est possible ou pas de proposer dans les directives, certains points pouvant être limités par les moyens hospitaliers. Cette communication entre service permet de coordonner le parcours de soin de la personne et de s'assurer de la connaissance par les équipes de DAIP, la diffusion du document étant une limite régulièrement soulevée dans les questionnaires et par l'étude précédemment citée. (30)

Or, ignorer des DAIP alors qu'elles existent annule chez la personne les dimensions travaillées en termes d'autonomie, d'empowerment et d'alliance avec un vécu de contrainte qui peut parfois être majoré. Le fait n'est pas d'appliquer systématiquement et de façon protocolaire ce qui a été anticipé, chaque situation nécessitant bien sûr une réflexion propre. Mais pouvoir dire à la personne que ses directives anticipées ont été consultées, expliquer pourquoi certaines décisions ne peuvent, dans un cas de figure présent, être appliquées peut permettre à la personne de se sentir écoutée et que sa parole a été prise en considération dans la décision médicale quand bien même celle-ci diffère malgré tout de ce qui a été rédigé.

Une autre solution concernant la diffusion des DAIP, et actuellement en place dans certains hôpitaux, est la présence d'un onglet spécifique voire d'une notification informant de la présence de DAIP dans le dossier patient.

Une autre limite soulevée était celle d'un refus de tout traitement stipulé dans les DAIP. En effet, cette crainte est relativement fréquente et principalement portée par les psychiatres. (33) En pratique, elle s'avère surtout fantasmée puisque les différentes études réalisées soulignent que les DAIP dans lesquelles tout traitement serait refusé sont quasi-inexistantes et la plupart des documents s'avèrent être correctement remplis. (34) (35) De plus, encore une fois, l'accompagnement à la rédaction permet de répondre à cette crainte et, comme pour le point précédent, en France aucune obligation légale à l'application n'est imposée et un traitement

peut de fait être tout de même administré quand bien même le patient a opposé un refus antérieur. (36)

Enfin, un autre point d'inquiétude relevé était celui d'une révocation par le patient des directives lors de la crise avec des demandes différentes de celles rédigées.

Il est important de rappeler que les directives sont en effet légalement révocables à tout moment par simple expression orale de cette demande. Cependant, il est utile de rappeler que les directives, de toute façon, ne sont pas des consignes du patient à appliquer strictement, des instructions auxquelles le médecin répondrait et qui, à elles seules, justifieraient la décision médicale. Leur valeur indicative n'oblige donc en rien la prise de décision médicale dont elles sont un simple support d'aide décisionnelle.

Il existe d'ailleurs à l'étranger et notamment aux Pays Bas, des DAIP spécifiquement non révocables par le patient au moment de la crise: les directives Ulysse dans lesquelles le patient peut anticiper l'acceptation d'une hospitalisation sous contrainte ou d'un traitement médicamenteux. (37)

Dans les DAIP classiques, on peut se reposer au cours d'une telle situation sur la rubrique "*je ne suis plus en mesure de décider pour moi même lorsque...*" sur laquelle on peut alors s'appuyer pour renvoyer au patient que son état ne semble pas permettre une prise de décision éclairée et que les DAIP ont été rédigées pour ces situations particulièrement.

Concernant les forces de cette étude en elle-même, l'étude des différentes dimensions abordées par les directives par le biais de la littérature parallèlement à l'évaluation de la vision des soignants par le biais d'un questionnaire permet de confronter les aspects théoriques à la vision pratique des acteurs du soin.

Cela nous permet de mieux comprendre les freins au développement de cet outil dont les multiples intérêts sont démontrés par les études et perçus par les soignants.

Soulever ces limites permet d'y apporter des réponses comme la mise en place de présentation, de formation auprès des soignants permettant ainsi de favoriser la prise en main de cet outil par le plus grand nombre.

Concernant les limites de cette étude, la diffusion du questionnaire s'est faite sur une zone géographique relativement restreinte et sur des hôpitaux en particulier. Une étude plus globale permettrait peut-être de révéler des limites à l'utilisation de cet outil non soulevé par le questionnaire de cette thèse. En effet, peu de répondant ont pu assister à la rédaction ou à l'application de directives et des équipes plus familières à cet outil ont peut être identifié d'autres axes à améliorer.

V. Conclusion:

Ainsi, de nombreuses études ont démontré les intérêts pluri-dimensionnels des directives anticipées en psychiatrie que cela soit en terme de réduction des hospitalisations

sous contrainte mais aussi dans des aspects moins tangibles pour le soignant mais plus durables pour le patient comme l'*empowerment*.

A travers les questionnaires diffusés nous avons pu voir que, contrairement aux idées reçues, les soignants sont pour la plus grande majorité favorables au développement de cet outil.

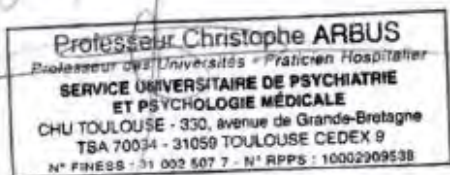
Cependant, à l'heure actuelle, son utilisation reste encore rare. La principale limite relevée étant le manque d'information et de formation sur le sujet. Il existe donc un champ de travail important dans le domaine qui passerait par l'information aux équipes, la proposition de journées de formation, le développement de postes de médiateurs de santé pairs pour pouvoir proposer un accompagnement à la rédaction plus "horizontal".

Rappelons enfin que c'est un outil évolutif qui nécessite d'être régulièrement re-travaillé avec le patient et qui sous-entend donc que la personne se l'attribue mais aussi que le soignant soit partie prenante de ce projet avec le patient pour assurer la continuité évolutive de cet outil.

A l'heure actuelle, la prise en charge psychiatrique reste souvent vécue comme contraignante par les personnes, notamment au cours des hospitalisations sous contrainte. C'est un modèle de soin à faire évoluer pour accorder davantage de place aux choix de la personne, la remettre au centre de ses soins.

Les directives anticipées en psychiatrie tentent d'apporter une part de réponse à cette problématique mais d'autres outils et d'autres champs sont à explorer pour rendre la psychiatrie moins coercitive pour les personnes.

Vu le président du
jury le 6/09/23



le 14/09/2023

Vu et permis d'imprimer

Le Président de l'Université Toulouse III – Paul Sabatier
Faculté de Santé
Par délégation,
La Doyenne-Directrice
Du Département de Médecine, Maïeutique, Paramédical
Professeure Odile RAUZY

Bibliographie:

1. Coldefy M. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre.
2. LOI n° 2016-87 du 2 février 2016 créant de nouveaux droits en faveur des malades et des personnes en fin de vie (1). 2016-87 févr 2, 2016.
3. Dujardin-Lascaux V. Directives anticipées en psychiatrie : une dénomination inappropriée. *Santé Mentale*. Janvier 2023. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2023/01/directives-anticipees-en-psychiatrie-une-denominati-on-inappropriee/>
4. Henderson C, Swanson JW, Szmukler G, Thornicroft G, Zinkler M. A Typology of Advance Statements in Mental Health Care. *Psychiatr Serv*. janv 2008;59(1):63-71.
5. Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine: Convention sur les Droits de l'Homme et la biomédecine. Conseil de l'Europe. 1997. Disponible sur: <https://rm.coe.int/168007cf99>
6. Principes concernant les procurations permanentes et les directives anticipées ayant trait à l'incapacité: recommandation CM/Rec(2009)11 adoptée par le Comité des Ministres du Conseil de l'Europe le 9 décembre 2009 et exposé des motifs. Strasbourg: Éditions du Conseil de l'Europe; 2011.
7. Renard S. Directives anticipées en psy : ce que dit le droit. *Santé mentale*. février 2020. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2020/02/directives-anticipees-en-psy-ce-que-dit-le-droit/>
8. CODE DE DÉONTOLOGIE MÉDICALE. Disponible sur: <https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/codedeont.pdf>
9. Jaeger M, Rossler W. Enhancement of outpatient treatment adherence: Patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. *Psychiatry Res*. 30 nov 2010;180(1):48-53.
10. Stephenson LA, Gergel T, Gieselmann A, Scholten M, Keene AR, Rifkin L, et al. Advance Decision Making in Bipolar: A Systematic Review. *Front Psychiatry*. 2020;11:538107.
11. Van Dorn RA, Swanson JW, Swartz MS, Elbogen E, Ferron J. Reducing barriers to completing psychiatric advance directives. *Adm Policy Ment Health*. nov 2008;35(6):440-8.
12. Swanson JW, Swartz MS, Elbogen EB, Van Dorn RA, Ferron J, Wagner HR, et al. Facilitated Psychiatric Advance Directives: A Randomized Trial of an Intervention to Foster Advance Treatment Planning Among Persons with Severe Mental Illness. *Am J Psychiatry*. nov 2006;163(11):1943-51.
13. Mougeot F, Tinland A., Maitre E. Prérequis à la mise en oeuvre des directives anticipées psychiatriques. *Santé mentale*. Février 2020. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2020/02/prerequis-a-la-mise-en-oeuvre-des-directives-anticipees-psychiatriques/>
14. Scheyett AM, Kim MM, Swanson JW, Swartz MS. Psychiatric advance directives: a tool for consumer empowerment and recovery. *Psychiatr Rehabil J*. 2007;31(1):70-5.
15. Tinland A, Loubière S, Mougeot F, Jouet E, Pontier M, Baumstarck K, et al. Effect of Psychiatric Advance Directives Facilitated by Peer Workers on Compulsory Admission Among People With Mental Illness: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 1 août 2022;79(8):752-9.
16. Janofsky JS, McCarthy RJ, Folstein MF. The Hopkins Competency Assessment Test: a brief method for evaluating patients' capacity to give informed consent. *Hosp Community Psychiatry*. févr 1992;43(2):132-6.
17. Srebnik D, Appelbaum PS, Russo J. Assessing competence to complete psychiatric advance directives with the competence assessment tool for psychiatric advance directives. *Compr Psychiatry*. 1 juill 2004;45(4):239-45.

18. Frances A. Advance directives reduce friction over involuntary treatment. *Lancet Psychiatry*. 1 sept 2021;8(9):749-50.
19. Nicaise P, Lorant V, Dubois V. Psychiatric Advance Directives as a complex and multistage intervention: a realist systematic review. *Health Soc Care Community*. 2013;21(1):1-14.
20. de Jong MH, Kamperman AM, Oorschot M, Priebe S, Bramer W, van de Sande R, et al. Interventions to Reduce Compulsory Psychiatric Admissions: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 1 juill 2016;73(7):657-64.
21. Molyneaux E, Turner A, Candy B, Landau S, Johnson S, Lloyd-Evans B. Crisis-planning interventions for people with psychotic illness or bipolar disorder: systematic review and meta-analyses. *BJPsych Open*. 13 juin 2019;5(4):e53.
22. Morris SB, Huang J, Zhao L, Sergent JD, Neuhengen J. Measurement Equivalence of the Empowerment Scale for White and Black Persons with Severe Mental Illness. *Psychiatr Rehabil J*. déc 2014;37(4):277-83.
23. Vauth R, Kleim B, Wirtz M, Corrigan PW. Self-efficacy and empowerment as outcomes of self-stigmatizing and coping in schizophrenia. *Psychiatry Res*. 28 févr 2007;150(1):71-80.
24. Roger ES, Chamberlin J, Ellison ML, Crean T. A consumer-constructed scale to measure empowerment among users of mental health services. Août 1997. Disponible sur: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/epdf/10.1176/ps.48.8.1042>
25. Maître E. Les directives anticipées psychiatriques (DAP) : propositions pour un modèle en France. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. 1 avr 2018;176(4):387-90.
26. Ruchlewska A, Wierdsma AI, Kamperman AM, van der Gaag M, Smulders R, Roosenschoon BJ, et al. Effect of Crisis Plans on Admissions and Emergency Visits: A Randomized Controlled Trial. *PLoS ONE*. 19 mars 2014;9(3):e91882.
27. Pachoud B. La perspective du rétablissement : un tournant paradigmatique en santé mentale. *Cah Cent Georges Canguilhem*. 2018;7(1):165-80.
28. Pachoud B. Se rétablir de troubles psychiatriques : un changement de regard sur le devenir des personnes. *Inf Psychiatr*. 2012;88(4):257-66.
29. Galliot G, Sanchez-Rodriguez R, Belloc A, Phulpin H, Icher A, Birmes P, Faure K, Gozé T. Is clinical insight a determinant factor of subjective recovery in persons living with schizophrenia or schizoaffective disorders? *Psychiatry Res*. 1 oct 2022;316:114726.
30. Srebnik D, Russo J. Use of Psychiatric Advance Directives During Psychiatric Crisis Events. *Adm Policy Ment Health Ment Health Serv Res*. 1 juill 2008;35(4):272-82.
31. Loubières C, Staedel B, Chapeau M, Hude W, Caria A. La pair-aidance, un mouvement inéluctable ! *Santé mentale*. Mai 2020. Disponible sur: <https://www.santementale.fr/2020/05/la-pair-aidance-un-mou/>
32. Leclerc L. Mise en place d'un protocole de directives anticipées incitatives en psychiatrie en France. 17 oct 2019;36.
33. Farrelly S, Lester H, Rose D, Birchwood M, Marshall M, Waheed W, et al. Barriers to shared decision making in mental health care: qualitative study of the Joint Crisis Plan for psychosis. *Health Expect*. 2016;19(2):448-58.
34. Gaillard AS, Braun E, Vollmann J, Gather J, Scholten M. The Content of Psychiatric Advance Directives: A Systematic Review. *Psychiatr Serv Wash DC*. 1 janv 2023;74(1):44-55.
35. Lenagh-Glue J, Thom K, O'Brien A, Potiki J, Casey H, Dawson J, et al. The content of Mental Health Advance Preference statements (MAPs): An assessment of completed advance directives in one New Zealand health board. *Int J Law Psychiatry*. 1 janv 2020;68:101537.
36. Modalités de soins psychiatriques (Articles L3211-1 à L3216-1) - Légifrance. Mai 2022. Disponible sur: https://www.legifrance.gouv.fr/codes/section_lc/LEGITEXT000006072665/LEGISCTA000006155032/
37. Varekamp I. Ulysses directives in The Netherlands: opinions of psychiatrists and clients. *Health Policy*. 1 déc 2004;70(3):291-301.

DIRECTIVES ANTICIPEES INCITATIVES EN PSYCHIATRIE

PERSONNE CONCERNEE ET PERSONNE DE CONFIANCE

Je soussigné-e
 né-e le / / à
 désigne comme personnes de confiance, en application de l'article L. 311-5-1 du code de l'action sociale et des familles :

	Nom / Prénom	Contact (n° de mobile)	Nature du lien	Rôle
Personne de confiance				
Personne à prévenir n°1				
Personne à prévenir n°2				
Personne à prévenir n°3				

Afin de faire valoir les directives anticipées ci-rédigées, avec mon consentement lors de sa rédaction. Etant entendu que les directives anticipées incitatives en psychiatrie n'ont pas de valeur contraignante pour les proches et les soignants.

Fait le / / à seul-e ou avec / en présence de : (nom-s, prénom-s du/des témoin-s)

Nom, prénom et signature de la personne de confiance

IMPORTANT : Je suis capable de décider sauf quand (présentez les situations, « états », signes indiquant que vous devez laisser quelqu'un décider pour vous/que vous préférez « passer le relais à une personne de confiance) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Annexe 1: Modèle de directive anticipée en psychiatrie fourni par Mme Castot Elsa, Médiatrice de Santé Pair, Réhab Sud, Centre référent PACA pour la Réhabilitation psychosociale & le rétablissement. Service de psychiatrie adulte du Pr Lançon – AP-HM, Marseille.

SIGNES AVANT-COUREURS AMENANT A LA CRISE	
1-	3-
2-	4-
Nouveaux signes (« mise à jour ») :	
.....	
.....	
.....	
CE QUI M'AIDE (A METTRE EN LIEN AVEC LES SIGNES AVANT-COUREURS)	
1-	3-
2-	4-
CE QUI NE M'AIDE PAS (A METTRE EN LIEN AVEC LES SIGNES AVANT-COUREURS)	
1-	3-
2-	4-
SIGNAUX DE FIN DE CRISE, QUAND ÇA VA MIEUX	
1-	3-
2-	4-
EN CAS DE MISE EN DANGER (AUTO OU HETERO AGRESSIVITE)	
A FAIRE	A NE PAS FAIRE
-	-
-	-
-	-
!!! EN CAS DE CRISE !!!	
CE QUI M'AIDE	CE QUI NE M'AIDE PAS

Annexe 1: Modèle de directive anticipée en psychiatrie fourni par Mme Castot Elsa, Médiatrice de Santé Pair, Réhab Sud, Centre référent PACA pour la Réhabilitation psychosociale & le rétablissement. Service de psychiatrie adulte du Pr Lançon – AP-HM, Marseille.

TRAITEMENTS OU SOINS QUI M'AIDENT / NE M'AIDENT PAS			
LES TRAITEMENTS QUI M'AIDENT, QUI PEUVENT ETRE UTILISES			
<i>(Relatif à l'article 1111.4 du Code de la Santé Publique sur le choix du traitement)</i>			
Traitement/Soin	Posologie	Usage/effet	Remarque
LES TRAITEMENTS QUI NE M'AIDENT PAS, QUI NE DOIVENT PAS ETRE UTILISES			
Traitement/Soin	Posologie	Usage/effet	Remarque
JE SOUHAITE ETRE CONDUIT-E DANS UN LIEU DE SOIN : OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>			
LIEUX DE SOIN (HOPITAUX, CLINIQUES, SERVICES, ETC.) OU JE VEUX ETRE PRIS-E EN SOIN			
+ - -	- - -	Remarques :	

Annexe 1: Modèle de directive anticipée en psychiatrie fourni par Mme Castot Elsa, Médiatrice de Santé Pair, Réhab Sud, Centre référent PACA pour la Réhabilitation psychosociale & le rétablissement. Service de psychiatrie adulte du Pr Lançon – AP-HM, Marseille.

Connaissance et perception des professionnels au sujet des directives anticipées en psychiatrie

Les directives incitatives anticipées en psychiatrie (DAIP) sont un document rédigé par une personne souffrant de troubles psychiatriques sévères lorsque son état clinique lui permet de prendre des décisions “libres et éclairées” à distance d’un épisode aigu des troubles.

C’est un document dans lequel est anticipée une possible future décompensation de la pathologie dont il souffre. Il permet de poser avec la personne les détails concernant ses modalités de prise en charge lors d’une éventuelle décompensation future: qui prévenir, quels traitements il accepte et sont efficaces pour lui, quelles stratégies non médicamenteuses peuvent l’apaiser par exemple.

La rédaction de ce document est le plus souvent accompagnée par un médiateur dans le cadre d’une prise en charge en soins psychiatriques.

Les objectifs d’un tel outil sont divers et différents selon les lieux de pratiques.

Il n’y a à l’heure actuelle aucune obligation légale à appliquer les DAIP d’une personne. A ce titre, le terme “directives anticipées incitatives” vient souligner l’absence d’obligation légale des soignants vis-à-vis de à l’application des directives.

Ce court questionnaire permet d’étudier la connaissance des professionnels au sujet des DAIP, leur compréhension et perception de cet outil, les limites et craintes potentiellement soulevées.

* Indique une question obligatoire

1. Quel âge avez-vous?

Une seule réponse possible.

- 18-20 ans
- 21-25 ans
- 26-30 ans
- 31-45 ans
- 46-55 ans
- > 55 ans

2. Quel est votre statut professionnel? *

Une seule réponse possible.

- Interne en psychiatrie
- Psychiatre
- Pédopsychiatre
- IDE en psychiatrie
- Médiateur de santé pair
- Aide soignant en psychiatrie
- Psychologue
- Educateurs spécialisés
- Cadre de santé
- Autre : _____

3. Depuis combien de temps travaillez-vous en psychiatrie?

Une seule réponse possible.

- < 1 an
- 1 à 3 ans
- 4 à 5 ans
- 5 à 10 ans
- > 10 ans

4. Dans quel milieu travaillez-vous actuellement? *

Plusieurs réponses possibles.

- CHU
- CH
- Milieu associatif
- CMP/ CMPP
- Service d'hospitalisations de secteur / service d'admission
- Urgences psychiatriques/ pédopsychiatriques
- Consultations réactives
- Milieu carcéral
- Intervention à domicile
- Réhabilitation psycho-sociale
- HDJ/ CATTP
- Pédopsychiatrie
- Clinique
- Cabinet libéral

5. Aviez-vous déjà entendu parler des DAIP avant ce questionnaire? Dans quel contexte?

6. Avez-vous déjà assisté à la rédaction ou bien à l'application de DAIP? *

Une seule réponse possible.

Oui *Passer à la question 9*

Non *Passer à la question 7*

Passer à la question 10

7. Vous sentiriez vous en mesure d'accompagner une personne dans la rédaction de ses DAIP? Si oui comment? Si non, pourquoi?

8. Sur le principe que pensez-vous d'un tel outil?

Passer à la question 10

Section sans titre

9. Que pensez-vous d'un tel outil?

Section sans titre

10. Quelles sont les limites, selon vous, au développement de cet outil?

11. Avez-vous d'autres remarques ou questionnement au sujet des DAIP?

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire.

Les Directives Anticipées Incitatives en Psychiatrie
Quelles dimensions abordées par l'outil et quelles limites à son développement?

Résumé:

Introduction:

Les directives anticipées incitatives en psychiatrie (DAIP) sont un outil permettant à une personne souffrant d'un trouble psychiatrique d'émettre des préconisations pour sa prise en charge future en cas de décompensation et de perte de sa capacité décisionnelle.

Elles sont rédigées lorsque la personne présente un état clinique stable.

Nous nous interrogerons sur les dimensions abordées par cet outil puis sur les limites à son développement en interrogeant les soignants sur leur connaissance et leur vision.

Méthodes:

Pour ce qui est des dimensions abordées par l'outil, une revue de la littérature sur le sujet a été réalisée. Ensuite, nous nous sommes intéressés à la vision des soignants à travers deux questionnaires diffusés au sein de centres hospitaliers de la région toulousaine.

Résultats:

Parmi les nombreuses dimensions abordées par la rédaction de DAIP on retrouve l'empowerment de la personne, l'alliance avec les soignants et la psychoéducation avec le travail autour des prodromes. Les DAIP ont aussi démontré leur réduction des hospitalisations sous contrainte.

En ce qui concerne la vision de cet outil par les soignants, la très grande majorité des répondants se montrait très favorable à son développement. Les limites relevées concernant leur utilisation actuelle était le manque d'information et de formation sur le sujet.

Discussion:

Il existe un vrai intérêt au développement de cet outil, cela passera par la mise en place de journées d'informations et de formations sur le sujet mais aussi le développement de postes de médiateurs de santé pairs, professionnels ayant un rôle clé dans l'accompagnement à la rédaction de DAIP.

Les limites de cette étude sont l'aspect très localisé de la diffusion des questionnaires et le peu de répondants ayant déjà manipulé cet outil.

Conclusion:

Les DAIP sont un outil prometteur pour redonner un pouvoir décisionnel au patient et limiter la contrainte générée par les soins psychiatriques. Un point clé à sa démocratisation passe par l'information et la formation aux soignants.

DISCIPLINE ADMINISTRATIVE: Psychiatrie

MOTS-CLES: directives anticipées incitatives, empowerment, psycho-éducation, droit des patients, rétablissement

INTITULÉ ET ADRESSE DE L'UFR OU DU LABORATOIRE :

Université Toulouse III-Paul Sabatier
Faculté de Santé de Toulouse

Directeurs de thèse: Dr Phulpin Hugo et Dr Richaud Louis
