

PSYCHIATRIE: LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

COORDONNÉ
PAR ÉRIC FAVEREAU
ET NICOLAS FOUREUR



PSYCHIATRIE: LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE.

COORDONNÉ
PAR ÉRIC FAVEREAU
ET NICOLAS FOUREUR

SOMMAIRE

PSYCHIATRIE : LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE.

ÉDITORIAL Nicolas Foureur	7
L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT : LES RÉALITÉS AU MÉPRIS DE LA LOI Jean Marie Delarue	11
RÉSUMÉ SIMPLIFIÉ DE LA LOI	17
LA DÉCISION D'HOSPITALISER SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE : QU'EN DISENT DES PATIENTS, DES PROCHES, DES PROFESSIONNELS ? RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE D'ÉTHIQUE CLINIQUE Nicolas Foureur, Éric Favereau, Florence Houpin, Élisabeth Belghiti, Milena Maglio, Léa Segui	19
RÉFLEXIONS ÉTHIQUES SUR LA DÉCISION D'HOSPITALISER SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE : COMMENT REPENSER LE PRINCIPE DE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS CE CONTEXTE Nicolas Foureur, Perrine Galmiche	39
L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE À L'AUNE DE L'EXPÉRIENCE DE TROIS PSYCHIATRES PROVENANT D'HOPITAUX DONT DES SERVICES ONT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE D'ÉTHIQUE CLINIQUE Nadia Younes	45
FAUT-IL TOUJOURS CONSIDÉRER UNE HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT COMME UNE ERREUR ? VOIRE COMME UN ÉCHEC ? Emma Beetlestone	51

DEVANT UNE HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT AVEZ-VOUS DES REGRETS?	57
Alain Mercuel	
L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE: UN REGARD SOCIOLOGIQUE	61
Benoît Eyraud	
L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE: UN REGARD À L'ÉTRANGER	65
Gerda Snoek	
L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE: UN REGARD ENGAGÉ	69
Vincent Demassiet	
CONCLUSION	73
Éric FAVEREAU	
ANNEXE	
JOURNÉE DÉBAT VENDREDI 8 DÉCEMBRE 2017	75

Nicolas Foureur, médecin, Centre d'éthique clinique

Ce n'est pas un vain mot: la confiance. Et donner son accord est à la base de la confiance. Le consentement du patient est de ce fait une exigence à priori incontournable en médecine. Or, l'hospitalisation sans consentement existe. Elle est possible, voire répandue en psychiatrie. Cette transgression dans le domaine du soin pose une foule de questions éthiques. Ainsi, la prise en charge médicale psychiatrique, justifiée au nom de la bienfaisance pour le patient, ne va-t-elle va à l'encontre de l'autonomie de ce dernier? Comment faire lorsque la pathologie ébrèche profondément la cohérence de soi? Comment la personne peut-elle consentir, alors que son autonomie, à certains moments de son existence, est affectée? Et puis parfois, une hospitalisation sans consentement ne sert-elle pas moins la bienfaisance pour le patient directement concerné que le respect de l'ordre public?

En France, la loi mise à jour en 2011/2013¹ concernant les hospitalisations sans consentement en psychiatrie tente de trouver un équilibre entre le respect du meilleur intérêt du patient, le respect des libertés individuelles et le respect de l'ordre public. Elle instaure de nouveaux outils en faveur des droits civils des patients, tels que l'obligation de saisir le juge des libertés et de la détention avant 12 jours d'hospitalisation sans consentement, tout en distinguant trois formes d'hospitalisation, dont l'une autorise les médecins à prendre la décision d'hospitaliser sans consentement un patient sans la signature d'un proche en cas de « danger imminent » (cf. « résumé simplifié de la loi p17 »). Ce difficile équilibre fait écho aux mouvements qui traversent la société sur cette question. D'un côté, plusieurs arguments peuvent justifier l'hospitalisation, voire les soins, sans consentement. Cela peut être au nom du meilleur intérêt de la personne, avec la volonté d'offrir des soins adaptés à des personnes atteintes de maladies mentales. Cela peut être aussi pour préserver l'équilibre de la communauté, sans sous-estimer les pressions liées à des inquiétudes sécuritaires ou encore les représentations que beaucoup peuvent avoir de la maladie mentale comme étant potentiellement dangereuse. N'oublions pas que l'on assiste depuis quelques années à une augmentation régulière des procédures d'hospitalisation sans consentement². D'autres peuvent au contraire considérer les personnes atteintes de troubles mentaux d'abord comme des citoyens et non pas seulement comme des malades, ce qui est censé impliquer davantage de défense de leurs libertés et moins de recours à la contrainte sous toutes ses formes³.

Depuis maintenant quelques temps au Centre d'éthique clinique, nous travaillons sur ces questions. D'abord nous avons mené une étude dans trois services de psychiatrie en France pour tenter de mieux cerner les déterminants éthiques qui conduisent à ces prises de décision.

¹ Loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge; Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 modifiant certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

² Coldefy M, Fernandes S, Lapalus D. « Les soins sans consentement en psychiatrie: bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 ». Questions d'économie et de la santé n°222 – Février 2017.

³ UN. United Nations General Assembly A/61/611 Convention on the Rights of Persons with Disabilities Dec 2006.

Puis nous avons organisé une journée de travail le 8 décembre 2017 (cf annexe p75)

Cette brochure cherche à faire le point sur nos interrogations. Les différents articles montrent, d'abord, que ce sujet sensible renvoie rapidement à des considérations graves et préoccupantes pour ceux qui s'y intéressent. Il y est question de dignité, d'humanité, de respect, d'autonomie, d'alliance thérapeutique, de non-assistance à personne en danger, de droits des patients, de liberté, du juge... Difficile de savoir par où commencer la réflexion éthique en psychiatrie dans ce contexte.

Durant cette étude d'éthique clinique, nous avons eu la chance de rencontrer des patients qui venaient juste d'être hospitalisés sans consentement dans ces services de psychiatrie. Et l'on voit à la lecture des articles et interviews publiés ici de professionnels du secteur ou d'intervenants dans le domaine, que le discours des patients est essentiel. Il détonne, surprend et pousse à « penser éthique » de manière renouvelée.

Car, on le sait, on peut difficilement se mettre à la place des patients qui vivent, décrivent, voire se plaignent de situations difficiles, parfois inacceptables, en psychiatrie. C'est ce que nous rappelle Vincent Demassiet dans cette brochure, comme d'autres patients. Quelques évidences simplement dites font comprendre que l'on ne verra jamais les choses de la même façon, que l'on soit patient, proche de patient ou professionnel...

Les trois psychiatres (Nadia Younes, Emma Beetlestone et Alain Mercuel) provenant des hôpitaux dont des services ont participé à l'étude d'éthique clinique en question, témoignent tous ici du rapport médecin-patient, chacun à leur manière, en décrivant très bien leurs inquiétudes vis-à-vis de l'alliance thérapeutique, nécessaire au bon suivi à long terme des patients. Leurs positions vis-à-vis du consentement et de l'utilisation de la contrainte sont pour autant très différentes, de l'idée que la contrainte est parfois incontournable, à l'idée qu'il faut dans ce cas que l'évènement soit identifié comme un évènement indésirable grave (à l'instar des accidents liés aux médicaments), en passant par l'envie de renouveler les méthodes permettant le lien avec les patients, via une personne de confiance ou l'utilisation des directives anticipées en psychiatrie par exemple.

Tout cela est sans compter sur l'intervention de la loi. Comme nous le rappelle Jean Marie Delarue, la psychiatrie a toujours suivi un double mouvement, l'un allant dans le sens de la protection des personnes atteintes de troubles mentaux et l'autre favorisant un certain degré de sécurité et d'ordre public. L'arrivée il y a quelques années dans le paysage de la psychiatrie française du juge des détentions et des libertés semble bien acceptée par tous les intervenants et par les patients, voire donne de l'espoir aux plus

fervents défenseurs des droits des personnes atteintes de troubles mentaux. Pour autant, Benoit Eyraud renvoie bien l'idée que la loi ne fait pas tout, voire même qu'il manque un peu de souplesse dans ce qui relève d'une organisation trop administrative de la relation en psychiatrie. Gerda Snoek, psychiatre en Hollande où les lois de protection des patients (des mineurs dans son cas à elle) en psychiatrie sont bien plus importantes et précises qu'en France, confirme cette difficulté de valoriser le respect de la liberté des personnes sans que cela ne devienne une perte de chance, au moins médicale, pour elles.

À l'instar de ces différents témoignages d'horizons différents, le travail d'éthique clinique, pluridisciplinaire, a voulu creuser la notion de consentement, notamment au moment d'une hospitalisation sans consentement, et de là, celle du respect de l'autonomie en psychiatrie. Ce travail nous a passionnés. Nous espérons qu'il inspirera les lecteurs, pour approfondir ensemble le questionnement éthique sur le terrain au quotidien de la psychiatrie.

L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT : LES RÉALITÉS AU MÉPRIS DE LA LOI

Jean Marie Delarue, conseiller d'État a été contrôleur général des lieux de privation de liberté de 2008 à 2014

Moins de cinquante ans séparent la libération des aliénés de leurs chaînes par Jean-Baptiste Pussin et Philippe Pinel, à la Salpêtrière, de la loi du 30 juin 1838, dont Jean-Étienne Esquirol est l'inspirateur, qui fait obligation à chaque département de créer un établissement public destiné à recevoir les «personnes atteintes d'aliénation mentale» et sépare le sort de celles-ci de celui des auteurs d'infraction. L'article 24 de la loi dispose ainsi que: «Dans aucun cas, les aliénés ne pourront être ni conduits avec les condamnés ou les prévenus, ni déposés dans une prison». Pourtant la loi de 1838, qui traduit en termes institutionnels la fondation de la psychiatrie moderne, contient déjà deux procédures de placement administratif, l'une («Du placement volontaire», articles 8 à 17) formulée par une personne pour une autre et accompagnée d'un certificat médical donnant les raisons de la nécessité des soins; l'autre («Du placement ordonné par l'autorité publique», articles 18 à 24) appliqué à «toute personne dont l'état d'aliénation compromettrait l'ordre public et la sûreté des personnes», ordonnée par les préfets. La loi du 27 juin 1990, qui succède à celle de 1838, explicite l'hospitalisation dite «libre» (avec consentement) mais maintient les deux autres procédures: la première désormais appelée «hospitalisation sur demande d'un tiers», «si ses troubles rendent impossible [le] consentement» de l'intéressé et si «son état impose des soins immédiats», sur la foi de deux certificats médicaux motivés; la seconde, dénommée «hospitalisation d'office», appliquée aux «personnes dont les troubles mentaux compromettent l'ordre public ou la sûreté des personnes». Il existe donc, malgré un renforcement des formulations apporté par la loi Kouchner du 2 mars 2002⁴, une remarquable continuité dans ce qui est désormais appelé «admission aux soins psychiatriques sans consentement») d'Esquirol à la psychiatrie d'aujourd'hui. En 1990 on est avant la loi Kouchner:

Dans cette continuité des motifs, cependant, s'inscrivent quatre évolutions majeures, qu'on peut évoquer brièvement dans l'ordre de leur survenue.

La première est celle des soins. Après un certain nombre de thérapeutiques en vigueur dans la première moitié du XX^{ème} siècle visant le corps du malade (lobotomies, électrothérapie, packing... polémique de mettre le packing au même niveau que la lobotomie) – certaines encore usitées, les années cinquante voient apparaître les neuroleptiques et, avec eux, la possibilité de soigner, notamment d'agir sur les phases les plus aiguës des maladies, celles-là même qui sont à la source de l'admission aux

⁴L'hospitalisation d'office ne peut être ordonnée que pour les personnes «dont les troubles mentaux nécessitent des soins et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public».

soins sans consentement. Il en résulte que les motifs qui justifient ceux-ci ne sont plus permanents, au moins dans certaines pathologies. Dès lors, non seulement le nombre de lits d'hôpital diminue très sensiblement, comme on le sait, mais surtout la durée moyenne de séjour se réduit. Par exemple, à l'hôpital Henri Ey de Bonneval (Eure-et-Loir), visité par le contrôle général des lieux de privation de liberté en 2012, les durées moyennes de séjour sont respectivement de 23 jours dans l'unité d'hospitalisation de psychiatrie, de 48 jours dans une unité thérapeutique de réadaptation, de 82 jours dans une autre unité de réadaptation destinée aux patients chroniques et aux psychotiques⁵.

La deuxième évolution, dans le droit fil de la première, est la continuité qui doit s'établir entre soins hospitaliers et soins ambulatoires. Elle prend appui, comme on sait, depuis la circulaire ministérielle du 15 mars 1960, sur une sectorisation géographique, des centres médico-psychologiques (CMP) assurant, dans chaque secteur, une prise en charge thérapeutique et sociale, en complémentarité avec le dispositif hospitalier.

Cette amélioration de l'organisation des soins, en-dehors des questions inhérentes à sa rigidité (quid des personnes qui changent de secteur?) s'est heurtée à deux obstacles de taille: c'est là la troisième évolution. D'abord, la psychiatrie est entrée progressivement en crise du fait de l'insuffisance de ses moyens, en particulier de ses moyens humains. Le *numerus clausus* des années quatre-vingt-dix et les sorties du secteur public ont fortement comprimé les effectifs de médecins, en particulier en pédopsychiatrie et les contraintes budgétaires ont fait de même pour les infirmiers (sans formation initiale spécialisée désormais). Ensuite, de fait, la demande de soins sans consentement a crû de manière très rapide dans les années 2000, pour des motifs qui ne se résument pas à une cause simple. Dans les cinq années qui précèdent la réforme de 2011 (de 2006 à 2010 inclus), le nombre d'entrées de patients hospitalisés à la demande d'un tiers s'accroît de 30% (68 695 en 2010), celui des entrées de malades hospitalisés d'office de 31% (15 714 en 2010), celui des personnes détenues hospitalisées d'office selon le régime particulier du code de procédure pénale (article D. 398) de 138% (2 493 en 2010). Si ces taux d'accroissement s'étaient maintenus, les soins sans consentement de ces trois catégories représenteraient près de 145 000 entrées de malades hospitalisés sans leur consentement en 2020. Mais au cours des cinq années suivantes, ces taux d'accroissement connaissent des évolutions plus contrastées: - 5,8% pour les admissions aux soins psychiatriques à la demande d'un tiers, + 12% pour celles demandées par les préfets, + 167% pour le dispositif applicable aux personnes détenues. Mais on doit ajouter désormais à ces mesures celles des admissions pour soins urgents prises à la demande des maires qui portent l'ensemble des quatre dispositifs à 112 171 mesures de soins sans consentement

⁵ On estime à plus d'un an la durée moyenne de séjour en établissement psychiatrique avant 1939 (François Chapireau, «L'évolution du recours à l'hospitalisation psychiatrique au XX^{ème} siècle» in La prise en charge en santé mentale, Magali Coldefy dir., DREES, Paris la Documentation française 2007, 316 p.

en 2015 soit encore 28,6% d'augmentation des entrées depuis 2010⁶. Par conséquent, les admissions aux soins sans consentement poursuivent leur progression même si celle-ci est moins rapide. Référence des chiffres de ce chapitre?

La quatrième évolution enfin, qui n'est pas sans lien avec la précédente, est la réforme législative de 2011 (loi du 5 juillet) et 2013 (loi du 27 septembre 2013) provoquée par deux décisions du Conseil constitutionnel⁷. Elle renforce les droits des malades (cf. article L. 3211-3 du code de la santé publique), rend possible le recours à des soins ambulatoires sans consentement, accroît les garanties médicales dans la procédure d'admission et surtout instaure un contrôle obligatoire du juge des libertés et de la détention sur la prolongation de l'hospitalisation sans consentement au-delà de douze jours. Mais elle consacre aussi une procédure simplifiée d'admission aux soins sans consentement «en cas de péril imminent lorsqu'il existe un risque d'atteinte grave à l'intégrité du malade» (article L. 3212-3 du même code ; voir aussi l'article L. 3213-2, de même facture), dont il a été indiqué le succès: elle a été utilisée à plus de 30 000 reprises en 2015.

La santé mentale s'est donc profondément transformée depuis soixante ans. Pour autant, la mesure d'admission aux soins sans consentement n'a évidemment pas changé de nature. S'il n'est guère possible de contester en soi son existence, et si la charge affective et matérielle que fait peser la souffrance mentale sur les proches du malade ne doit jamais être oubliée, il est possible de questionner dans chaque cas le bien-fondé de son utilité dès lors qu'elle demeure en tout état de cause une violence dans la vie des personnes auxquelles elle s'applique, rompant avec leurs attaches et leur vie quotidienne pour une période *a minima* de plusieurs jours (il convient d'observer le patient pour faire un diagnostic).

Il est en effet impossible de séparer les soins sans consentement du fonctionnement ordinaire des établissements de santé mentale ou des services de psychiatrie des centres hospitaliers. Quelques traits doivent être rappelés sur ce point.

En premier lieu, il n'existe, dans la quasi-totalité des établissements, aucune séparation entre hospitalisés «libres», entrés de leur propre fait, et hospitalisés «sans consentement». Les services sont organisés, sauf exception, selon les secteurs géographiques. Ceux qui soignent des patients selon des critères de pathologie ou d'âge (par exemple unité géro-psycho-geriatrique) sont l'exception. Or, si la vie ordinaire de ces services fait désormais un peu plus de place aux droits des malades, elle reste, malgré les efforts continus du personnel soignant, globalement peu enviable.

⁶ Si ce taux restait constant jusqu'en 2020, on aurait donc à cette date plus de 144 000 mesures d'admission aux soins sans consentement à cette date.

⁷ Décision n° 2010-71 QPC du 26 novembre 2010, Mlle Danielle S., et n° 2012-235 du 20 avril 2012, Association cercle de réflexion et de proposition d'action sur la psychiatrie. Dans la première, le Conseil constate qu'«aucune disposition législative ne soumet le maintien de l'hospitalisation d'une personne sans son consentement, en application de l'article L. 337 du code de la santé publique, à une juridiction judiciaire dans des conditions répondant aux exigences de l'article 66 de la Constitution; qu'il s'ensuit que cet article doit être déclaré contraire à la Constitution» (considérant 26).

En deuxième lieu, l'hôpital a régressé ces dernières années sur certains points. Il arrive, d'une part, que des phénomènes d'encombrement se produisent (il existe environ 58 000 lits de psychiatrie) : le malade, pour lequel la stabilité est précieuse, peut donc être déménagé d'une unité à l'autre au début de son séjour, en attendant qu'un lit se libère dans celle correspondant à son secteur. D'autre part, la crise démographique médicale et les restrictions de personnel pèsent sur les relations médecin-malade, trop souvent insuffisamment fréquentes (le leitmotiv des patients sur ce point en est un indice) et sur les possibilités d'animations et de sorties : faute d'encadrement suffisant, les infirmiers renoncent, bien malgré eux, fréquemment, à ces dernières. Enfin les exigences de sécurité, mises fortement en avant par le politique⁸ et relayées par les consignes préfectorales et les facilités budgétaires en la matière, conduisent à une fermeture accrue de la plupart des services (pavillons fermés), limitant l'espace de circulation et accroissant le sentiment d'enfermement.

En troisième lieu, au-delà des diversités géographiques bien répertoriées de l'offre de soins en santé mentale, existent des différences d'approches dans les thérapeutiques (ou les mesures qui sont censées les accompagner). Que telle unité soit dévolue au cognitivo-comportemental et telle autre au psychodynamisme, dès lors que son responsable attache plus de portée à l'un qu'à l'autre peut s'admettre, même si ces différences font que les soins seront distincts selon son adresse de résidence et non selon l'étiologie de sa maladie. En revanche, les écarts substantiels, non d'un patient à un autre, mais d'un service à l'autre ou d'un établissement à l'autre entre règles d'usage des méthodes thérapeutiques très agressives, comme le packing, et plus encore dans le recours à la contention ou à l'isolement, trouvent difficilement une explication rationnelle. Les rapports du contrôle général des lieux de privation de liberté mesurent ces distinctions. Elles sont d'autant plus incompréhensibles que, par nature, elles font violence et ne sauraient être utilisées qu'avec des sérieuses justifications. Au surplus, d'ailleurs, ces précautions (contention, isolement) n'ont pas été « tracées » pendant longtemps⁹ de sorte que même leur emploi ne pouvait être mesuré. Rien n'est pourtant banal en ce domaine.

Même pour des règles d'apparence moins draconiennes, comme l'obligation du port du pyjama en toutes circonstances pendant la période d'observation (et, pour certains, au-delà), on observe également des pratiques tout à fait différentes. Or, cette servitude est d'un grand poids dans la dignité des personnes à qui elle est imposée. Autre exemple : l'usage du téléphone cellulaire pèse également lourd dans le maintien des relations du malade avec l'extérieur : il est – même après les phases de décompensation – soumis également à un cadre différent d'une unité (identique) à l'autre. En somme, le traitement

⁸ Chacun a en mémoire le discours d'Antony du Président de la République le 2 décembre 2008 (publié dans le Journal français de la psychiatrie, n° 38, 2010/3, p. 25-27) : cf. le « Mettez-vous à ma place » adressé aux soignants.

⁹ La loi du 26 janvier 2016 a, en principe, réglé la question (cf. article L. 3222-5-1 du code de la santé publique). Voir aussi le document de la Contrôleure générale des lieux de privation de liberté, Isolement et contention dans les établissements de santé mentale, Paris Dalloz, 2016, 126 p.

quotidien de la maladie alimente beaucoup l'appréhension très craintive de l'hôpital que nombre de malades continuent d'avoir: les éléments évoqués ici sommairement ne font rien pour la diminuer, bien au contraire. Le lamento des «sortez-moi d'ici s'il-vous-plaît!» est trop fréquemment entendu.

En quatrième lieu, de tels contrastes posent la question des droits des malades. De manière générale, le droit des patients hospitalisés a connu une évolution majeure avec la loi du 4 mars 2002 (loi dite Kouchner) dont les dispositions s'appliquent sans conteste aux patients hospitalisés en établissements ou services de santé mentale¹⁰. Mais leur mise en œuvre peut être délicate. La notion de consentement qui en est le cœur est apparue sans doute à beaucoup de responsables de soins comme incompatible avec les principes d'une hospitalisation par nature «sans consentement». On l'a indiqué, depuis les lois de 2011 et 2013, le code de la santé publique dresse la liste des droits attachés aux personnes admises aux soins psychiatriques sans leur consentement, par exemple de consulter un avocat ou de voter aux élections. Mais la mise en œuvre des dispositions de 2002, par exemple la désignation d'une personne de confiance, reste encore problématique. Cette difficulté en révèle une plus grande encore: jusqu'où va l'absence de consentement? D'une part au moment où la décision d'admission est prise contre la volonté de la personne: cette absence de consentement aux soins vaut-elle pour toutes les décisions de l'existence? Tout est fait dans l'organisation des établissements pour répondre affirmativement à cette interrogation, alors même qu'on reconnaît aux malades par exemple, quel que soit leur état, le droit de vote. D'autre part dans le temps: si les soins donnés à la personne sont efficaces, ce qu'il faut souhaiter, on doit admettre qu'à partir d'un moment déterminé, la personne recouvre, en quelque sorte sa faculté de consentir. Mais l'absence de consentement est réputée se poursuivre jusqu'à la levée de la mesure initiale, quelle qu'en soit la durée. Autrement dit, ma mesure est plus «administrée» que «médicalisée». Les médecins peuvent craindre un revirement du consentement et préférer prolonger la mesure d'hospitalisation sans consentement par précaution... médicale.

En cinquième lieu, les préoccupations de sécurité ont des effets au-delà de la manière dont les séjours à l'hôpital sont conçus. Il a toujours existé la tentation d'assimiler la maladie mentale à la «folie furieuse», d'une part, à la criminalité, d'autre part. Mais la nécessaire «protection» de la société, qui est l'un des fils conducteurs de toute action gouvernementale depuis vingt-cinq ans, conduit aujourd'hui les pouvoirs publics à se préoccuper de réserver un sort particulier aux personnes ayant effectué des séjours

¹⁰Voir sur ce point le chapitre 9 («Droits des malades et droits des patients en souffrance mentale») du Rapport d'activité 2013 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté, Paris Dalloz, 2014, 383 p., p.257 sq.

à l'hôpital, spécialement dans les unités pour malades difficiles. Des tentatives en ce sens ont déjà eu lieu. Le fichier national automatisé des auteurs d'infractions sexuelles ou violentes (FIJAVIS) défini dans le code de procédure pénale prévoit que pour les personnes qui y sont inscrites sont mentionnées notamment leurs adresses successives (donc celles des hôpitaux dans lesquelles elles ont séjourné) et les éventuelles décisions d'irresponsabilité pénale pour cause de trouble mental¹¹; ce fichier peut être consulté par un grand nombre d'autorités, dont celles chargées de l'enseignement¹². Le fichier national automatisé des empreintes génétiques (FNAEG)¹³ conserve les empreintes des auteurs d'un grand nombre d'infractions, en particulier lorsqu'ils ont fait l'objet d'une décision d'irresponsabilité pénale. Le répertoire des données à caractère personnel collectées dans le cadre d'une procédure judiciaire (RDPC ou Redex)¹⁴ recueille pendant une durée de trente ans «les expertises, évaluations et examens psychiatriques, psychologiques et pluridisciplinaires» réalisés du début de l'enquête à la fin de l'exécution de la peine sur toutes les personnes encourant (et non condamnées à) un suivi socio-judiciaire. On trouvera d'excellents arguments pour justifier cet état du droit. Mais on ne doit pas douter que, dans une société de surveillance en extension, celle des personnes admises aux soins sans consentement ne sera pas la dernière.

Ces remarques ne préjudicient pas de situations locales qui attestent encore des désordres importants, voire des atteintes à la personne humaine, comme le contrôleur général des lieux de privation de liberté l'a relevé à plusieurs reprises. On lit ainsi, dans ses recommandations en urgence du 8 février 2016¹⁵, rendues sur un centre psychothérapeutique du centre de la France, les observations suivantes: «Une pratique de maîtrise et de contrôle des faits et gestes des patients d'autant plus singulière qu'elle est appliquée avec une rigueur exceptionnelle.» «La majorité des patients s'ennuie.» «Les contrôleurs ont constaté pour de nombreux patients une absence de projet de soins individualisé qui s'apparente à de l'abstention thérapeutique.» Les personnels font ce qu'ils peuvent avec les moyens dont ils disposent. Mais les personnes soignées sans leur consentement sont les premières victimes des dysfonctionnements du système: elles n'ont pas d'autre choix.

¹¹ Cf. article 706-53-2 du code.

¹² Article R. 53-8-24 du même code.

¹³ Article 706-54 sq. du code de procédure pénale.

¹⁴ Article 706-56-2 du même code.

¹⁵ Journal officiel du 16 mars 2016.

RÉSUMÉ SIMPLIFIÉ DE LA LOI

Si la loi française permet l'exception en psychiatrie, le soin sans consentement, elle intègre des éléments qui cherchent à défendre la liberté individuelle. La dernière modification de la loi en 2011/2013 redéfinit ainsi les possibilités de prise en charge d'un patient sans son consentement en psychiatrie, en parlant non plus d'hospitalisation mais de «soins» sans consentement, pouvant faire craindre à certains une prévalence du meilleur intérêt médical de la personne par les traitements, même sans consentement, sur le respect de sa liberté individuelle¹⁶.

Cette loi a introduit le passage systématique de tout patient hospitalisé sans consentement devant un juge des libertés et de la détention dans un délai de 12 jours après son hospitalisation. Pour l'audience, le patient est obligatoirement assisté d'un avocat.

Il existe dorénavant trois procédures d'hospitalisations sans consentement¹⁷:

- **Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers (SDT)**: si les troubles mentaux rendent impossible le consentement de la personne et si son «état mental impose des soins immédiats» assortis «d'une surveillance médicale constante justifiant une hospitalisation complète», elle peut être hospitalisée à la demande d'un tiers, c'est-à-dire à la demande d'un proche ou d'une personne agissant dans l'intérêt du malade qui doit signer sa demande, accompagnée de deux certificats médicaux circonstanciés¹⁸ et datant de moins de 15 jours.
- **Les soins psychiatriques à la demande d'un tiers en cas d'urgence (SDTU)**: il est également possible de faire hospitaliser une personne à la demande d'un tiers en urgence, ce qui nécessite toujours la signature d'un proche mais la rédaction d'un seul certificat médical d'un médecin exerçant dans l'établissement d'accueil.
- **Les soins psychiatriques en cas de péril imminent (PI)**: la récente loi a introduit cette troisième mesure de soins sans consentement. Un seul certificat médical émanant d'un psychiatre extérieur à l'établissement d'accueil est nécessaire. Cette procédure qui ne nécessite pas la signature d'un tiers peut permettre d'hospitaliser plus rapidement les personnes. L'idée est de pouvoir plus facilement hospitaliser des personnes nécessitant des soins mais qui sont isolées, sans tiers identifiable, et donc dans leur meilleur intérêt, au moins médical. Certains peuvent craindre que cette procédure plus «légère» permette au contraire d'hospitaliser plus facilement sans consentement toute personne atteinte de troubles mentaux.

¹⁶ Il est prévu dans la loi qu'une personne peut être suivie en dehors de l'hôpital pour des soins sans consentement dans le cadre d'un «programme de soins» établi à l'issue d'une hospitalisation sans consentement.

¹⁷ Il n'est pas question dans cette étude des SDRE, soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'état, autre procédure d'hospitalisation sans consentement pour des personnes ayant présenté «des troubles compromettant la sûreté des personnes ou portant atteinte de façon grave à l'ordre public». Cette décision étant administrative plus que médicale, les chercheurs ont choisi de ne pas s'y intéresser dans cette étude.

¹⁸ «Le premier certificat médical ne peut être établi que par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement accueillant le malade; il constate l'état mental de la personne malade, indique les caractéristiques de sa maladie et la nécessité de recevoir des soins. Il doit être confirmé par un certificat d'un second médecin qui peut exercer dans l'établissement accueillant le malade».

LA DÉCISION D'HOSPITALISER SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE : QU'EN DISENT DES PATIENTS, DES PROCHES, DES PROFESSIONNELS ? RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE D'ÉTHIQUE CLINIQUE.

Nicolas Foureur, médecin ; Éric Favereau, journaliste ; Florence Houpin, ergothérapeute en psychiatrie ; Élisabeth Belghiti, psychologue ; Milena Maglio, philosophe et Léa Segui, juriste

Au Centre d'éthique clinique (Cec), nous entendons des interrogations de certains professionnels de la psychiatrie sur le respect des droits des patients et de la meilleure prise en charge possible pour les personnes atteintes de troubles mentaux. Leur questionnement porte principalement sur la décision à prendre en cas de refus de soins psychiatriques : doivent-ils davantage chercher à restaurer les capacités psychiques du patient dans les plus brefs délais et contre son gré, de façon à lui éviter de souffrir de sa maladie, ou doivent-ils plutôt s'attacher à davantage respecter sa liberté et ses droits, jusqu'à ne pas le traiter sans son consentement ? Peut-on toujours concilier les deux ?

Certains psychiatres se questionnent aussi sur l'application des droits des malades en psychiatrie, comme la possibilité pour le patient d'accéder à son dossier médical ou la place à donner à la personne de confiance. S'ajoute à ces questions une réflexion éthique sur la nouvelle loi, notamment sur l'intérêt ou la difficulté pour le patient de passer systématiquement devant le juge après douze jours d'hospitalisation non consentie.

La société, notamment à travers la loi régissant les soins en psychiatrie, reste dans une conjugaison difficile de plusieurs intentions, entre la volonté d'offrir des soins adaptés à des personnes atteintes de troubles mentaux, la préservation de l'équilibre de la communauté et notamment le respect de l'ordre public, mais aussi la défense des libertés de tous ses citoyens. C'est la question du respect de l'autonomie, nous semble-t-il, qui interroge. Accepter le refus de soin psychiatrique d'une personne atteinte de troubles mentaux est-il la meilleure façon de respecter son autonomie ? À l'inverse, l'hospitaliser sous contrainte exclut-il tout respect de son autonomie ? Face à ces interrogations éthiques, le Cec a pris l'initiative de mener un projet de recherche sur la décision d'hospitalisation sans consentement pour décrire les pratiques, comprendre les arguments éthiques qui la sous-tendent et surtout, connaître l'avis des personnes y étant confrontées directement, notamment celui des patients.

I - MÉTHODE

Comme nous en avons l'habitude au Cec¹⁹, nous nous sommes intéressés aux positions et aux arguments de chacun des principaux acteurs directement concernés, en l'occurrence au moment d'une hospitalisation sans consentement. Le protocole consistait à rencontrer des patients, au plus tôt après leur hospitalisation sans consentement, leurs proches (si les patients étaient d'accord pour cela), au moins un psychiatre en lien avec la décision d'hospitaliser le patient en question sans son consentement et des infirmier(e)s des services concernés par l'étude. À l'issue de ces entretiens, les chercheurs devaient avoir compris les arguments de chacun allant pour ou contre l'hospitalisation sans consentement, ainsi que la façon dont cela était vécu par les différents protagonistes.

Échantillon

Nous nous sommes avant tout intéressés aux témoignages des patients hospitalisés sans consentement. Nous avons choisi de les rencontrer le plus tôt possible à la suite de leur admission à l'hôpital. Les autres acteurs de ces décisions que nous avons rencontrés sont les proches ainsi que les psychiatres ayant fait hospitaliser les patients que nous avons vus et/ou en charge d'eux dans l'établissement d'accueil, et un(e) infirmier(e) de l'équipe présent(e) le jour où nous nous rendions sur place. Les infirmiers n'interviennent pas directement dans la décision d'hospitaliser sans consentement, mais il nous semblait pertinent d'aller à leur rencontre pour avoir leurs éléments de réflexion éthique sur ce sujet, qui hypothétiquement pouvaient différer de ceux des médecins.

Pour cette étude, trois sites différents de psychiatrie ont été sélectionnés pour leurs spécificités :

- un service hospitalier parisien classique, avec un recrutement large et plurisectoriel
- un service hospitalier provincial favorisant les soins à domicile
- un service d'Urgences 72h francilien avec un contexte légal particulier (aucun péril imminent n'y est pratiqué).

Dans les trois services, les patients étaient sélectionnés au hasard puisqu'ils étaient inclus lorsque nous appelions les services, un jour au hasard, en moyenne une fois par mois. Nous nous rendions le jour même ou le lendemain sur place pour rencontrer le ou les patients venant d'être hospitalisés sans consentement. L'objectif principal était de connaître les arguments de chacun vis-à-vis de l'hospitalisation sans consentement en psychiatrie, ainsi que de discuter de l'intérêt éventuel du dispositif de la personne de confiance ou des directives anticipées dans ce contexte auprès des différents interlocuteurs.

¹⁹Voir autres brochures du Cec sur <http://ethique-clinique.aphp.fr>

Entretien d'éthique clinique

Pour cela, des entretiens dits "d'éthique clinique" ont été menés. Ils étaient systématiquement conduits par deux personnes, un médecin et un non-médecin, de façon à décliner les regards et à ne pas se cantonner à une écoute spécifique d'une discipline. Pour cette étude, le deuxième chercheur était journaliste, psychologue, ergothérapeute en psychiatrie, philosophe ou juriste, tous formés à l'éthique clinique et rodés à l'exercice de la consultation d'éthique clinique. Les entretiens étaient le plus souvent individuels. Les personnes interviewées étaient invitées à parler sur le mode narratif, et le temps leur était donné pour s'exprimer le plus librement possible et développer leurs arguments vis à vis de la décision étudiée. Les chercheurs étaient guidés par une « grille » validée suite à quelques entretiens-tests. Ici, il s'agissait de cerner les discours des personnes autour de ces mots-clés :

- Bienfaisance / non malfeasance, maladie, risques, aide, traitements
- Autonomie de la personne, directives anticipées, personne de confiance, consentement, informations
- Hospitalisation et soin sans consentement
- Contrainte, sécurité, ordre public, loi, intervention du juge/avocat
- Droits des patients, liberté, empowerment
- Prise de décision, relation médecin/équipe-patient, confiance, pouvoir médical
- Continuité des soins, organisation des soins, prise en charge sociale, vivre ensemble
- Rôle de la médecine, intégrité professionnelle
- Place des proches, famille, représentant légal

Il s'agissait plus précisément d'investiguer les questions dans leur dimension éthique plutôt que proprement factuelle, selon trois axes :

- la personne vis-à-vis d'elle-même : quelle place pour l'autonomie de la personne, et son consentement, alors que la maladie les remet justement en cause ?
- la personne vis-à-vis de la médecine : qu'attend la personne de la médecine ? Que la médecine lui doit-elle ?
- la personne vis-à-vis des autres : quelle place pour son entourage, la société, la loi, ou les outils en faveur des droits des patients ?

Analyse

La méthode de recherche utilisée était celle de la « théorie ancrée »²⁰. Contrairement à une approche hypothético-déductive, l'étude ne visait pas à tester une hypothèse préalablement identifiée, mais à faire surgir des données recueillies des pistes explicatives. En ce qui concerne l'analyse des données aucun logiciel n'a été utilisé. Conformément à la méthode de l'analyse thématique séquentielle²¹ les entretiens ont été analysés et codés à partir de mots-clés récurrents. Le codage a permis de mettre en évidence des thèmes, qui ont ensuite été regroupés en arbres thématiques et mis en relation avec les questions de départ.

Considérations éthiques

Le consentement écrit des personnes leur a été demandé avant l'entretien, et après avoir été informées oralement et par une lettre écrite de l'objet de l'étude. La confidentialité de toutes les données recueillies a été rigoureusement assurée, et les participants ont été avertis de la disponibilité des résultats. Concernant les patients, sachant que leur consentement libre et éclairé pourrait être mis en doute du fait des troubles pour lesquels ils étaient hospitalisés, nous avons tout mis en œuvre pour qu'il soit le plus authentique (présentation orale de l'étude, remise de la lettre avec les informations et les coordonnées du Cec, discussion de leur consentement écrit au moment de l'entretien). L'étude a été revue et validée par le Comité d'Éthique de la Recherche de l'Université Paris-Descartes le 10 juin 2014 (IRB: 2014110001072).

2 - POPULATION (cf. tableau p. 24)

Quarante-deux patients ont été inclus (15 dans le 1er site, 15 dans le 2^e et 12 dans le 3^e). Tous les entretiens ont été effectués entre septembre 2014 et juin 2016. Sur ces 42 cas, nous avons rencontré 35 patients²² venant d'être hospitalisés sans consentement, dont 24 hommes et 18 femmes. Vingt-huit d'entre eux ont été vus dans les 15 jours suivant leur admission à l'hôpital, et 7 plus tard (dont 2 après leur sortie). Ils étaient âgés de 19 à 80 ans (âge moyen : 39 ans). Vingt-neuf ont été hospitalisés à la demande d'un tiers (dont 21 en urgence), et douze étaient des cas de péril imminent.

En termes de diagnostics, la population étudiée peut-être définie comme « classique » de la psychiatrie courante : 31 patients souffraient de pathologies psychotiques (schizophrénies, mélancolie délirante, bouffée délirante aiguë, etc.) et 11 de pathologies non-psychotiques (troubles de l'humeur, etc.). Treize consommaient des toxiques (alcool, cannabis, autres

²⁰ Glaser B.G. et Strauss A.L. "The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research". Chicago, IL: Aldine; 1967.

²¹ P Paillé et A Mucchielli, L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Ed Colin, 2003.

²² Un patient a refusé de nous voir sur chaque site et l'éloignement ou des problèmes logistiques nous ont empêchés d'en voir 4 autres.

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

drogues).

Nous avons pu distinguer, pour les catégoriser, trois types de «profils» justifiant l'hospitalisation:

- 28 patients avaient un passé psychiatrique et avaient déjà été hospitalisés sans leur consentement. Parmi eux, 22 étaient connus du site où nous les rencontrions et 6 étaient inconnus du site d'inclusion et sans suivi récent.
- 4 patients avaient une histoire dite «psycho-sociale» (passé d'emprisonnement et/ ou d'exclusion sociale sans diagnostic psychiatrique évident)
- 10 n'avaient pas de passé psychiatrique connu ni de suivi et étaient des sujets jeunes avec un épisode aigu ou des personnes âgées avec un geste suicidaire.

Nous avons rencontré 30 proches pour 24 de ces patients²³. Nous les avons vus pour 18 situations dans les 15 jours suivant l'hospitalisation du patient, pour 6 cas après (dont 3 plusieurs mois après la sortie du patient).

Nous avons également rencontré un psychiatre du site d'inclusion dans chaque cas (n = 42), 18 autres psychiatres ayant signé un premier certificat d'hospitalisation (c'est-à-dire avant l'arrivée du patient dans le site d'inclusion) et 19 infirmiers qui connaissaient les patients dont il était question (5 sur le 1^{er} site, 6 sur le 2^e et 8 sur le 3^e).

²³ Les proches n'ont pas été rencontrés dans 18 cas: 2 refus de proches de participer; 5 refus de patients pour que nous contactions leurs proches, 4 proches sans réponse, 2 situations sans proche et 7 patients non vus dont 2 nous ont autorisés à voir leurs proches.

LA DÉCISION D'HOSPITALISER SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE :
 QU'EN DISENT DES PATIENTS, DES PROCHES, DES PROFESSIONNELS ?
 RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE D'ÉTHIQUE CLINIQUE

Caractéristiques de la population de l'étude

	Site 1 (Unité au fonctionnement classique)	Site 2 (Unité priorisant la prise en charge à domicile)	Site 3 (Unité en cas d'urgences)	Total
Patients inclus	15	15	12	42
Nombre de patients rencontrés	12	13	10	35
- Hommes	11	7	6	24
- Femmes	4	8	6	18
- Age moyen	44	38	36	39
- < 15 jours d'hospitalisation	9	12	7	28
- > 15 jours d'hospitalisation	3	1	3 (2 après sortie)	7
- SDT + SDTU (avec signature d'un proche)	7	11	11	29
- PI (avec un seul certificat psychiatrique)	8	4	0	12
- Refus	1	1	1	3
- Perdus de vue	2	1	1	4
Cas où proches rencontrés (n=30)	3	13	8	24
- < 15 jours d'hospitalisation	2	11	5	18
- < 15 jours d'hospitalisation	1	2 (après sortie)	3 (2 après sortie)	6
- Raisons des échecs de rencontre:	-	-	-	-
• Refus des patients	4	1	0	5
• Refus des proches	1 (trop difficile)	0	1 (pas venu)	2
• Patient pas vu ou pas de réponse	7	1	3	11

3 - RÉSULTATS

Qu'ont dit les premiers concernés, les patients ?

À propos du non consentement à l'hospitalisation, tous quasiment savaient qu'ils étaient hospitalisés sans leur consentement, cependant, ce n'était pas véritablement un sujet de discussion pour une majorité d'entre eux.

Contre toute attente et alors que les patients comprenaient globalement tous l'objet de notre étude, ils n'ont pas parlé pour la plupart de consentement. Nous avons remarqué trois types de réaction face à la décision d'hospitalisation sans consentement :

- Ceux qui « vivaient mal » cette décision : la question du non consentement n'en était pas une. Ils disaient au contraire être en accord avec leur hospitalisation, principalement parce qu'elle leur apportait un bénéfice concernant leur santé. Certains parvenaient même à voir un intérêt au fait que l'hospitalisation n'ait pas été consentie, là encore pour leur propre bien (par exemple en les poussant à vouloir récupérer plus vite pour sortir de cette hospitalisation non consentie).
- Ceux qui s'y étaient « résignés » : ils étaient a priori contre le principe d'être hospitalisés sans consentement, mais ils s'étaient laissés faire et évacuaient la question, ou disaient à posteriori qu'ils ne le regrettaient pas et qu'il fallait surtout passer à autre chose.
- Ceux qui étaient en désaccord et pouvaient exprimer de la colère. Cette colère pouvait être dirigée contre le proche ayant signé leur hospitalisation et avec qui les relations étaient difficiles, ou elle pouvait être liée à une forte plainte à l'égard d'un déni de liberté.

« C'était une décision très logique. Je n'étais pas en état de réfléchir. Je n'étais pas conscient... On m'a demandé mon accord. J'en ai discuté avec mon beau-frère. Je n'en ai pas souffert... Le consentement je l'ai donné, je ne le vis pas comme quelque chose qu'on m'impose. » (Cas 7)

« Au début je ne savais pas que j'étais malade, l'hospitalisation sans consentement a donné un caractère plus grave aux choses et donc j'ai réalisé... Le fait d'être sous contrainte m'a beaucoup motivée pour aller mieux. Ça m'a vraiment aidée. J'ai senti une force en moi pour repasser en hospitalisation libre. » (Cas 37)

LA DÉCISION D'HOSPITALISER SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE : QU'EN DISENT DES PATIENTS, DES PROCHES, DES PROFESSIONNELS ? RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE D'ÉTHIQUE CLINIQUE

«Je n'étais pas tellement d'accord. Mais je comprends qu'[elle] (sa mère) s'inquiète car elle ne peut pas toujours me surveiller. J'ai compris et accepté. [...] J'ai quand-même été mis devant le fait accompli. Je suis de nature très coopératif.» (Cas 29)

«[Mes proches] sont venus me kidnapper le lundi pour m'enfermer... [Mon petit ami] va prendre cher car il n'avait pas le droit de faire ça... Il pensait que j'avais des soucis mentaux mais mon seul problème c'est eux. Quand je les vois je pète un câble.» (Cas 11)

«Ça m'a posé un problème. J'ai 41 ans je suis adulte... Je gère toutes mes factures... J'en garde un mauvais souvenir²⁴.» (Cas 8)

Une majorité écrasante de patients s'est davantage exprimée sur les conditions de vie pendant l'hospitalisation en psychiatrie. Ils s'indignaient de l'atteinte au respect de leur personne.

Même si certains patients ont valorisé l'accueil des équipes, la relation privilégiée et apaisante avec certains soignants ou d'autres patients, voire la solidarité rassurante entre patients hospitalisés, beaucoup ont décrit le quotidien de l'hospitalisation comme rude et ennuyeux, dans un contexte parfois particulièrement violent. Ils ne manquaient pas de rappeler la difficulté de vivre avec une maladie chronique, plus ou moins invalidante et surtout stigmatisante.

«Ils sont plus compréhensifs ici. La dernière fois je ne voyais un psy qu'une seule fois par semaine. Ici on peut discuter plus facilement.» (Cas 30)

«J'ai rencontré des gens sympas, chanté avec d'autres, malgré le contexte et malgré la psychiatrie.» (Cas 41)

«[Lorsqu'ils ont dû m'attacher] l'infirmière est restée à côté de moi toute la nuit, ça m'a beaucoup soulagé.» (Cas 5)

«Il y a une contradiction dans ce qu'ils nous disent: venez nous voir si ça ne va pas, et quand on y va, ils nous disent de retourner dans notre chambre, que ça va passer... Ils ne veulent pas discuter, alors que parfois c'est ce qui ferait du bien.» (Cas 37)

²⁴ Patiente vue à posteriori de son hospitalisation

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

«Il faudrait discuter davantage avec les patients, prévoir des activités ici. Il ne se passe rien ici, on a qu'à fumer, il faudrait que les gens s'impliquent plus dans la vie.» (Cas 18)

«Pour les médecins on est malade... Je suis hospitalisé sans arrêt. Je n'ai plus d'ami, j'ai été stigmatisé. Je n'ai pas vu la campagne ou la mer depuis 10 ans.» (Cas 27)

«Je ne veux pas retourner à l'hôpital, je veux vivre autre chose. J'ai vu des patients qui volaient, qui criaient, je me suis fait frapper. Les médecins disent que c'est leur pathologie.» (Cas 36)

«Ici, je suis incapable de réfléchir; on s'ennuie tellement, ça me bouffe.» (Cas 40)

«Je suis considéré comme un malade mental. Je ne suis plus à ça près. Je demande juste qu'ils me laissent respirer un peu et un peu de confort.» (Cas 29)

«Ici c'est affreux, ils hurlent, ils sont attachés sans être changés. C'est humiliant, j'en pleure... Ici c'est terrible, on vous maltraite psychologiquement. Certaines infirmières... on peut souffrir de leurs humeurs parfois. Il n'y a pas d'espace. Ils fument leur clope, ils ne font pas leur boulot. C'est plus simple d'attacher quelqu'un et de ne pas s'en occuper. Le personnel dit que ça prend du temps au contraire... mais c'est faux. Ils ne passent pas... une femme en face de moi a crié toute la nuit. Ici on développe d'autres symptômes genre psoriasis, perte de cheveux du fait du stress.» (Cas 19)

Ils ne comprenaient pas ces mesures de restriction de liberté au quotidien (port obligatoire du pyjama, interdiction de fumer, de téléphoner ou d'avoir des visites notamment). Beaucoup insistaient aussi sur le sentiment de se sentir obligés de prendre des médicaments pour obtenir plus de liberté. Les témoignages les plus forts ont porté sur les mesures de soins contraignantes, et plus précisément sur l'isolement et la contention.

«Je voudrais que les médecins soient moins stricts. Je n'ai mon téléphone que deux heures par jour. Je n'ai que le pyjama... Je leur ai demandé un pantalon et une veste. Je dois rester en pyjama. C'est dur. Déjà car il fait froid et je ne peux pas aller dehors. C'est intime. C'est comme si j'étais à poil devant tout le monde. Le coup du portable ça m'a trop énervé. C'est mon seul compagnon. Ne serait-ce que pour écouter la musique. Et si j'ai un appel urgent. Ou envoyer des textos aide à m'évader. Dans ma chambre je suis comme un prisonnier du coup.» (Cas 29)

«Le deuxième soir elle (l'IDE) a appelé tout le monde à prendre son traitement. J'ai dit que je n'en avais pas besoin. Mais elle ne voulait pas que ça se passe comme le premier soir. Autant faire ce qu'ils disent. Car sinon ça les renforce dans le sentiment que j'en ai besoin. Chaque fois qu'on s'oppose à eux ils se sentent plus forts dans leur idée, c'est un cercle vicieux.» (Cas 14)

«J'avais peur que ce soit pire sinon, qu'on ne me laisse pas sortir. J'avais l'impression qu'on me donnait un médicament pour que je ferme ma bouche.» (Cas 41)

«J'imaginai que ce serait une chambre pour apaiser, agréable. Là, ça m'a créé des angoisses. Je comprends le principe mais j'ai du mal à comprendre que ça puisse fonctionner, apaiser... Qu'au moins quelqu'un passe régulièrement pour rassurer, pour montrer que l'on n'est pas dans un rêve... Quand on sonne, 15 minutes d'attente c'est énorme quand on est en isolement.» (Cas 38)

«Dans ma chambre ils sont arrivés à 3 infirmiers et il y avait des policiers... ils m'ont mis dans l'ambulance avec un flic... ils m'ont mis des trucs dans les bras pour m'accrocher et pour ne plus bouger. Ça faisait mal, j'avais peur, le métal était froid ; mon corps se métallisait avec le matériau.» (Cas 16)

«J'ai été attachée pendant quatre jours. Mes pieds en ont gonflé. Je suis allée à l'hôpital pour voir s'il n'y avait pas de phlébite... Être attachée alors que vous êtes saine d'esprit. Les mains, les pieds et le ventre trop serrés pendant quatre jours, c'est invivable... Ce qui me hante c'est de me revoir attachée. Je n'oublierai jamais l'étreinte. D'être serrée des membres et du ventre. On vous détache un bras pour vous laisser manger.» (Cas 19)

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

À propos des outils de défense des droits des patients et de la loi, les patients ne semblaient pas s'y reconnaître, ni même se les être appropriés.

La loi n'était pas intériorisée par les patients, et beaucoup ne connaissaient ni l'existence du texte ni les différentes modalités d'hospitalisation sans consentement. La place des proches dans le dispositif juridique (notamment leur signature) ou l'intérêt du juge ne leur étaient pas du tout évident.

«Un tiers qui s'immisce dans un problème si personnel, je trouve ça rageant.» (Cas 40)

«Je compte surtout sortir et retourner à l'air libre. Avec ou sans juge, ce serait pas mal.» (Cas 34)

«Je n'ai pas eu d'information concernant les juges [...]. Quand vous me parlez du juge vous me faites peur.» (Cas 15)

«De toute façon on doit passer devant un juge. Le juge lit ce qui est écrit dans le dossier. Il pense comme le médecin (...). On a la boule au ventre d'aller au tribunal car il faut discuter et ça concerne sa propre liberté.» (Cas 6)

La plupart étaient cependant intéressés par l'outil de la personne de confiance, en tant que celle-ci peut défendre leur parole.

«Oui car je n'ai pas d'allié du tout. Je ne peux pas joindre mes amis. Il faudrait quelqu'un sur qui m'accrocher en cas de problème ici même, puisque je ne peux pas joindre mes amis.» (Cas 29)

«La PC doit vous représenter totalement, elle doit être au plus proche de vos aspirations.» (Cas 7)

«Il (son ami d'enfance) sait comment je réagis. Des fois on sent la similitude de caractère et de pensée.» (Cas 34)

Quelques-uns pensaient néanmoins que les directives anticipées en psychiatrie étaient attirantes car source de dialogue. Pour autant, le concept restait, y compris pour eux, très flou.

Qu'ont dit les proches ?

Les proches rencontrés vivaient tous l'hospitalisation comme un soulagement après des périodes de forte tension, de solitude, et de difficultés à obtenir de l'aide médicale pour prévenir la crise aiguë.

Pour eux, la question n'était pas celle du consentement mais plutôt la nécessité de soigner leur proche et de le mettre à l'abri du danger pour lui et pour les autres. Ils critiquaient clairement le manque d'anticipation et les difficultés à faire hospitaliser leur proche pour lui venir en aide. Il faut noter que contrairement aux patients, les proches ne parlaient pas des conditions de vie à l'hôpital ou de la contrainte.

«Pour moi, c'était clair dans ma tête, je ne vois pas ce qu'on pouvait faire d'autre. Il ne voulait rien, je n'avais pas le choix... C'était criant, il n'y avait pas de discussion, il était hors de son cerveau... Il fallait absolument qu'il se soigne, et en plus il était dangereux pour autrui et pour lui-même... Mais que d'angoisse, que de fatigue ! C'est très éprouvant et épuisant. Je suis crevée!» (Cas 43)

«On ne savait pas quoi faire. C'était un soulagement. On ne pouvait pas parler avec lui. On était reparti dans la même situation qu'au début. La décision a été prise car il avait été violent avec moi. Il fallait trouver une solution.» (Cas 16)

«Une fois à l'intérieur, on était rassuré, mais pas sans qu'il soit hospitalisé. Au moins qu'on puisse souffler.» (Cas 34)

«On avait négocié avec lui en disant que ce serait très rapide, mais on a attendu quatre heures et demie... Je comprends qu'un psychiatre ne soit pas disponible, mais il faudrait au moins le faire entrer pour le coincer, car là il attendait sur le parking... Et on a eu de la chance qu'il accepte, on n'allait pas l'assommer... C'est limite malsain, il faut le pousser à une crise pour que quelqu'un intervienne.» (Cas 34)

«Les gens au CMP, on les voit 10 minutes, une fois par mois, en un mois il peut se passer bien des choses. En attendant que les choses deviennent graves, il n'y a pas eu de prévention. Aucun psychiatre ne s'est déplacé, n'a voulu se déplacer. Auquel cas il aurait pu parler de son état. Pour qu'il s'en sorte lui-même.» (Cas 1)

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

Les proches ont également évoqué un manque de soutien médical pendant l'hospitalisation de leur proche.

Les proches parlaient de manque de soutien médical dans le sens d'un manque d'information ou de lien avec le service une fois que leur proche est hospitalisé, en précisant que c'était davantage une question de «système» que de personne ou de manque d'humanité²⁵, et se plaignaient d'être exclus de la prise en charge.

«Je ne suis informée de rien; j'ai confiance, mais je suis méfiante car je ne peux pas le voir. Et ça ne répond jamais dans le service alors [que l'infirmière] dit avoir le téléphone dans sa poche.» (Cas 10)

«Les médecins sont surchargés. Je n'ose pas appeler pour demander des nouvelles car j'ai l'impression de les déranger.» (Cas 23)

Les proches comprenaient la loi et la procédure, mais cela restait loin de ce qui les préoccupait en premier lieu à ce moment-là, à savoir être reconnus comme les premiers interlocuteurs des équipes soignantes.

La procédure avec le juge leur paraissait désincarnée, voire délétère pour le patient, susceptible de ne pas comprendre pourquoi il se retrouve devant un juge. En ce qui concerne leur signature, leur position apparaissait comme complexe. La moitié des proches avaient accepté de signer car ils voulaient assumer l'hospitalisation, mais aussi parce qu'ils souhaitaient être informés et rester au plus près du patient. L'autre moitié se serait bien passée de signer la demande d'hospitalisation. Tous rejetaient l'outil personne de confiance; ils estimaient devoir être les premiers concernés de toute manière.

«Oui il est passé devant le juge. Je ne sais pas si ça les aide. C'est trop tôt quand la personne ne va pas bien. À-t-il vraiment compris?» (Cas 16)

«Je ne savais pas, c'est déstabilisant car elle est là pour être soignée, j'aurais aimé être au courant. La justice fait un peu peur, ça semble décalé; mais c'est pour protéger et savoir pourquoi ça dure.» (Cas 9)

«Ça ne m'a pas surpris. Il fallait bien la soigner. J'ai dit maintenant c'est moi qui suis responsable s'il lui arrive quelque chose.» (Cas 26)

²⁵ Comme les patients, des proches remerciaient les équipes pour leur accueil ou leur gentillesse.

«Le médecin est le mieux placé pour l'aider; surtout s'il y a un risque pour elle-même ou pour les autres. Mais il faut que le parent dise son accord, car sinon il peut y avoir des abus... et aussi car j'ai été informé comme ça.» (Cas 36)

«Mon conjoint lui a expliqué que la situation venait de tous les deux et qu'il ne devait pas en vouloir à sa mère... Je préférerais ne pas signer ce genre de papier car ce n'est pas évident pour mon fils. Il peut le prendre mal. Mais il en avait besoin. En cas de danger, le médecin devrait être apte à dire si le patient doit être hospitalisé.» (Cas 16)

«C'est compliqué. Si c'est une PC, c'est censé être une personne qui lui veut du bien. Or il peut désigner un pote qui va aller dans son sens.» (Cas 34)

«C'est bien; enfin, car ça me paraît évident qu'il me choisirait.» (Cas 35)

Qu'ont dit les professionnels de santé?

Tous les professionnels de santé fondaient leur choix d'hospitaliser sans consentement sur des arguments médicaux.

Pour justifier l'hospitalisation sans consentement, ils se référaient principalement à des arguments médicaux, en parlant du danger pour le patient, comme notamment le risque vital ou social dû à la maladie, et non du danger éventuel pour les proches ou pour l'ordre public. C'était l'état psychique, voire physique du patient qui inquiétait, et cela d'autant plus si le patient avait des antécédents psychiatriques ou s'il avait arrêté brutalement ses traitements.

Ils disaient ne pas pouvoir prendre en compte le consentement à ce moment-là, du fait de l'incapacité du patient à consentir; du refus de celui-ci à être hospitalisé ou accessoirement pour des raisons organisationnelles.

«C'est mieux d'être hospitalisé sans son consentement pendant 48h que d'être mort.» (Cas 30)

«Ce n'est jamais par plaisir, on le fait en pensant d'abord au patient.» (Cas 26)

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

«Cela évite une sortie contre avis médical. Il a déjà des antécédents d'hospitalisation sans consentement; cela veut dire qu'il a déjà pensé se mettre en danger sans chercher des soins.» (Cas 30)

«Elle n'était pas en situation aiguë. On aurait pu la laisser sortir et attendre un gros trouble de l'ordre public. Deux psychiatres peuvent décider différemment. En l'hospitalisant par prévention, on lui donne une chance de sortir de la détresse sociale.» (Cas 24)

«Elle avait un scénario pour passer à l'acte. C'était donc une bonne chose de la mettre en sécurité. On avait essayé de faire quelque chose à domicile mais ça n'a pas marché.» (Cas 31)

«On se pose moins la question en cas de psychose car elle a vraiment du mal à consentir. C'est plus difficile de vouloir protéger une personne d'elle-même lorsqu'elle a toute sa tête.» (Cas 3)

«Il refusait, on n'aurait pas pu faire autrement avec lui.» (Cas 18)

«Quand on parle au patient, il prend conscience de la nécessité de soins. Il comprend donc la décision. Mais lui laisser prendre la décision, c'est lui compliquer la tâche à lui. Le consentement est possible mais trop fragile. Lui était ambivalent, donc pas complètement compétent. Il se peut que ce ne soit pas lui qui parle à ce moment-là.» (Cas 10)

Cependant, les professionnels se différenciaient dans leurs prises en charge selon leur degré de rejet des mesures de contrainte

À partir d'un même constat de départ, à savoir que l'hospitalisation sans consentement était incontournable, les manières d'appréhender la contrainte divergeaient.

- L'accent pouvait être mis sur la nécessité de restaurer les capacités psychiques du patient, le questionnement sur la contrainte étant alors mis à distance et l'isolement pouvant par exemple être revendiqué comme ayant des vertus thérapeutiques.
- À l'inverse, certains cherchaient à respecter le citoyen avant le patient pour faire alliance, avec parfois un rejet total de la contrainte. Le traitement forcé était entre autres évité même s'il aurait pu améliorer l'état psychique de la personne.
- Pour d'autres encore, la nécessité de restaurer les capacités psychiques du patient, en utilisant la contrainte si besoin, coexistait avec la nécessité de respecter leur liberté. Par exemple sur le 3^e site, l'organisation administrative locale empêchait l'utilisation du péril imminent.

LA DÉCISION D'HOSPITALISER SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE : QU'EN DISENT DES PATIENTS, DES PROCHES, DES PROFESSIONNELS ? RÉSULTATS D'UNE ÉTUDE D'ÉTHIQUE CLINIQUE

«La contention physique paraît barbare mais ça lui a permis de s'allonger et de se reposer un moment.» (Cas 1)

«La contrainte reste dans le cadre des soins. [...] La contrainte c'est de le protéger, sinon sa seule solution c'est de mourir.» (Cas 7)

«Pas de téléphone, pas de visites, il a compris que c'est pour le protéger.» (Cas 18)

«Si elle ne veut pas, on ne lui fait rien... Il n'y a pas de traitement forcé ici.» (Cas 9)

«Si je force quelqu'un je me vois dans un film d'horreur. Je préfère le laisser sortir car il y a peu d'arguments pour le garder contre son gré. C'est un pari sur l'avenir pour qu'il ait confiance en nous.» (Cas 14)

«Rien ne lui est interdit à part sortir. Ils doivent fumer dans la cour intérieure. Parfois les appels téléphoniques sont limités quand il y a un harcèlement de la famille, mais pas pour elle. Des sorties avec permission sont possibles même en SDT. Les briquets sont confisqués. On respecte les gens, c'est déjà assez dur en psychiatrie.» (Cas 6)

«Tout en essayant de préserver le lien thérapeutique, l'urgence prime.» (Cas 36)

«Ici, les gens s'excusent qu'on ait dû les attacher. Probablement car on leur en parle beaucoup et qu'on leur explique.» (Cas 36)

«Si ce n'est pas absolument nécessaire on ne met pas sous contrainte. C'est le soin qui guide; lorsque la non-contrainte est une perte de chance.» (Cas 37)

Les professionnels ne montraient aucun rejet vis-à-vis de l'évolution de la loi et de la signature des proches, au contraire.

Les professionnels de santé ont tous dit que la loi était une protection pour les patients et une marque de respect par principe pour la personne. Selon eux, la loi peut faciliter le travail du psychiatre en tant qu'il n'est plus le seul à décider (puisque le juge est là), que les décisions d'hospitalisation sans consentement sont légitimées vis-à-vis du patient, et que la collégialité est plus facilement respectée. Même s'ils pouvaient craindre une judiciarisation de la pratique ou évoquer l'éventuelle malfaisance pour le patient lors de son passage devant le juge.

À propos de la signature des proches, ils nous ont affirmés qu'elle était une évidence pour eux, tel un emblème du système juridique qui protège le patient. Dans ces situations, la signature des proches :

- Montrait au patient qu'il avait réellement besoin d'aide
- Impliquait directement les proches
- Favorisait l'alliance thérapeutique (améliorant ainsi la prise en charge du patient)

Contrairement à la loi largement plébiscitée, l'outil personne de confiance n'était pas valorisé. De leur point de vue, il y avait déjà beaucoup de monde impliqué autour du patient en psychiatrie pour prendre les décisions qui le concernent. Par ailleurs, nombreux pensaient que le moment d'une hospitalisation sans consentement était vraiment le plus mauvais pour faire intervenir une éventuelle personne de confiance, ne pouvant qu'aggraver le sentiment d'incompréhension et de rejet du patient.

«C'est bien qu'il aille voir le juge car c'est la loi qui va décider de le garder. C'est précieux pour nous.» (Cas 7)

«La nouvelle loi permet plus de discussions entre psychiatres et d'évaluation. Et dire aux patients qu'ils vont être revus par plusieurs médecins peut permettre de les rassurer. Ça évite qu'il y ait un seul médecin persécuteur. Ça appuie la mesure de l'hospitalisation.» (Cas 38)

«C'est souvent le tiers qui alerte. C'est une garantie que quelqu'un en dehors voit comme nous... On ne peut pas faire sans les proches. Ou irait-on?» (Cas 23)

«[L'épouse] témoigne avec nous devant le patient qu'il ne va pas bien... Ça nous permet de créer un lien avec le patient car nous ne sommes pas les seuls persécuteurs.» (Cas 43)

«Je n'ai jamais compris à quoi ça (la PC) servait en psychiatrie, car il y a déjà beaucoup de tiers.» (Cas 35)

«De toute façon, quelle que soient la PC et son discours, c'est l'évaluation clinique qui prime.» (Cas 36)

4 - DISCUSSION SUR LA METHODE

L'étude a certaines limites, dont il nous faut rendre compte.

Le moment des entretiens par rapport au moment de l'hospitalisation peut être discuté. Le fait que les patients ne critiquaient pas ouvertement la procédure de l'hospitalisation sans consentement peut faire penser qu'ils n'étaient pas totalement libres de leurs propos au moment où nous les avons interrogés. Pour autant, les patients étaient capables de se scandaliser sur bien d'autres choses (ils dénonçaient plus les atteintes au respect de la personne). Notons sur ce point, bien que les publications scientifiques et qualitatives sur l'avis des patients sur toutes ces questions soient peu nombreuses, en particulier en France, les publications anglo-saxonnes montrent les mêmes résultats, aussi bien au début ou à un an de l'hospitalisation sans consentement.

Nous sommes également conscients que les populations étaient différentes selon les sites en termes de recrutements (quantités différentes de diagnostics, suivi à domicile, urgences). Par exemple, sur 10 inclusions de patients sans passé psychiatrique ni suivi, aucune n'a eu lieu sur le 1er site. Inversement, sur le site 2, ne sont hospitalisés que des patients connus, après que tout ait été essayé à domicile, faisant ainsi parti des patients les plus "lourds" du service.

5 - CONCLUSION

La décision d'hospitaliser sans consentement pointe une contradiction inhérente à la psychiatrie entre la nécessité de soins et l'absence de consentement aux soins. L'importance grandissante que prend le respect des libertés individuelles dans notre société conduit à un renouvellement du questionnement autour de la meilleure façon de respecter l'autonomie des patients en psychiatrie.

Les réponses législatives apportées, ainsi que le développement des outils de défense des droits des patients, ne viennent pas à bout de la question du respect de l'autonomie des patients en psychiatrie.

Au-delà de la nécessité de restaurer l'autonomie psychique du patient et en même temps de la nécessité aussi de respecter une autonomie que l'on pourrait qualifier d'autonomie liberté (droits égaux aux autres citoyens, respect de la liberté d'aller et venir, liberté de choix, etc.), nous avons retenu du discours des patients que leur souci est d'être respecté dans leur humanité.

Il nous semble important de réfléchir et de développer d'autres moyens visant à respecter cette autonomie, en multipliant les liens entre les protagonistes.

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

Nous remercions chaleureusement les différentes équipes participantes: de l'unité du Dr Depecoulas à l'hôpital Sainte Anne à Paris, le service, de l'unité du Dr Defromont à Lille et de l'unité du Dr Younes au Chesnay. Ainsi que le groupe du Centre d'éthique clinique pour sa critique bienveillante et constructive.

RÉFLEXIONS ÉTHIQUES SUR LA DÉCISION D'HOSPITALISER SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE: COMMENT REPENSER LE PRINCIPE DE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS CE CONTEXTE?

Nicolas Foureur, médecin, Centre d'éthique Clinique

Perrine Galmiche, doctorante en philosophie, Centre d'éthique Clinique

L'étude d'éthique clinique sur la décision d'hospitaliser sans consentement en psychiatrie éclaire, une fois de plus peut-être, l'opposition constante entre la nécessité de soin - au nom d'un «droit à la santé» - et l'absence de consentement aux soins - au détriment du respect des libertés individuelles, ou plus spécifiquement en médecine des droits des patients -. La rencontre des protagonistes sur le terrain a permis de mettre en lumière les disparités des approches professionnelles vis-à-vis du consentement et plus largement de la contrainte, donnant à la culture du soin, si ce n'est à la culture de chaque service psychiatrique, une importance majeure. C'est la rencontre avec les patients qui permet peut-être d'éclairer de manière renouvelée la question du respect de l'autonomie dans le cadre des hospitalisations sans consentement en psychiatrie. Sans qu'ils ne nient la possible utilité des services rendus par la psychiatrie et sans qu'ils ne focalisent leur discours concernant l'autonomie sur le seul respect de leur consentement, mais en insistant sur l'importance du respect de leur humanité, les patients nous conduisent à réfléchir au-delà de «l'autonomie psychique» ou de «l'autonomie liberté», vers une autonomie qui sera ici nommée «autonomie-intégrité».

La loi et les outils de défense des droits des patients, bien que nécessaires, ne sont pas suffisants pour restaurer une certaine autonomie des patients hospitalisés sans consentement.

Malgré l'évolution de la loi et la mise en place de nouveaux outils de défense des droits des patients, le dilemme éthique posé par l'hospitalisation sans consentement entre la défense du meilleur intérêt médical du patient et le respect de ses libertés reste entier. Au regard des fonctionnements différents des trois sites d'inclusion de l'étude, il semble que les décisions d'hospitalisation sans consentement et celles du recours à la contrainte étaient principalement liées à des cultures et des pratiques de soin différentes, et non aux recommandations de la loi. Lorsque l'accent est mis en priorité sur la restauration rapide de l'autonomie psychique du malade, le recours aux traitements médicamenteux et à la contrainte se justifie par l'urgence de la nécessité de soin et ne sont pas forcément questionnés, le sujet du consentement devenant secondaire. Si l'accent est mis sur le respect des libertés de la personne, estimant que c'est aussi la manière la plus efficace

de faire de la psychiatrie, l'alliance thérapeutique est mise en avant, la contrainte est le plus souvent rejetée, et le consentement du patient est plus facilement interrogé. Dans un troisième cas de figure, les décisions peuvent être liées à des éléments contextuels faisant pencher la balance d'un côté (restauration de l'autonomie psychique) ou de l'autre (respect des libertés). Par exemple, alors que leur but était de restaurer au plus vite l'autonomie psychique du patient, une des équipes de l'étude ne pratiquait aucune hospitalisation sans consentement sous forme de péril imminent du fait que des avocats de leur juridiction étaient très attentifs au respect des libertés des personnes atteintes de troubles mentaux, entraînant de fait un respect plus grand des libertés des patients de la part de l'équipe en question. Or ces approches de la psychiatrie peuvent avoir chacune des avantages et des limites. Franchir le cap d'hospitaliser sans consentement peut entraîner des risques plus grands de moins respecter globalement l'autonomie du patient, en étant moins vigilant vis-à-vis de sa compétence possible pour d'autres soins ou de ses choix en général. Inversement, le respect trop absolu de la liberté peut entraîner une perte de chance médicale.

Il est également apparu dans l'étude que ce n'est pas parce que la loi est respectée par les professionnels de santé que la procédure rend la décision d'hospitaliser sans consentement éthique. Prenons l'exemple de la signature des proches pour hospitaliser sans consentement le patient. Bien souvent pour les professionnels rencontrés, une hospitalisation sans consentement avec une signature des proches est l'assurance qu'ils ont respecté les règles et procédé éthiquement à l'hospitalisation du patient. Un médecin nous disait en ce sens: «Le juge va regarder si on a fait les choses dans les règles de l'art, si l'on n'a pas abusé». La signature des proches est pensée par les médecins (et par la loi) comme un outil de défense des droits des patients, puisque censée éviter des décisions d'hospitalisation abusives de la part des psychiatres. Mais, d'une part, alors que les médecins disaient faire prévaloir l'avis des proches dans la décision d'hospitaliser sans consentement du fait qu'ils signaient, ils pouvaient faire des hospitalisations sans consentement sans les proches lorsqu'ils pensaient que leur avis était délétaire ou inutile. D'autre part, du côté des proches, ceux qui nous ont dit qu'il était important pour eux de signer l'ont fait principalement pour rester au plus près du patient, et non pas vraiment dans le souci de justifier l'hospitalisation sans consentement. Enfin, la signature des proches peut être davantage utilisée comme une justification a posteriori que l'on a bien fait d'hospitaliser le patient sans son consentement, plutôt que comme un moyen éthique d'interroger la capacité de consentement du patient et le respect de son autonomie afin d'éviter les abus. Même s'il n'est pas question ici de remettre en question la légitimité des hospitalisations sans consentement dont il était question dans l'étude, on peut douter que la signature des proches ne soit un réel outil permettant d'interroger, et donc de mieux

respecter; le principe de respect de l'autonomie des patients.

Enfin, les patients eux-mêmes n'ont pas montré d'intérêt particulier à propos du questionnement concernant le respect du droit à la santé versus le respect des droits des patients. Ils ont paru, au cours de cette étude, assez peu concernés par leurs droits en général, et par la protection de leurs libertés citoyennes en particulier. En réponse aux interrogations sur le respect de leur consentement, les patients ont mis en avant la rudesse des conditions de vie à l'hôpital et la difficulté de vivre avec des troubles mentaux, laissant penser que le respect de l'autonomie s'étend au respect de la personne humaine, d'autant plus qu'elle est hospitalisée sans consentement.

Comment dès lors respecter l'autonomie au-delà du consentement à l'hospitalisation?

La notion de consentement est depuis longtemps étudiée en psychiatrie et de manière plus large chez les personnes «vulnérables», c'est-à-dire n'étant pas forcément reconnues comme compétentes pour décider pour elles-mêmes. Benoit Eyraud et Pierre A. Vidal-Naquet par exemple parlent de consentement «intime» ou «incertain»²⁶ pour décrire une des facettes du consentement de personnes sous tutelles, c'est-à-dire celles dont les capacités à consentir ont été juridiquement disqualifiées. Il s'agit pour eux de laisser une place à un consentement, relatif à une auto-détermination et un choix éclairé, moins précis ou exprimé de manière moins rationnelle, pour mieux garantir la dignité de la personne dite «incapable» et pour favoriser son autonomisation. Dans l'étude d'éthique clinique, ni les patients ni les professionnels n'ont exprimé un avis sur le consentement ou ses différentes facettes. Pour autant, il est important de réaffirmer ici que le consentement est un principe fondamental en médecine, et cela même en psychiatrie. Une fois cette barrière infranchissable mise à mal, le principe de l'autonomie devrait être davantage respecté pour tout ce qui concerne le reste de l'hospitalisation, et non pas entraîner davantage de pratiques ressenties comme humiliantes par les patients. Le respect de l'autonomie ne se limitant pas forcément au consentement éclairé de la personne, les témoignages des patients rencontrés dans l'étude montrent la nécessité de respecter aussi leur intégrité. Au-delà du consentement à l'hospitalisation, il serait possible de respecter une forme d'autonomie qualifiée d'«autonomie-intégrité». Celle-ci se distinguerait à la fois de l'«autonomie psychique», dont la restauration justifie le recours aux traitements et aux hospitalisations sans consentement si nécessaire, et de l'«autonomie liberté» des personnes que l'on respecte à travers plus de droits citoyens.

Respecter l'intégrité d'une personne signifie la considérer dans sa globalité, en tant qu'elle est un être humain singulier: «Étymologiquement, l'intégrité est unité... Nous utilisons le

²⁶ Eyraud B, Vidal-Naquet PA. «Consentir sous tutelle. La place du consentement chez les majeurs placés sous mesure de protection». *Tracés - Revue de Sciences humaines*. 2008;14:103-127.

terme pour quelqu'un qui respecte ses propres normes. Et c'est vivre en fonction de ses normes qui fait que l'on est «un», une personne entière»²⁷. L'intégrité a été notamment pensée par les défenseurs de «principes européens de la bioéthique»²⁸, qui ont estimé que les principes de respect de l'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance et de justice selon Beauchamp et Childress²⁹ n'étaient pas suffisants pour être applicables de façon universelle, et en particulier en Europe où il est plus généralement souhaité que l'éthique repose moins sur des considérations normatives abstraites que sur la prise en compte et le respect de la personne dans sa dimension existentielle propre et ses valeurs individuelles³⁰. L'intégrité du patient doit, dans cette perspective, être prise en compte au même titre que son autonomie, sa dignité et sa vulnérabilité. En d'autres termes, lorsque le patient n'est pas considéré comme autonome car incapable de donner un consentement éclairé aux soins, cela n'empêche pas le respect de son intégrité, à savoir «l'intouchable noyau, la sphère privée de l'individu humain qui ne doivent pas être soumis à des interventions extérieures»³¹.

La violation de l'intégrité de patients hospitalisés sans consentement a déjà été mise en évidence dans la littérature³². Des études anglo-saxonnes se sont par exemple intéressées aux ressentis de patients hospitalisés sans consentement³³. Des aspects positifs sont valorisés par les patients: l'information reçue, la codécision avec les professionnels, la compassion, la confiance, se sentir reconnu comme un individu à part entière. Inversement, des patients critiquent des aspects négatifs: ne pas pouvoir décider de son traitement, être contraint de respecter les règles, le manque d'humanité, la dévalorisation, le sentiment de perte de contrôle sur ses choix. Une enquête française a interrogé par questionnaire des patients hospitalisés en psychiatrie, dont 27% l'étaient sans consentement³⁴. Elle pousse à responsabiliser les patients en les informant et en les faisant participer aux décisions pour diminuer leur sentiment d'impuissance, de dévalorisation et de vécu punitif. Toutes ces études montrent que si les patients ont le sentiment d'être écoutés, ils se sentent davantage respectés en tant qu'être humain, ce qui améliore la qualité des soins.

²⁷ Audi R, Murphy PE. "The many faces of integrity". *Business ethics quarterly*. 2006;16(1):3-21.

²⁸ Rendtorff JD. "Basic ethical principles in European bioethics and biolaw: autonomy, dignity, integrity and vulnerability--towards a foundation of bioethics and biolaw". *Medicine, Healthcare and Philosophy*. 5(3), 2002, pp. 235-244.

²⁹ Beauchamp TL, Childress JF. *Les principes de l'éthique biomédicale*. Paris: Les belles lettres, 2008.

³⁰ Häyry M. "European values in bioethics: Why, what, and how to be used". *Theoretical Medicine and Bioethics*. 2003;24(3):199-214

³¹ cf. Rendtorff: "In bioethics and biolaw the idea of integrity as an untouchable core, the personal sphere, which should not be subject to external intervention, is the most important".

³² Johansson IM, Lundman B. "Patients' experience of involuntary psychiatric care: good opportunities and great losses". *J Psychiatr Ment Health Nurs*. 2002;9(6):639-47

³³ Katsakou C, Priebe S. "Patient's experiences of involuntary hospital admission and treatment: a review of qualitative studies". *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2007;16(2):172-8.

³⁴ Katsakou C et al. "Psychiatric patients' views on why their involuntary hospitalization was right or wrong: a qualitative study". *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2012;47(7):1169-79

³⁴ Cano N et al. « L'hospitalisation en psychiatrie : point de vue des perspectives éthiques ». *Annales Médico Psychologiques*. 2013;171(8):518-523.

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

Les conclusions de ces études poussent en général les soignants à améliorer leurs pratiques au nom de la non malfaisance et de la bienfaisance pour les patients. Cela se rapproche dans ce cas d'un respect de l'«humanité ordinaire» de la personne³⁵ qui peut se traduire par des gestes et des paroles polis, ou conformes aux attentes d'une relation entre deux personnes. Les témoignages des patients dans l'étude d'éthique clinique se rapprochent des constats de ces différentes études. Mais il est possible de les entendre différemment en versant leurs attentes au respect de leur autonomie, en l'occurrence leur «autonomie intégrité». Cela peut pousser davantage à penser le respect de l'autonomie de la personne alors qu'on risque de l'oublier lorsqu'elle est hospitalisée sans son consentement. Il ne s'agit pas seulement d'être poli, empathique, patient, courtois, respectueux de l'intimité des personnes pour apaiser leur douleur d'être dans cette situation, mais il s'agit de continuer à penser la meilleure façon de respecter leur autonomie. Penser le respect de l'autonomie à travers plus de respect de l'intégrité des personnes pourrait bien changer le regard que l'on porte sur la personne hospitalisée sans consentement et sur les objectifs accordés aux différents soins.

Respecter davantage l'autonomie des patients hospitalisés sans consentement en respectant leur « autonomie-intégrité ».

Le concept d'intégrité peut donc venir pallier l'insuffisance de celui d'autonomie lorsqu'elle est entendue comme autodétermination³⁶. Alors que l'autonomie relèverait davantage d'un choix de la personne, l'«autonomie-intégrité» permet de respecter celle-ci plus largement à travers ses valeurs, renvoyant à un sentiment universel d'être une entité à part entière. S'atteler à respecter l'«autonomie-intégrité» du patient peut permettre un respect plus global de sa personne, et non son seul aspect rationnel qu'elle peut ou non avoir. Afin de respecter l'«autonomie-intégrité» des patients dans ce milieu potentiellement rude qu'est la psychiatrie, où de nombreuses habitudes sont implantées et où les personnes peuvent se sentir plus facilement stigmatisées qu'ailleurs, il semble nécessaire d'être plus vigilant qu'ailleurs à les considérer comme des personnes dignes de reconnaissance et avec qui il est possible de discuter des décisions et des interdictions du quotidien. Il peut également s'agir de prendre en considération l'intégrité corporelle de la personne et veiller à ne pas y porter atteinte ou à tenter de la reconstruire si elle a été heurtée. Une fois de plus, respecter cette intégrité au nom de l'autonomie plutôt qu'au nom des principes de non malfaisance et de bienfaisance permet de se positionner par rapport au patient, et non par rapport à ce que l'on pense qui serait mieux pour lui. L'amélioration des bonnes pratiques en psychiatrie peuvent ainsi ne pas se limiter aux recommandations médicales sur le sujet (par exemple à partir de la recherche sur l'isolement³⁷ ou la valorisation de l'écoute du patient lors de soin contraint³⁸).

³⁵ Spranzi M. « Humanity and "ordinary abuse": learning from hospital patients' complaints ». *Perspectives in Biology and Medicine*. 2018;61(2):264-278;2013;171(8):518-523.

³⁶ Pellegrino E. « The relationship of Autonomy and Integrity in Medical Ethics ». *Bull Pan Am Health Organ*. 1990;24(4):361-71.

³⁷ Prinsen EJD, Van Delden JJM. « Can we justify eliminating coercive measures in psychiatry ». *J Med Ethics*. 2009;35:69-73.

³⁸ Ven den Hooff S, Goossensen A. « How to increase quality of care during coercive admission? A review of literature ». *Scand J Caring Sci*. 2014;28(3):425-34.

Dans l'étude d'éthique clinique, les patients ont parlé de la nécessité d'interactions avec les soignants ou avec les autres patients. Ils étaient aussi sensibles, pour certains, au concept de personne de confiance. Cela peut laisser penser qu'ils réclament implicitement plus de liens, non pas seulement pour mieux supporter leur sort, mais pour se sentir respectés dans leur intégrité afin de mieux défendre leur autonomie.

En pratique, cela pourrait se traduire par des pistes qui ont pu être observées dans les différents sites que nous avons étudiés: le développement d'unités de soins 24 heures (où la pression vis-à-vis de la décision d'hospitaliser sans consentement est atténuée grâce au temps et aux moyens alloués à la gestion de crise), ou la présence d'équipes mobiles de soins en dehors de l'hôpital (pour mieux prévenir les moments de crises et pouvoir les gérer si possible sans recourir à l'hospitalisation).

Mais même en cas d'hospitalisation sans consentement, un meilleur respect de l'«autonomie-intégrité» des personnes pourrait se traduire par davantage de dialogue, comme des débriefings réguliers de toute sorte avec les patients, mais aussi l'utilisation de directives anticipées en psychiatrie, ou l'organisation de «revues de morbi-mortalité» (habituelles en médecine somatique) en cas d'hospitalisation sans consentement.

La mise en place de référents extérieurs au service, voire à l'hôpital, est une autre piste ; il jouerait un rôle de «personne de confiance» pour le patient.

Notons que le respect de l'«autonomie-intégrité» peut également passer par des remises en question sur le port du pyjama de façon systématique, les interdictions de visites ou des réflexions inappropriées que les patients peuvent entendre sur eux-mêmes.

L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE À L'AUNE DE L'EXPÉRIENCE DE TROIS PSYCHIATRES PROVENANT DES HOPITAUX DONT DES SERVICES ONT PARTICIPÉ À L'ÉTUDE D'ÉTHIQUE CLINIQUE.

Nadia Younes, professeure en psychiatrie, a en charge les unités d'hospitalisations après avoir été responsable de la filière des urgences psychiatriques du service de psychiatrie adulte à l'hôpital André Mignot du Chesnay (Centre Hospitalier de Versailles).

L'hospitalisation sans consentement vous semble-t-il un échec thérapeutique ?

Non. Ce serait marquer trop négativement cette décision qui est parfois nécessaire, et qui peut ouvrir à des soins et au final, à une «réussite thérapeutique».

Reste qu'il y a une notion d'échec parce que le consentement n'a pu avoir lieu, or le recueil de ce dernier est ce qui nous guide en premier lieu notre pratique.

C'est à dire... Quelle place donnez-vous au consentement ?

Elle est essentielle car le consentement aux soins est la base de l'alliance avec le patient. L'acceptation par la personne de la maladie, comme l'acceptation des traitements est primordiale. Les soins consistent à traiter la maladie et à avancer sur l'alliance avec les soins que ce soit avec ou sans consentement.

En psychiatrie la question du consentement revêt un espace particulier, car les troubles mentaux peuvent remettre en cause la conscience même d'être malade et donc celle de la nécessité de suivre un éventuel traitement.

Consentement et autonomie vous paraissent comme deux notions très proches ?

Elles sont évidemment proches. L'autonomie passe par un consentement aux soins. Les personnes qui ont des évolutions favorables, c'est-à-dire un rétablissement, ont retrouvé une autonomie un moyen de vivre avec leur maladie en consentant aux soins. À l'opposé, des personnes enfermées dans leur maladie peuvent perdre momentanément leur autonomie et être dans l'incapacité de consentir à leurs soins.

Dans votre pratique de médecin psychiatre où vous recevez en urgence des patients dans une unité d'observation de 72 heures, quels sont vos repères quand vous décidez à un moment de passer outre au refus du patient ?

C'est d'abord la mise en danger, que ce soit de la vie d'autrui ou de la personne elle-même. En sachant que nous sommes dans un état de crise lié à des troubles mentaux. C'est cela qui nous détermine : protéger la personne ou les autres. Bref, protéger et ne pas faire de mal.

La nouvelle loi de 2011 avec l'intervention du juge vous aide-t-elle ?

D'abord, nous l'avons ressentie comme une lourdeur nouvelle importante, et au quotidien cela peut être pénible, tant les démarches administratives sont prenantes.

Mais parallèlement, que voit-on ? Le juge est un tiers, ici pour défendre les droits du patient, vérifier que la procédure est conforme à la loi.

Dans les décisions qui sont prises, l'introduction du juge représente indéniablement un progrès pour le droit des personnes, à commencer par l'accès désormais des personnes aux certificats médicaux...

C'est-à-dire ?

Avant, les malades n'avaient pas accès à leurs certificats. Ils en étaient mis à l'écart. Désormais, ils voient concrètement ce que l'on a écrit sur eux, sur ce qui a été évalué. Ils peuvent contester, se défendre, ou s'y appuyer. Je trouve que c'est un grand progrès car cela clarifie la relation dans les soins sans consentement en la rendant plus transparente et réduit l'asymétrie avec le patient.

En plus dans les faits, cela provoque des changements, car il y avait des pratiques paternalistes où le médecin se contentait de dire «on vous garde pour votre bien». Ce n'est plus le cas. Les patients savent. C'est un droit pour les patients s'il est bien appliqué. Mais les choses ne sont pas toujours simples, les patients peuvent avoir peur du juge.

Assistez-vous aux audiences quand le juge vient pour statuer ?

Non, je n'y assiste jamais, je suis débordée, et je pense que cela ne serait pas souhaitable...

Et qu'en est-il du dispositif de la personne de confiance et des directives anticipées pour aider le patient quand il n'est plus en état de consentir ? Est-ce une façon de respecter l'autonomie du patient ?

Ce n'est malheureusement, ni dans nos habitudes, ni dans notre pratique. Ce que je vois, c'est que dans la pratique la personne de confiance, me semble-t-il, a du mal à s'implanter, et d'ailleurs je trouve l'idée d'une personne de confiance moins intéressante que les directives anticipées.

Pourquoi ?

Les directives anticipées sont censées rendre compte de la parole directe de la personne quand celle-ci ne peut plus s'exprimer. Il n'y a pas de tiers, c'est elle-même qui dit ou écrit. Et cela peut aider à une meilleure prise en charge de moments de crise, en établissant ses préférences. Elle peut ainsi se défendre, dire ce qu'elle souhaite dans un moment où elle a retrouvé une sérénité pour le faire, évoquer ses difficultés. J'espère que l'on arrivera à les mettre en place, si elles ne deviennent pas judiciairisées et si l'on peut aussi reconnaître

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

que le patient peut aussi avoir changé d'avis entre le moment où il a rédigé la directive anticipée et le moment où il n'est plus en état de consentir aux soins. Tout ceci peut limiter l'application des directives anticipées. Il serait pertinent de développer plus de programme d'intervention contractualisé avec la personne sans le limiter à la question de la rechute et des modalités précises de sa gestion.

Alors que dans le dispositif de la personne de confiance, ce n'est pas toujours simple, les relations aux autres sont compliquées, la parole de la personne est souvent mise de côté.

La famille est-elle un appui ?

Dans notre travail, nous sommes très soucieux de la famille, car c'est le garant d'un groupe de personnes qui a priori veut du bien au patient, et il est important pour les soignants de pouvoir s'appuyer sur d'autres. Et de se dire que l'on n'est pas seul à penser cela, cela crée de la cohérence.

C'est comme cela que je vois le tiers (la personne qui signe la demande de tiers) ; il est dans la relation mais aussi dans la confiance. Et dans les soins sans consentement, il peut assurer la défense de la personne. Car c'est l'entourage qui peut le mieux exprimer les souhaits et les droits de la personne qui n'est pas toujours en mesure de les exprimer actuellement du fait du trouble mental.

Qu'est-ce qui vous manque ?

Les familles nous disent souvent que c'est difficile quand la personne est avec eux à la maison ; elles se sentent démunies, parfois délaissées. Il y a parfois des équipes mobiles pour aider dans ces situations, mais parfois, nous arrivons trop tard. Parfois encore, les soins sans consentement interviennent parce que le patient ne prend plus son traitement. C'est vrai que si le dispositif des directives anticipées était plus développé, cela nous aiderait....Après, la réalité n'est pas toujours simple...

Comme vous le dites, on a parfois le sentiment que les hospitalisations sans consentement interviennent à l'occasion de ruptures dans le parcours de soins...

C'est vrai souvent en lien avec la difficile acceptation de soins au long cours.

Vous avez un service où vous observez, comme le prévoit la loi, pendant 72 heures le patient. A l'époque, certains s'en inquiétaient, évoquant une sorte de garde à vue sanitaire, mais à suivre votre pratique ce n'est pas le cas... ?

Ce n'est pas forcément 72h, il est fréquent de prendre des décisions de sortie ou de levée des soins sans consentement avant. L'idée inscrite dans les 72h est la possibilité de prendre du temps avant de décider, avec des réévaluations par des psychiatres différents dans ce délai. Dans certaines situations, quand le patient arrive, il y a une évidence qu'il relève d'une hospitalisation sans consentement. D'autres fois, ces 72 heures sont précieuses pour

mieux évaluer, chercher les tiers, voir avec la famille, et prendre ainsi le temps de bien peser la décision de soins sans consentement.

Ces 72 heures permettent parfois d'apaiser, et de passer les premières heures, d'aller vers des soins «libres», que la personne, au début, n'acceptait pas. L'on évite de passer en force avec une hospitalisation sans consentement. Ces contacts pendant ces 72 heures sont souvent importants, car ils déterminent souvent le type d'alliance autour des soins qui se nouera.

Et c'est important...

Cette alliance est ce qui nous guide comme je l'ai déjà dit. Parfois il y a besoin d'une hospitalisation pour que la personne réalise quelque chose de la réalité... L'hospitalisation, y compris sans consentement, n'est pas que délétère. En d'autres termes, l'alliance thérapeutique n'a de sens que si elle s'appuie sur l'autonomie du patient. Cette alliance est le moyen de consolider l'autonomie du patient. C'est notre but, et notre souhait.

Êtes-vous inquiète de l'évolution actuelle avec une forte hausse des soins sans consentement situation ?

Bien sûr qu'il faut prendre en compte ces chiffres qui indiquent une montée des soins sous contrainte, mais ce n'est qu'un morceau du puzzle; il nous manque d'autres données, sur le devenir des patients, sur les durées d'hospitalisation, il faut travailler sur d'autres indicateurs, et voir au final ce qui est délétère.

Ce qui est troublant, ce sont les variations des pratiques. Il faut comprendre à quoi elles tiennent? Pourquoi assiste-t-on dans un service à un taux élevé de contention, et dans un autre service il est très faible voire nul? Pourquoi le taux de soins sans consentement varie fortement selon les départements et les établissements. C'est vraiment un problème: l'organisation des soins en psychiatrie repose sur l'égalité et ces variations traduisent à une inégalité géographique qui n'est pas satisfaisante.

Est-ce que la contention ou l'isolement soulèvent, à vos yeux, les mêmes interrogations d'un point de vue éthique ?

Je pense que c'est assez proche, car cela renvoie globalement aux mêmes situations cliniques. Clairement c'est une violence faite à la personne, plus violente encore que le soin sans consentement. Cette violence doit être encadrée. Mais parfois quand la personne ou autrui est en danger, l'isolement ou la contention est inévitable.

Vous avez évolué sur ces questions ?

L'élément important a été pour moi la loi de 2017 qui a institué le registre où sont notés toutes les mesures d'isolement et contentions et leurs durées dans les services

en psychiatrie. Avant, ces pratiques se perdaient dans un impensé, elles n'étaient pas travaillées.

Aujourd'hui la responsabilité de cet acte est présente, on y réfléchit. Tous ces actes relèvent de prescriptions réévaluées quotidiennement. Les décisions sont réévaluées et on peut développer des systèmes de débriefing.

Et c'est sain ?

Oui. La médecine est pragmatique, aujourd'hui nous prenons des décisions qui sont plus collectives, elles s'appuient sur une sagesse de l'équipe. On peut se tromper, mais c'est dit, écrit. On prend les registres des contentions, on voit quand et comment... Tout est tracé, les durées, les moments. Cela ne banalise pas du tout. Tout simplement, on essaye de faire au mieux.

FAUT-IL TOUJOURS CONSIDÉRER UNE HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT COMME UNE ERREUR ? VOIRE COMME UN ÉCHEC ?

Emma Beetlestone a longtemps travaillé comme psychiatre à Lille dans un secteur piloté fondé par le Dr Jean Luc Roelandt. Elle est maintenant psychiatre à Marseille.

Faut-il considérer toujours une hospitalisation sans consentement comme une erreur ? Voire comme un échec ?

Il faut considérer toute contrainte, quelle qu'elle soit, comme un événement indésirable grave (EIG). Et en cela comme un échec. Pour autant, cela ne veut pas dire que cela ne pouvait ou ne devait pas arriver. Parfois, comme médecin, on est confronté à une impasse, une situation impossible, on n'y arrive pas. Dans la très grande majorité des cas on aurait peut-être pu l'éviter. Et c'est en ce sens que je parle d'événement indésirable grave.

C'est à dire...

A mes yeux, on doit considérer l'hospitalisation sans consentement comme quelque chose qui n'aurait pas dû arriver car le consentement du patient est au fondement de tout acte en médecine, et donc en psychiatrie.

Cela me paraît essentiel : ne pas considérer cela comme banal, comme un passage obligé dans les soins psychiatriques. Et toujours regarder cette décision comme problématique, avec en arrière fond que dans la plupart des cas avec d'autres actions nous aurions pu l'éviter. Très souvent, dans les situations où des soins sans consentement sont décidés, les patients ne refusent pas une aide, un suivi ni un traitement mais ils s'opposent par contre à une hospitalisation en psychiatrie car associée à l'enfermement ou encore au stigmate du « fou » ou du « malade mental ». C'est ce refus de l'hospitalisation qui, dans la majorité des cas, conduit à décider d'une mesure d'hospitalisation sans consentement. Si des alternatives existaient partout sur le territoire français, comme les équipes mobiles de crise pouvant assurer un suivi et un soutien très intensif (jusqu'à plusieurs par jours consacrées à la personne, à son domicile ou tout autre lieu), ou encore les maisons ou lieux de répit qui peuvent accueillir, hors de l'hôpital, des personnes en crise ayant besoin de s'éloigner de chez elle pendant un temps, on pourrait éviter une grande partie de ces hospitalisations. La présence des pairs-aidants, ou médiateurs de santé pair, concourt aussi à diminuer ce risque, car elle permet de rassurer la personne, de l'aider à défendre ses valeurs et ses droits, mais aussi de déstigmatiser les soins proposés. Or ces professionnels de santé, dont l'utilité en santé mentale est pourtant reconnue dans de nombreux pays, sont encore trop rarement intégrés dans les équipes, et en particulier aux urgences.

Si on considère donc l'hospitalisation, et plus globalement les soins sans consentement,

comme un évènement indésirable grave, alors on peut reprendre la situation en équipe par la suite, et si possible avec l'usager et ses proches, et voir comment il aurait été possible de faire autrement. Les EIG étant aussi signalés aux agences régionales de santé, considérer les hospitalisations sans consentement comme telles serait aussi un moyen d'assurer une veille constante de ces situations.

C'est à dire que certaines fois, néanmoins, la médecine ne peut rien faire d'autres...

Oui. Parfois on ne peut pas faire autrement, on ne sait pas quoi faire d'autre, par exemple la personne courrait le risque de se jeter par la fenêtre sous l'injonction de voix envahissantes, et l'on ne voyait pas comment on pouvait l'éviter sans prendre cette décision. Pour autant, je le redis, cela n'est pas un évènement comme un autre. Ce n'est pas une fatalité.

Comment vous est venue cette idée de regarder l'hospitalisation sans consentement ou plus généralement toute contrainte comme un évènement indésirable? D'ordinaire les EIG renvoient à la prise de médicament...

Cela m'est venu dans ma pratique quotidienne dans un service de psychiatrie dans la métropole lilloise. Quand j'y travaillais, on n'avait pas encore classé les soins sans consentement comme évènements indésirables graves. Mais on le faisait pour les contentions auxquelles on n'avait recours qu'exceptionnellement (1 à 2 fois par an). Cela m'a amenée à penser que toute restriction de liberté de manière générale devrait être considérée comme une atteinte aux droits fondamentaux de la personne et donc comme un évènement indésirable grave.

C'est aussi parce qu'à Lille dans le secteur où vous travailliez, la question du consentement était centrale.

Tout à fait. À Lille, j'étais dans un service où les pratiques étaient différentes de la plupart des services de psychiatrie, où la notion de citoyenneté était essentielle, et cela ouvrait la possibilité d'un sens critique sur sa propre pratique. Il faut qu'il y ait toute une culture sous-jacente pour pouvoir questionner ces pratiques. Nous étions dans un service dont le principe était: on n'enferme pas, on hospitalise le moins possible, et on considère les usagers de la psychiatrie comme des citoyens à part entière, avec les mêmes droits et les mêmes devoirs que les autres, sans pour autant nier l'existence de troubles psychiques pouvant altérer de manière transitoire le jugement des personnes.

Quelle place donner au consentement en psychiatrie?

Il faut regarder la question du consentement sur tout le champ de la médecine, et non pas seulement dans le champ des troubles psychiques.

Il y a beaucoup de situations cliniques en médecine où la question se pose : en réanimation, en neurologie, en gériatrie, etc... on trouve kyrielle de pathologies qui entraînent des altérations du consentement, voire du jugement, ou de la capacité décisionnelle... Cela ne concerne donc pas que la psychiatrie. Or quand il y a cette altération, il faut envisager d'autres dispositifs, comme par exemple l'implication de la personne de confiance dans le processus décisionnel, et les directives anticipées. Et ces dispositifs me paraissent être applicables en psychiatrie comme dans les autres domaines de la médecine.

C'est à dire...

La personne doit être épaulée, soutenue dans son autonomie. D'après moi, le rôle du médecin devrait être de conseiller plus que de décider. Le médecin conseille sur des stratégies de traitement, puis le patient décide, et lorsqu'il n'est plus en capacité de décider, c'est la personne de confiance qui sert de relais en se fondant si possible sur les directives anticipées du patient.

Dans ce système, on reste dans le droit commun: il y a un droit d'accepter ou pas des soins. Et ce droit, on peut l'anticiper, chacun peut imaginer, le détailler, et s'y préparer que ce soit pour la fin de vie ou la perte d'autonomie psychique, temporaire ou permanente.

Mais personne ne se prépare à cette situation...

Le problème, c'est que les stigmates de la maladie mentale sont tels que personne ne veut s'imaginer malade. On pense souvent qu'on est protégé, parce qu'on « n'est pas fou ». Or si on pensait tous à anticiper un épisode de crise psychique et ce qu'on voudrait comme aide et comme soins, comme on peut anticiper la fin de vie, les pratiques en psychiatrie seraient transformées, à condition que les professionnels puissent mettre en œuvre ces directives anticipées.

Aujourd'hui, soyons humble, on ne peut pas envisager que toutes les personnes ayant un contact avec la psychiatrie, en particulier lors d'un premier épisode, aient rédigé des directives anticipées et choisi auparavant une personne de confiance, et certaines personnes refusent de le faire, mais déjà si on peut informer les usagers, leur dire que c'est possible et qu'on tâchera de respecter leurs souhaits en cas de nouvelle crise, cela peut permettre à une grande partie d'entre eux de se sentir respectés même dans les moments où ils ne sont plus en capacité de décider. J'ai le sentiment que si les gens ne le font pas, c'est surtout parce qu'ils ne sont pas informés. D'autres sont sceptiques, estimant que s'ils décidaient quelque chose d'avance, cela ne servirait à rien car cela ne serait pas suivi, ce serait même pire à leurs yeux...

Respecter l'autonomie du patient, c'est à vos yeux, respecter son consentement...

Oui, en tout cas sur le plan éthique. En santé mentale, comme dans d'autres domaines de la santé, la question de l'autonomie de la personne dans les choix qu'elle fait est constamment posée: que cette perte d'autonomie soit justifiée par des conflits intrapsychiques inconscients ou par des dysfonctionnements dans la neurotransmission, la relation médecin-malade en psychiatrie ne peut en faire l'économie. Pourtant, il est possible de conserver le modèle décisionnel où c'est le patient qui prend la décision de suivre ou non les conseils du médecin, et non le médecin qui décide avec ou sans le consentement du patient, quel que soit le niveau d'altération de l'autonomie de la personne au moment où le choix des soins se pose, car il est très rare que la personne ayant un trouble psychique soit en incapacité totale et constante de prendre des décisions pour elle-même.

Cette position que vous soutenez est-elle liée à vos valeurs ou à votre expérience clinique?

Les deux sont fortement liées. Je ne me posais pas ce type de question au début de ma pratique. Puis au fil de ma pratique clinique, j'ai acquis une forte conviction que la prise en charge hospitalière (en psychiatrie ou en MCO) entraîne, quel que soit la qualité des soins apportée, une relation professionnel- usager asymétrique, infantilisante et réductrice du « pouvoir d'agir » de la personne bénéficiaire des soins. Et qu'en cela il fallait l'éviter au maximum.

Il y a eu aussi l'influence de certains courants en santé mentale, comme ceux reposant sur le rétablissement, auxquels je me suis intéressée car ils faisaient échos à mon expérience de terrain.

Dans cette analyse, quelle place donnez-vous à la loi? Et en particulier, l'intervention du juge qu'impose la loi du 5 juillet 2011, est-ce une bonne chose?

Je suis pour l'introduction de la justice dans le processus de soins sans consentement, et j'aurais même été plus loin, car lors de toute privation de liberté, ce n'est pas à la médecine de décider seule. D'autres points de vue devraient y concourir. Or cela ne se fait pas, ce sont des décisions prises souvent dans l'urgence...

Pourtant, c'est possible. Au Canada, hors de l'urgence, tout soin sans consentement se débat dans les tribunaux, le patient pouvant venir avec son avocat. Cela me paraît important. Et d'ailleurs même en urgence cela pourrait se faire, en imaginant un juge disponible en permanence pour ces situations.

Pour moi, cela me semble essentiel de rester dans le droit commun : la psychiatrie ne doit pas être une zone de non droit, sous prétexte que les patients ont des troubles altérant leurs capacités psychiques.

Aujourd'hui, paradoxalement, le nombre de décisions sous contrainte augmente. Pourquoi ?

Des chiffres montrent, en effet, que le nombre de soins sans consentement a augmenté. La question est de savoir pourquoi: la réponse est complexe. Ce n'est pas lié à l'intervention du juge, mais cela semble lié plutôt à l'apparition de la notion de péril imminent qui permet d'hospitaliser avec la signature d'un médecin seulement: dans ce cas, il y a un risque que le médecin utilise la notion de péril imminent pour faciliter sa pratique, évitant ainsi d'aller chercher un tiers. Quand j'en discute avec des collègues, je le vois bien, dès qu'il y a une loi faite pour défendre la personne, chacun la met un peu à sa sauce personnelle. La présence du juge des libertés, au moins, cela conduit à la nécessité d'argumenter pourquoi on va maintenir une contrainte de soins ou une hospitalisation et non la lever. Lorsqu'ils peuvent favoriser une sortie précoce d'hospitalisation et à condition qu'ils soient limités à la période où les capacités décisionnelles de la personne sont altérées, je suis favorable aux programmes de soins ambulatoires sans consentement, mais ils sont rarement mis en œuvre ou arrivent tardivement. Pourtant ces programmes de soins font partie des droits des usagers. L'implication du juge pourrait être un instrument pour contraindre les établissements de santé à mettre en place des dispositifs alternatifs à l'hospitalisation, et faire ainsi levier. En tout cas je le souhaite.

Pourquoi néanmoins cette augmentation ?

Dans le service où je travaillais à Lille, les hospitalisations ont été diminuées de façon drastique, mais pas celles sans consentement qui restent au même niveau que dans les autres services. Comment l'expliquer? Une des hypothèses est que le déploiement d'équipes mobiles très réactives et la déstigmatisation favorisent l'accès aux soins de personnes qui n'y avaient pas recours avant, et parfois par le biais de la contrainte.

Je pense en tout cas qu'il faut bien sûr rester vigilants sur les soins sans consentement, et tout faire pour qu'ils restent une exception, mais il est aussi primordial de respecter les droits des usagers dans les pratiques au quotidien et de leur fournir des soins de qualité: même lorsqu'elle suit des soins sans consentement, on doit pouvoir respecter les choix et les valeurs de la personne et limiter au maximum les privations de libertés (choix du médecin, choix du traitement, du lieu de soin, accès aux affaires personnelles...etc...).

Vous vous appuyez beaucoup sur la notion de rétablissement ?

Cette approche met en avant, de façon prioritaire, la notion de choix, ce qui inclut la notion de consentement. Le rétablissement, c'est vraiment l'idée que la personne choisit son parcours de vie, donc aussi son parcours de soins. Et de ce fait, cela va plus loin que le consentement: c'est la personne qui décide.

Dans cette optique, l'objectif est le suivant: comment faire pour que l'utilisateur reste bien

décisionnaire et que le psychiatre conserve autant que possible un simple rôle d'«expert-conseiller»? Bien qu'ils soient peu utilisés pour le moment en France, les outils de soins dit «orientés vers le rétablissement» sont conçus pour permettre de respecter ce processus. Et par exemple, favoriser la constitution, lorsque la personne va bien, d'un plan de crise et la désignation d'une ou plusieurs personnes de confiance. Dans la pratique, ce plan de crise se rapproche des directives anticipées; il recueille la définition des signes de la crise par l'usager; ses consignes à suivre en cas de crise, et ce plan va donc pouvoir permettre de respecter ses choix, de lui laisser un rôle décisionnel, même si, paradoxalement, les décisions sont prises par les psychiatres (prise en charge hospitalière ou non, type de molécule prescrite, restriction de liberté ou non). La personne de confiance intervient là comme garante du respect des choix de la personne.

DEVANT UNE HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT AVEZ-VOUS DES REGRETS?

Alain Mercuel est chef de service de « Santé Mentale et Exclusion Sociale » (S.M.E.S). Il préside la Commission médiocale d'établissement de l'hôpital Sainte Anne.

Devant une hospitalisation sans consentement, avez-vous des regrets ?

J'ai une position, la même que celle que j'ai avec le public de sans domicile fixe, ou de migrants : convaincre plutôt que contraindre.

C'est la base de la clinique et de mon travail. Mais quand on n'y arrive pas, nous sommes contraints d'aller vers la procédure d'admission aux soins sans consentement. C'est une procédure comme pour l'isolement ou la contention qui intervient lorsque l'on ne peut pas faire autrement, en dernier recours. Et si on ne l'utilise pas, alors cela se retourne contre nous, avec la non-assistance à personne en danger. Ce n'est pas de gaité de cœur, mais voilà c'est ainsi, c'est indispensable, il n'y a pas d'autres solutions possibles.

J'ajouterai quelque chose peut-être le plus important : une hospitalisation sans consentement est d'abord une... hospitalisation. Il y a une nécessité de soins, cela ne se discute pas, mais il faut l'argumenter. Ce n'est en aucun cas une répression...

Vous avez toujours eu ce regard-là ?

J'ai gardé, je crois, la même position. Dix ans de CPOA (centre psychiatrique d'orientation et d'accueil), c'est à dire dix années à travailler dans un lieu qui accueille toutes les urgences psychiatriques de l'Île de France, cela forge une manière d'être par rapport à l'aide aux personnes. Quand il y a une situation à risques élevés, quand la personne est ou se met en danger, voire quand elle met en danger les autres, le choix ne se discute plus. Cela n'a rien à voir avec une situation d'ordre public, c'est une évidence clinique qui s'impose.

Est-ce que la précarité de la personne change la donne ?

Ce qui change la donne, c'est qu'en situation de précarité, il y a moins de « vigies » pour prévenir et pour agir. Quand vous êtes isolé, sans ami ni famille pour repérer des troubles, alors la crise s'accroît, elle devient plus forte. Nous nous en rendons compte notamment dans les centres d'hébergement, le signalement intervient beaucoup plus tard, les états cliniques sont plus avancés, et de ce fait l'absence d'entourage « sentinelle » accentue l'évolution défavorable et inquiétante de l'état clinique. Il n'y a plus le choix : on ne discute plus quand une personne se roule dans le caniveau. À l'inverse, quand il y a un environnement contenant, absorbant, qui permet d'apaiser les troubles, quand une personne semble entourée par une famille bienveillante ou simplement veillante, alors là on peut négocier un maintien sur le lieu de vie, et prendre le temps que le

médicament agisse tout en accompagnant psychologiquement. Dans la rue ou dans les centres d'accueil non médicalisés, à destination des migrants ou pas, lorsque l'état clinique est trop aigu, on ne peut pas trop attendre : l'absence d'environnement sécurisant impose l'imminence d'une hospitalisation. Cette réalité-là nous commande.

Pour vous, s'appuyer sur un tiers est essentiel pour pouvoir passer outre au consentement de la personne. Mais n'est-ce pas un modèle dépassé ?

Je ne sais pas si c'est un modèle dépassé.

Pour moi, au contraire, c'est la pierre angulaire. Le tiers est important, il signale, il fait savoir au dispositif sanitaire qu'il y a souffrance. Quand il n'y a pas de tiers, il n'y a pas d'autres possibilités que de se tourner vers l'État avec le préfet, ou le maire, qui jouent d'une certaine façon ce rôle-là. Il se substitue au tiers manquant. Et la procédure devient une admission en soins psychiatriques, une hospitalisation en l'occurrence, sur décision du représentant de l'État (SDRE). Cette procédure est bien plus lourde qu'une admission sur la demande d'un tiers.

Lorsque le tiers est une structure d'accueil il s'engage d'une certaine manière à reprendre le relais ensuite, en bref il est là pour participer aux soins

Il n'empêche, tiers ou pas tiers, passer outre le consentement du patient, n'est-ce pas ce prendre le risque de donner un coup de canif à l'alliance thérapeutique ?

Ce n'est pas un coup de canif. L'enjeu est de maintenir la confiance. D'où l'intérêt d'avoir recours aux directives anticipées en psychiatrie, et à mes yeux, cela va être l'évolution majeure à venir...

C'est à dire....

Je pense qu'à partir du moment où l'on est sorti de l'urgence, on peut négocier avec les directives anticipées, et faire en sorte que le contact avec le patient soit maintenu, en particulier pour ceux atteints de pathologies chroniques. C'est l'essentiel de notre travail. À partir du moment où la personne est apte à discuter de son avenir, d'aborder le risque de rechutes, nous avons, elle et les soignants, tout à y gagner. Nous sommes avec elles. Les directives anticipées permettent ainsi d'envisager la suite, le dispositif de la personne de confiance venant appuyer cet accompagnement. Je prends un exemple : on pourrait imaginer que dans les directives anticipées, le choix du tiers soit abordé et que le patient désigne qui pourrait se porter comme tiers signataire d'une éventuelle hospitalisation sans consentement.

Mais les directives anticipées ont du mal à prendre...

Oui. Souvent après des épisodes d'entrée dans des maladies mentales qui peuvent être

LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

rudes, le patient se dit que tout est redevenu normal, qu'il n'est plus malade. Et ce n'est qu'après le deuxième ou troisième épisode, que le patient peut se rendre compte que les directives anticipées lui seraient utiles dans l'avenir. Je pense que cela peut marquer un changement important si le tiers est choisi par le patient lui-même. Cela peut, en tout cas, lever bien des malentendus.

Est-ce que le consentement permet de mieux défendre ou soutenir l'autonomie du patient ?

D'abord je dirais que l'autonomie du patient est une notion qui me paraît moins claire que celle de la compétence du patient. C'est cette dernière que je mets en avant. Le consentement ? Il faut le respecter bien sûr, mais c'est le lien qui importe. Or ce lien ne peut être de confiance que s'il a été tissé auparavant, dans un « contrat de confiance » par exemple comme pourraient le permettre les directives anticipées. Il s'agit bien sûr de respecter l'autonomie des personnes, mais il s'agit surtout de respecter sa parole quand celle-ci est compétente. La compétence, c'est la capacité de faire des choix de vie.

L'arrivée du juge avec la loi de 2011 vous est-elle apparue comme opportune ?

C'est opportun qu'il y ait un contrôle, car cela nous fait progresser, même si l'on peut relever une certaine stigmatisation de la psychiatrie. Parfois, lorsque nous avons des personnes hospitalisées au long cours, on mentionnait « état inchangé », à maintenir donc. Là, le simple regard du juge nous oblige à produire nos arguments cliniques, à les formuler clairement, cela nous a sorti d'une certaine routine. Cela, nous a aidés. Bien sûr, ce dispositif peut être un peu lourd, preneur de temps pour argumenter et écrire des certificats, mais le regard au-dessus de notre épaule nous fait progresser. Au-delà de cet aspect de contrôle, un décroisement de culture entre psychiatres et magistrats s'est opéré : des échanges, des formations croisées facilitent les compréhensions réciproques. Parfois, le juge semble réagir sur le fond du dossier plus que sur la forme...

Et bien là, cela se traite en appel. Lorsque l'on n'est pas d'accord sur la main levée d'un patient paranoïaque qui a réussi à convaincre le juge, notre devoir est de faire appel.

Comment expliquez-vous la forte augmentation des hospitalisations sans consentement ?

C'est difficile à analyser. En Ile-de-France, par exemple, je note une forte disparité entre les hospitalisations en SDRE au nord de Paris et celles au sud. Pourquoi ? Est-ce liée à la précarité plus forte ici qu'ailleurs ? Aux trafics de drogues ? Aux différences de soins ? Ce que je peux repérer, c'est que lorsqu'il y a un bon partenariat entre le commissariat de police et l'équipe de psychiatrie, il y a beaucoup moins de SDRE. Il en est de même quand les conseils locaux de santé mentale fonctionnent bien et sont actifs. Tout cela

entre en ligne de compte mais de nombreux facteurs restent à analyser: état des lieux des structures ? Manque de personnel?...

Et sur la notion de péril imminent?

La procédure du péril imminent, qui permet au directeur de prononcer l'admission, autorise l'absence de demande de tiers, si tant est que ce dernier a quand même été recherché.

On pourrait penser que c'est par commodité que cette forme d'hospitalisation se développe. Les temps ont bien changé, trouver un tiers est parfois bien difficile et les urgences encombrées ne peuvent dégager du temps nécessaire pour ce faire. Comment trouver un tiers chez les migrants par exemple? En ce qui concerne ce nouveau public en souffrance, depuis deux ans, les équipes ressentent un impact important dans leur pratique habituelle. Ainsi, dans mon travail en Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité, depuis plus d'une décennie nous avons une file active stable autour de 300 patients. Or depuis 2017 nous avons doublé le nombre de personnes aidées. La majorité de cette augmentation est liée aux rencontres avec les migrants en souffrance psychique. C'est ainsi, il y a de plus en plus d'accueil et donc d'admissions de patients vivants isolés, ou venus d'ailleurs, sans tiers recevable légalement (papiers d'identité, etc...).

La question de l'hospitalisation sans consentement est-elle de même nature ou de même degré que celle autour de la contention et l'isolement?

Ce qui me frappe, c'est que depuis la loi, la contention et l'isolement ne sont plus considérés comme des techniques médicales, mais comme des décisions. Ce n'est plus, en somme, une prescription. Et ce changement me semble hypocrite. On joue sur les mots: quand un chirurgien « décide » de vous opérer, c'est pourtant une forme de prescription... Il vous opère car il ne peut pas faire autrement qui soit aussi efficace et pertinent face aux moyens à disposition et à l'état clinique. Dans la contention ou l'isolement, ce n'est pas le postier ou le boulanger qui prend la décision. C'est le médecin. Pourquoi ce changement? Est- ce pour conforter l'idée que ce n'est pas un soin pour la loi, alors que pour nous cela peut l'être aussi, comme un phénomène d'apaisement ?

Si l'on ne décide pas cette contention, alors bien souvent, ce sera une contention chimique qui est, elle, bel et bien une prescription médicale. La camisole chimique, je le pense, devrait être plus « contrôlée » que la contention physique. Quoiqu'il en soit la durée de l'isolement et / ou de la contention doit se restreindre au temps écoulé par les thérapeutiques pour apaiser la souffrance. En tout cas, toutes ces décisions qui peuvent paraître autoritaires et que nous prenons sont de dernier recours car notre travail de clinicien est de convaincre, non pas de contraindre.

L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE: UN REGARD SOCIOLOGIQUE.

Benoit Eyraud est maître de conférence à la faculté de sociologie et d'anthropologie de l'Université Lyon 2, chercheur au Centre Max Weber

Le climat actuel vous paraît-il expliquer l'augmentation des mesures de contrainte en psychiatrie ?

C'est très complexe, deux choses sûrement y jouent. Il y a un effet de la loi de 2011 avec un climat général de plus en plus sécuritaire. Tout cela fait que depuis 20 ans, on assiste à une augmentation des mesures de contrainte.

Pour autant, le fait de se passer du consentement en psychiatrie n'est pas nouveau, c'est même quelque chose de structurant en psychiatrie, un élément que l'on n'a pas par exemple dans les maisons de retraite ou en gériatrie plus généralement. En psychiatrie, il y a même un dispositif juridique qui est étonnamment stable depuis 1838. D'une certaine façon ce droit d'exception s'est imposé. Il est là, évident, sans remise en cause, avec toujours une forte demande sociale de protection vis à vis du risque.

Dans ces conditions, quelle place donner au consentement ? Est-ce un droit des malades comme un autre ?

Je rattache la notion de consentement au droit, dans la mesure où il s'agit d'un outil juridique d'émancipation qui concerne un grand nombre de population. C'est un outil fort pour défendre le point de vue des patients.

Les droits des patients sont pluriels, variés, multiples. Il y a le droit aux soins, mais aussi le droit à une certaine tranquillité. Si on considère que la notion d'autonomie ou de consentement s'inscrit dans l'émancipation démocratique des Lumières, que l'on est en quelque sorte sur une route vers la maturité, se pose pour autant la question bien réelle : n'y a-t-il pas des moments où l'on a envie d'être pris en charge, protégé comme un mineur ? Il y a un enjeu à ne pas être enfermé dans un schéma du droit comme émancipation à tous crins. Nous vivons d'autres moments, il y a des situations plus complexes : par exemple, le soin nécessite du tact, parfois de l'opacité, ce qui est l'envers de l'émancipation. Ne soyons pas dogmatique ...

Je pense que l'art des cliniciens est aussi de faire vivre des parts de liberté, des parts d'autonomie qui ont de la valeur pour chacun. Car nous sommes loin d'être toujours à la hauteur d'un idéal d'autonomie pleine et entière. Dans ce contexte, comment se saisir, dès lors, du droit pour réguler l'autonomie ?

Certes, mais que disent les malades ?

Souvent, ce n'est pas le terme de consentement qui plaît aux patients, ils préfèrent celui de liberté.

Le consentement est perçu comme un terme technique, un outil juridique. Alors que ce qui parle à chacun, c'est sa part de liberté. Là, ils ont aussitôt des choses à dire. Nous sommes tous contraints dans des tas de choses, on le sait bien, mais avoir conscience que la vie c'est aussi la liberté. Et pour les personnes les plus en situation d'handicaps, cette caractéristique-là de la vie ils l'ont au fond de leur cœur.

D'où cette question : comment respecte-t-on cette part de liberté ? Bien sûr que l'outil du consentement est une part du respect de cette liberté, c'est une forme possible. Mais est-ce pour autant la seule forme ? Ce n'est pas sûr ; il y a l'assentiment, l'accord, etc. . .

Vous mettez en avant quelque chose de plus pragmatique que des droits formels . . .

Pour moi, c'est la même distinction que je ferais entre droit et bon droit, le droit des experts et des spécialistes et le bon droit qui est vécu au quotidien. Tout un chacun a une intuition de ce qu'est le bon droit, de ce qui est juste pour lui. Nous acceptons volontairement des masses de contraintes, mais parfois nous nous disons : « je ne comprends pas là, on me l'interdit, pourquoi ? ». C'est le bon droit qui s'exprime. Là je suis malade, hospitalisé contre mon souhait, je suis d'accord, mais là on m'interdit de téléphoner, or je suis là dans mon bon droit.

C'est la réserve que je faisais au mouvement qui poussait à la judiciarisation dans le contrôle des hospitalisations sous contrainte. Pour y parvenir, ils ont eu la stratégie de faire du contentieux de masse. Pourquoi pas ? Le revers a été, à mes yeux, la systématisation du contrôle des juges. Cela a été mal pensé, en tout cas cela n'a pas été pensé au regard des libertés des personnes. Car l'histoire nous l'a montré : quand un dispositif est systématique, alors fatalement il y a une bureaucratie à l'œuvre. Dans les faits cette systématisation du contrôle n'a pas été réfléchi en fonction de la temporalité clinique ou psychique du patient.

Mais cela sert-il à quelque chose cette judiciarisation ?

Oui, en même temps ce n'est pas sans risque. Nous avons deux institutions (la santé et la justice) qui se confortent sur le dos du malade. Je ne nie pas que la présence du juge, que l'existence d'une audience, que tout cela produit du tiers, des liens, des relations, et cela permet peut être une parole. À voir ou à entendre . . . Mais ce n'est pas parfait.

Et à vos yeux, ce sont les mêmes limites que l'on a avec le dispositif des directives anticipées ou celui de la personne de confiance ?

Oui c'est intéressant, les réserves sont les mêmes. C'est intéressant de rendre possible un outil, de dire et de faire qu'il existe. Mais cela devient problématique quand l'outil devient une exigence bureaucratique, systématique. On le vide de son sens.

Vous dites être surpris que sur le sujet de la liberté de la personne, émerge aussi peu un débat sur les mesures de protection.

Oui, on n'en débat pas. Or le fait social majeur réside dans les mesures de tutelle ou de curatelle, car elles sont numériquement terriblement importantes.

Pourquoi ce désintérêt sur ces mesures ?

Il n'y a pas, peut-être, avec elles, la noblesse de la médecine, du médecin qui restaure la raison. Il n'y a pas la symbolique foucauldienne du combat de la raison contre la déraison. Et pourtant... Nous sommes dans la même vie sociale, c'est la même question de l'autonomie qui se pose. Et on n'en débat pas. Avec ces mesures de protection, il n'y a pas les murs de l'asile, on ne les voit pas. Aujourd'hui ces mesures sont prises de façon massive, sans en prendre conscience. Et lorsque l'on en parle, on n'évoque que la question du tuteur voleur, ce qui n'est que le petit bout de la lorgnette de ce fait social. En psychiatrie, en revanche, il y a un discours, une théorie, il y a une vision sociétale, et cela, les mesures de protection n'ont jamais réussi à la créer.

En psychiatrie, on insiste beaucoup dans ces mesures d'hospitalisation sous contrainte sur la présence d'un tiers. Est-ce important ?

C'est difficile à dire. Je vais prendre une histoire personnelle: l'hospitalisation d'un proche qui a été faite par le biais du péril imminent car la famille ne voulait plus signer cette hospitalisation. Le psychiatre nous dit ensuite, à nous comme à ce proche, que certes nous n'avions pas signé l'hospitalisation mais que nous avons le pouvoir de signer le certificat de sortie. Ce proche s'en est saisi immédiatement, et cela m'a conduit à signer la levée. Tout cela me semble particulier: il y a un impensé dans la place du tiers. Nous sommes très embarrassés pour penser la place du tiers, mais nous sentons qu'il y a sûrement quelque chose, une place, un rôle. Mais lequel ?

Que pensez-vous de l'argument de l'efficacité, à savoir qu'importe la question du consentement si cela marche et si au final le patient va mieux ?

La psychiatrie a été beaucoup attaquée, il est vrai qu'en 150 ans de pratiques médicales, il y a eu bien des choses incertaines. L'argument d'efficacité n'est pour autant pas négligeable, mais cela relève plus de la morale que de la Santé Publique. Cela renvoie à la prise en

compte de l'expérience, du savoir d'expérience.

Nous assistons à une évolution centrale qu'il faut encourager. Il y a un vrai enjeu : prendre en compte l'expérience des personnes et pas seulement le savoir des juristes ou des psychiatres.

L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE: UN REGARD DE L'ÉTRANGER.

Gerda Snoek est pédopsychiatre aux Pays Bas, très sensibilisée aux questions d'autonomie et de consentement.

La question du consentement en psychiatrie se pose-t-elle de façon particulière pour les mineurs ? Soulève-t-elle des questions éthiques différentes ?

Au Pays Bas, nous faisons une forte différence entre les enfants qui ont moins ou plus de 12 ans. Quand ils ont plus de 12 ans, cela se passe alors comme pour les adultes. Et à mes yeux, cela va trop loin. Car les considérer comme des adultes, alors cela rend très difficile et très lourd le fait de les hospitaliser. En plus l'hospitalisation ne peut pas durer plus de trois semaines, ou alors c'est toute une procédure pour de nouveau examiner la situation et ce n'est pas simple. Formellement, c'est le juge qui décide une maladie mentale et il le fait suivant l'évaluation d'un psychiatre indépendant en général. Cela peut être ressenti comme bizarre.

En même temps, cette forte présence du juge me dédouane, cela fait que pour moi je peux dire à l'enfant que ce n'est pas moi qui ai décidé de l'hospitaliser; que c'est le juge qui a estimé qu'il y avait un risque important.

En plus, ce n'est pas parce qu'il est hospitalisé que nous pouvons décider des restrictions sur son mode de vie, sur l'usage ou pas de son téléphone ou de son ordinateur. Cela n'est possible que si je passe par un collègue indépendant qui doit m'y autoriser. Et le mineur a trois jours pour dire s'il ne s'y oppose pas.

Bref, c'est très protecteur de l'enfant, c'est lourd comme démarche, il faut faire des notes, des certificats en nombre.

Et vous, vous estimez que cela peut même représenter une perte de chance pour le mineur ?

Oui.

Je prends souvent l'exemple de mes enfants. Je leur dis à un moment d'arrêter de jouer sur leur ordinateur et s'ils continuent je peux décider de leur prendre leur ordinateur et de le refermer. C'est tout, c'est clair. Là, je ne peux pas, alors que dans certaines situations cela pourrait être bienfaisant pour le jeune mineur. Voilà, ces contrôles sont parfois trop réglés, trop rigides entre ce que l'on peut faire ou ne pas faire. Et pourraient ne pas être bienfaisant pour le mineur.

Dans la législation, le juge regarde-t-il juste la conformité de la procédure ou bien va-t-il statuer sur le fond?

Il est censé ne s'attarder que sur la forme. Comment cela fonctionne-t-il? Il y a un psychiatre qui doit écrire une lettre au juge pour expliquer pourquoi il est nécessaire de hospitaliser la personne, y compris sans son consentement, et à la fin le juge prend la décision. Dans la plupart des cas, le juge suit les recommandations du psychiatre indépendant qui écrit l'argumentaire. Mais le juge peut mettre des limites, dire que cette hospitalisation ne doit pas durer plus d'une semaine, et nous devons suivre la décision. Cette rigidité dans les décisions peut nous poser des problèmes, par exemple avec de jeunes autistes.

C'est pour cela que j'essaie à tout prix d'éviter des situations où il faut demander à la justice de trancher, et d'éviter que le juge soit ainsi conduit à obliger l'adolescent à rester.

En même temps, on peut se dire que c'est prendre au sérieux l'autonomie du mineur...

On ne peut pas être catégorique. Un exemple, parfois lorsque l'on dit à un jeune adolescent qu'il est autiste, qu'il est donc malade et que c'est pour cela qu'il doit rester hospitalisé, alors ce jeune peut nous répondre: « Cela veut donc dire que je suis fou, je ne suis donc pas responsable de mon comportement ». Ce qui au final n'est pas très positif pour le jeune, ni pour renforcer son autonomie. Je le redis, je préfère ne pas avoir besoin du juge.

Et dans les situations d'urgence, comment faire la part entre le respect de l'autonomie du patient et sa protection?

Ce n'est pas simple. Si vous voulez enlever un téléphone à un ado, ou si en pleine crise de colère ou d'agitation vous voulez le contenir, vous ne pouvez pas le faire sans avoir fait au préalable une évaluation de la situation. On est au final un peu limité, dans ce que l'on peut faire ou ne pas faire lors d'une hospitalisation contrainte chez un jeune mineur de plus de 12 ans. Et cette limite n'est pas toujours positive pour le mineur.

En plus, je ne parle pas de l'idée même de forcer à prendre des médicaments. Je n'ai pas le droit: si je veux le faire, alors je dois changer de type d'hospitalisation, au risque d'aggraver la situation de l'enfant. C'est cela qui me dérange. Cela manque de souplesse. Cela ne me choque pas qu'il faille un juge pour donner un médicament à un mineur qui refuse, mais garder un enfant en sécurité pendant un quart d'heure, ou lui retirer juste un moment son téléphone, cela ne me choquerait pas de pouvoir le faire sans démarche administrative, comme un interdit normal et banal. Il y a des situations où il me paraîtrait important d'être bienfaisant avec le mineur, quitte à ne pas respecter pleinement un moment son autonomie. Les familles sont d'ailleurs demandeuses de ces décisions lorsqu'elles sentent un danger pour la personne ou pour les autres.

Cela étant, il est important pour nous psychiatre d'avoir des limites, car nous nous retrouvons dans des situations avec beaucoup de pouvoirs. C'est important de se faire évaluer, et que quelqu'un regarde et juge notre pratique.

Comment regardez-vous l'importance, parfois, donnée à l'autonomie de la personne? En d'autres termes comment faire la part des choses entre être bienfaisant quitte à soigner de force, ou ne pas prendre en charge pour laisser vivre l'autonomie de la personne?

Aux Pays Bas, il y a quelque chose qui paraît important, essentielle même à respecter: Il s'agit de ce constat largement partagé que tout le monde, que chacun a droit à sa folie, à être différent, à ne pas être comme tout le monde. C'est important, ce respect-là. Par exemple, de quel droit empêcher quelqu'un avec une intelligence très limitée de faire des enfants? Ils ont le droit, ce n'est pas à la société de décider pour eux.

Autre exemple. Nous rencontrons souvent des gens avec une personnalité que l'on pourrait dire bizarre, des personnes qui croient aux extra-terrestres. Et alors? Tout le monde a droit de croire aux extra-terrestres si cela ne les met pas en danger, ni eux, ni les autres.

Certes, mais où mettre alors le curseur? Quelle différence avec une psychose qui vous conduit à décider à la place du patient?

Pour moi, la différence est claire. Je me rappelle trop combien, il y a encore quelques dizaines d'années on avait inventé la drapétomanie comme maladie, c'était la mauvaise envie des esclaves de s'enfuir des plantations, c'était considéré comme une maladie mentale dans le DSM international, ce dictionnaire des maladies mentales réalisé par les psychiatres américains. On disait même qu'un esclave qui voulait se libérer de ces chaînes était un malade. Cela relativise bien de nos idées définitives d'aujourd'hui.

Il est essentiel de rester ouvert, tolérant. Y compris avec des personnes qui ont une psychose: il leur reste des bouts de vie, de conscience dans certains domaines qui leur permet d'être et d'agir. Restons modeste, mais aussi pragmatique...

C'est-à-dire?

Prenez une carte bancaire, c'est un vrai droit que d'avoir une carte bancaire. Mais c'est vrai que dans certains cas, la personne pourra faire n'importe quoi et le regretter. Essayons avec la famille de trouver une solution. C'est la même chose avec les ados, ne prenons pas des décisions trop lourdes. Soyons modestes...

L'HOSPITALISATION SANS CONSENTEMENT EN PSYCHIATRIE: UN REGARD ENGAGÉ.

Vincent Demassiet est entendeur de voix, étiqueté schizophrène. Il a créé un réseau de soutien et de parole à travers toute la France¹

La question du consentement en psychiatrie vous paraît importante...

Essentielle. Encore faut-il que ce consentement ne soit pas un consentement de complaisance ou de compromis, pour se retrouver in fine sous l'autorité d'un médecin ou d'un autre.

C'est à dire...

Il y a quelque chose de récurrent dans bon nombre de témoignages, c'est que beaucoup de personnes font état de traumatismes; ils ont subi des violences dans leur enfance ou leur adolescence, avec la notion de supériorité de l'agresseur. Si on exclut alors le consentement dans le soin psychiatrique, c'est encore plus dur pour ces personnes d'être pris en charge car si on ne prend pas en compte la question de la domination dans la relation, on reste dans le même rapport, ce qui est insupportable.

Mais parfois, on n'a pas le choix...

Je veux bien concevoir que dans certains cas, dans certaines situations, la personne est ingérable et il faut l'accompagner. Et de l'adresser à l'hôpital, pourquoi pas? Mais ensuite, le fait que personne ne prenne le temps de lui expliquer le pourquoi, le comment, c'est désastreux. Mais il faut permettre aussi à l'équipe de savoir si cette hospitalisation est toujours nécessaire. Et là, cela ne va plus. Car après c'est parti, on ne veut plus revenir à l'hôpital quand on a vécu pareil choc.

De dire à la personne qu'on l'hospitalise pour son bien, c'est un peu fort car bien souvent il y a une incompétence de la structure à ne pas avoir su faire autrement. C'est pervers même, car du coup on va renvoyer à la personne qu'en fait c'est elle qui est le problème. On devrait dire que parfois il n'y a pas d'autre solution, alors cela serait beaucoup mieux. En tout cas, si on veut qu'il y ait une alliance thérapeutique, la domination thérapeutique que symbolise l'hospitalisation sans consentement, pour moi, c'est tout sauf du traitement.

Tout viendrait de là...

Dès le début, si on institue un rapport de force dans le soin, en plus si ce rapport n'est pas expliqué, alors tout retombe sur le patient, sur nous. C'est de notre faute, c'est encore nous qui sommes fautifs. On nous dit, ensuite, qu'il n'y a pas d'autre solution, que tout est fait pour que l'on reste dans un rapport de domination, regardez dans les forums, ils

¹ Le Réseau français sur l'entente de voix (REV France) s'inscrit dans le Mouvement international sur l'entente de voix qui est représenté par une vingtaine de réseaux nationaux de par le monde : <http://revfrance.org/>

le disent, le répètent, et alors comment voulez-vous que l'alliance thérapeutique ne soit pas mauvaise? Comment discuter avec les soignants quand on a peur d'une mesure qui vous menace?

Que faire?

La psychiatrie, en plus, peut-être une réponse transitoire, on peut ne plus en avoir besoin. Or quand cela s'embranché mal à partir d'un rapport de domination, il y a le risque que d'autres décisions de même de nature se répètent, sans fin, et sans amélioration. Dans le film de Depardon, on voit des personnes qui n'ont pas la capacité de consentir et pourtant elles acceptent d'être filmées. C'est absurde.

En plus, bien souvent les mesures qui sont prises ne sont pas pour le bien du patient, mais pour gérer la peur des autres: il y a des représentations horribles autour de la santé mentale, alors que nous ne sommes pas dangereux. On le dit assez, il est moins dangereux d'être fou que de vivre dans la population normale.

Pour vous, l'hospitalisation sans consentement est toujours un échec?

C'est toujours une forme d'échec parce que l'on n'a pas trouvé d'autres formules. En plus, dans l'accompagnement, c'est soit rien, soit une hospitalisation sous contrainte, il n'y a pas de dispositifs intermédiaires, on vous prend, on vous isole, on vous attache, on n'est pas capable de trouver ou d'imaginer des lieux de répit, pour que les gens puissent discuter avec des pairs.

Les lieux de répit permettraient bien des solutions, certains y viendraient pour passer un temps, et décideraient ensuite ou non de se faire hospitaliser pour passer un cap difficile, cela changerait tout dans l'accompagnement, dans les soins après.

Et que pensez-vous de la personne de confiance ou des directives anticipées?

Un constat d'abord: il n'y a rien qui se fait, on en parle un peu, ça ne sert à rien. Ensuite lorsqu'un patient est dans un processus de rétablissement, s'il choisit une personne de confiance, c'est très bien.

Après? Quelle pression met-on sur la personne? Là est le risque. Si le médecin est autoritaire, que peut faire la personne de confiance? Cela ne change rien. Quant aux directives anticipées, bien sûr c'est une bonne chose mais le seul intérêt, c'est que les directives anticipées doivent être claires et bien expliquées, mais là encore cela suppose un rapport de confiance. Car il y a toujours l'épisode de la première fois où la personne a pu être maltraitée, pas écoutée.

Je le redis, le premier épisode va conditionner l'avenir; si vous vous êtes senti mal traité dès le début, même si on vous dit que l'on est là pour vous aider; que c'est pour votre bien, c'est trop tard.

Et ce n'est pas tout : il y a le risque de l'isolement ou de la contention, là aussi, ce sont de très mauvais souvenirs qui vont s'entasser. On vous dit que l'on est dans la confiance mais comment les croire ?

Que faire ?

Il y a des structures où ils font très peu de contentions, et qui isolent très peu. Ces structures mettent plutôt du personnel. Parfois, la simple présence de vigiles peut suffire pour calmer la personne, on peut s'en offusquer mais c'est quand même mieux que d'être attaché. Mais voilà, cela nécessite une volonté de changer les choses, de mettre des moyens humains et financiers... Car derrière toute cela il y a de la souffrance. Et un jour si cela a été horrible, vous allez rester avec cette image. Je le dis avec effroi, mais je n'ai jamais vu un monde avec autant de souffrance et un monde où il y a si peu place pour les écouter...

Il n'y a rien à faire...

Le droit à l'oubli, on en parle beaucoup, il est essentiel, mais en psychiatrie, jamais, on n'oublie jamais. Systématiquement la deuxième fois cela se passe encore plus mal, car on présuppose que cela va encore mal se passer, c'est un engrenage fatal, et cela devient de pire en pire, c'est la même escalade, et même la personne de confiance s'y met. Le droit à l'oubli serait essentiel... Si on oublie cela, les hôpitaux vont être pire que des lieux de gardiennage, ce sera la prison.

Établissez-vous une différence de nature entre contention et consentement ?

La contention, c'est vraiment un degré au-dessus. Déjà être privé de liberté ce n'est pas rien, mais en plus être attaché ! Être attaché, vous vous rendez compte, c'est horrible, les chiffres sont terribles : les gens qui subissent le plus de contention sont des gens qui ont subi des violences dans leur vie. Alors lorsque j'entends que c'est pour leur bien ou pour les soins, pour moi c'est l'inverse.

Comment y remédier ?

Là encore, on ne parle pas. Dans tous les programmes de gestion de crise, on dit qu'il faut discuter pour savoir ce qui se passe, mais on ne le fait pas, ou tard, ou beaucoup trop tard. Et puis il y a le passage aux urgences, il y a la peur, le personnel est débordé, le personnel flippe, on attache beaucoup, et là ce sont des logiques infernales... Il faut des équipes qui ont le temps...

L'intervention du juge vous paraît une bonne chose ?

C'est un progrès, mais dans les faits ils sont incapables de juger, les patients qui vont très

mal ont des avocats d'office qui ont leurs préjugés, alors au final cela devient une parodie de justice.

En plus, le nombre de fois où les patients sont lourdement drogués, dans l'incapacité de se défendre, comment voulez-vous qu'ils revendiquent? Quand vous êtes sous contrainte, vous n'avez plus votre téléphone, c'est un droit mais on vous l'enlève, souvent vous n'avez plus de visites, vous vous retrouvez face à un juge, que faire? Avec des proches qui ne peuvent pas vous aider.

On ne comprend rien, cela devient un paradoxe; la décision du juge conforte la personne dans le sentiment qu'elle est incomprise, seule, dans sa seule souffrance. Où est la personne de confiance? C'est pourquoi le film de Depardon où il filmait des audiences avec le juge, comme ça, sans rien, je ne l'ai pas aimé du tout, c'est du n'importe quoi...

Dans notre recherche, les patients se plaignaient bien plus de leur condition de vie lors de leur hospitalisation que de l'absence de leur consentement...

Quand on est dans un tel état de souffrance, comment redevenir humain? Derrière ce type de séjour en psychiatrie, on ne peut plus se reconstruire. Dès le début c'est encore plus de violence; dans certains services, on se retrouve en pyjama, on ne peut plus téléphoner, ni fumer, alors que l'on peut dans le service somatique où l'on est libre, là on ne l'est jamais. Ce sont toutes ces choses que l'on croit anecdotiques, toutes ces privations qui sont mal vécues, - le droit de téléphoner ou 15 minutes par jour -, on perd totalement nos droits, on n'est plus rien. Ou alors juste des patients comme des petits moutons qui doivent bien se tenir pour avoir des avantages et avoir son téléphone.

Y a-t-il néanmoins des progrès ?

Cela ne s'améliore absolument pas. On nous parle de changements, les pouvoirs publics demandent de plus en plus à la psychiatrie, les lois changent, mais dans les faits il n'y a pas grand-chose. Il y a une paranoïa partout, on a peur, et c'est le parapluie que l'on ouvre tout le temps. Où sont les progrès? On se plaint toujours autant...

On veut réformer la psychiatrie avec le rétablissement, mais si en même temps on ne donne pas d'informations auprès de toutes les collectivités, des pompiers, des ambulanciers, rien ne changera : les gens font du n'importe quoi, et on continue d'entendre n'importe quoi sur nous...

Et quand on évoque l'autonomie du patient, que dites-vous ?

C'est un joli mot, mais il a un inconvénient: très vite viennent d'autres mots derrière, on parle de rétablissement, de handicaps, tout cela donne une connotation sombre. Car cela veut dire que tu es incapable et que l'on va te stabiliser. Alors que lorsque l'on parle de liberté et de consentement, au moins c'est clair...

CONCLUSION

Eric Favereau

Le symptôme est massif: la montée des hospitalisations sous contrainte, mais aussi la banalisation de pratiques qui, il y a 20 ans, avaient disparu comme la contention ou l'isolement... Que se passe-t-il pour que ces thèmes soient aujourd'hui dominants dans le monde de la psychiatrie publique? Est-ce le signe d'un retour du balancier, ou bien celui d'un sentiment d'insécurité qui se généralise, voire l'émergence de nouvelles pathologies aux manifestations plus violentes?

Cette recherche d'éthique clinique, autour de l'hospitalisation sous contrainte, s'inscrit à un moment particulier, où les repères des différents acteurs perdent de leur force. Aujourd'hui, on a parfois le sentiment que l'on flotte, que tout est gris ou flou. Jamais on n'a autant parlé de mettre le patient «au cœur du système de santé», jamais pour autant celui-ci n'a pu paraître autant démuné.

Prenons un exemple à part, qui n'a rien à voir, sauf qu'il se déroule à la même époque, en février 2018. Nous sommes au CHU de St-Etienne. Une équipe de visiteurs, pour le compte de la Contrôleuse générale des lieux de privation de liberté, termine une inspection. Et celle-ci se montre effarée de ce qu'elle a vu, avec une banalisation à l'extrême de certaines pratiques. Leur rapport est impressionnant: «Ce jour-là, les contrôleurs ont constaté la présence, aux urgences générales du CHU, de vingt patients relevant de la psychiatrie en attente de places. Treize de ces vingt patients attendaient, allongés sur des brancards dans les couloirs des urgences. Sept patients faisaient l'objet de contention au niveau des pieds et d'une ou des deux mains. Ces sept personnes se trouvaient aux urgences depuis des durées allant de quinze heures à sept jours, cinq étant présents depuis plus de trois jours. Ils n'avaient pu ni se laver, ni se changer, ni avoir accès à leur téléphone portable. Trois d'entre eux devaient user d'un urinal posé le long de leur jambe sur le brancard, au-dessus du drap». Et elle ajoute: «Aucun de ces patients ne présentait d'état d'agitation, certains demandant juste à pouvoir être détachés, sans véhémence, dans une forme de résignation et d'acceptation... Les contentions étaient visibles de toute personne circulant dans les couloirs des urgences [...] Les entretiens avec les médecins et infirmiers, comme la délivrance des traitements, s'effectuaient sans aucune confidentialité.»

Voilà. On pourrait détourner la tête, et dire que nous sommes face à un dérapage, et que ce qui a été vu n'est en rien le reflet de pratiques communes. Adeline Hazan, contrôleuse générale, note pourtant à propos du CHU de St-Etienne: «Nous sommes désarçonnés. Car ce sont des équipes qui se sont montrées ouvertes, comme d'ailleurs la direction de l'hôpital. Dès qu'ont été débattues leurs pratiques, elles ont convenu que

cela n'allait pas, et elles sont prêtes à les modifier rapidement.»

Ne plus voir, là est le risque. Bien évidemment, il se trouve des situations cliniques où il n'y a pas d'autre solutions que la contrainte. Mais ce que nous montre, entre autres cette recherche du Centre d'éthique clinique, est que la contrainte n'est jamais plus alarmante que lorsque, devenue invisible, elle n'est plus remise en cause.



Journée Débat
Vendredi 8 décembre 2017
Hôpital Armand Trousseau, amphi Sorrel -
26 avenue du Dr. Arnold Netter - 75012 PARIS

RETROUVONS NOUS POUR UNE SEANCE CINEMA
au tarif réduit de 5€ sur présentation de ce programme
le jeudi 7 décembre à 19h45

au MK2 Odéon Saint Germain pour voir « 12 jours »
le dernier film de Raymond Depardon
113 boulevard Saint-Germain, 75006 PARIS – Métro : Odéon
Suivi d'un débat avec des membres de l'équipe du film :
Marion Primevert, magistrate et Natalie Giloux, psychiatre
Moderation par : Olivier Boitard, psychiatre et Eric Favereau, journaliste



LE RESPECT DE L'AUTONOMIE EN PSYCHIATRIE

9h00	<p>Introduction de la journée Céline Letève, philosophe - Programme Université Sorbonne Paris Cité - La Personne en Médecine Véronique Fournier, directrice - Centre d'éthique clinique</p>
9h30	<p>Perspectives internationales concernant les soins sans consentement en psychiatrie Modérateur : Marta Spranzi, philosophe</p> <p>Respecter les droits des patients entraîne-t-il une perte de chance ? Gerda Snoek, psychiatre en Hollande How does stressing patients' rights change medical practices ? Anne Solberg, social anthropologist working in Ministry of health Norway Le consentement vu par les patients : résultats d'études anglo-saxonnes Emanuele Valenti, philosophe - Visiting Research Fellow Unit for Social and Community Psychiatry WHO Collaborating Centre for Mental Health Services Development, Queen Mary University of London</p>
11h00	Pause
11h30	<p>L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie : une étude d'éthique clinique Quels résultats de l'étude ? Nicolas Foureur, médecin Mais où est donc passé le consentement ? Eric Favereau, journaliste D'autres façons de respecter l'autonomie ? Elisabeth Belghiti, psychologue Des pistes de solutions en pratique ? Florence Houplin, ergothérapeute en psychiatrie Réaction d'un psychiatre d'un des sites de l'étude. Nadia Younes, psychiatre</p>
13h-14h	Déjeuner libre
14h00	<p>Peut-on et comment dépasser la contradiction entre nécessité de soins et absence de consentement aux soins ? Modérateur de l'après-midi : Véronique Fournier, médecin</p> <p>Introduction - Benoît Eyraud, sociologue du point de vue des « ex usagers » - Vincent Demassiet et André Veltz du point de vue de médecins - François de Pécois, psychiatre et Emma Beetlestone, psychiatre du point de vue de la « société » - Marion Primevert, magistrate et Sébastien Saetta, sociologue</p>
15h30	Pause
16h00	Débat avec la salle
17h00	<p>Conclusion de la journée - La liberté peut-elle se conjuguer avec la folie ? Patrick Pharo, sociologue</p>

Regards croisés sur l'éthique clinique
juin 2004

Enjeux éthiques des transplantations hépatiques avec donneur vivant
octobre 2004

Enjeux éthiques des conséquences sanitaires de la précarité
décembre 2005

L'épreuve éthique de la fin de vie
février 2006

Que faire face à une personne âgée qui ne se nourrit plus ?
avril 2006

Passée par ici, de Maryse Hache
décembre 2006

L'éthique clinique à l'hôpital Cochin - Une méthode à l'épreuve de l'expérience
octobre 2007

La personne de confiance, quelle pratique ? Quelles perspectives ?
juillet 2008

Demander la mort de son enfant
juin 2009

Vivre en maison de retraite
textes d'Eric Favereau & photographies de Jean-Louis Courtinat
novembre 2010

Quand la demande d'enfant dérange l'éthique...
juillet 2011

Médecine et vieillesse : 7 débats citoyens... qui amènent à déconstruire nombre d'idées reçues
septembre 2012

Les directives anticipées chez les personnes de plus de 75 ans
juin 2013

L'arrêt d'alimentation et d'hydratation en contexte de fin de vie
juillet 2015

Le principe d'autonomie dix ans après
juin 2016

L'autoconservation ovocytaire pour raison d'âge: y-a-t-il des arguments éthiques pour l'interdire?
juillet 2017

ISBN : 979-10-96174-00-3

EAN : 9791096174010

MAQUETTE ET MISE EN PAGE

Staminic - www.staminic.com

SECRÉTARIAT DE RÉDACTION

Cynthia Le Bon

Achévé d'imprimer sur les presses de Moutot à Montrouge, Décembre 2018

PSYCHIATRIE : LE RESPECT DE L'AUTONOMIE DANS LA CONTRAINTE

Ces dernières années, l'autonomie du patient semble être mise à mal en psychiatrie, avec une montée en puissance des hospitalisations sans consentement et le recours aussi à la contention.

Nous avons voulu regarder au plus près les pratiques à travers une recherche d'éthique clinique dans trois services de psychiatrie, pour comprendre les raisons des uns et les réactions des autres, analyser enfin les choix éthiques qui sous-tendent des décisions d'hospitalisation sans consentement.

Cette brochure présente cette étude et rassemble aussi des éléments du débat qui s'est tenu lors de la journée du 8 décembre 2017 au cours de laquelle ces résultats ont été pour la première fois discutés.

Dans ce contexte particulier du soin non consenti, la question que nous nous sommes posée est de savoir si l'autonomie du patient peut y résister.

CENTRE D'ÉTHIQUE CLINIQUE

AP-HP

tél. 01 58 41 22 33 • <http://ethique-clinique.aphp.fr>

e-mail : ethique.clinique@aphp.fr

