



HAL
open science

Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique ?

Caroline Guibet Lafaye

► **To cite this version:**

Caroline Guibet Lafaye. Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique?. N. Cano, J.-M. Henry et V. Ravix. Liberté et contrainte en psychiatrie. Enjeux éthiques, Les Études hospitalières, collection “ Actes et séminaires ”, p. 15-32, 2014, 978-2-84874-570-1. hal-00974387

HAL Id: hal-00974387

<https://hal.science/hal-00974387v1>

Submitted on 6 Apr 2014

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

IMPOSER LA CONTRAINTE EN PSYCHIATRIE :

UNE QUESTION ETHIQUE ?¹

Caroline GUBET LAFAYE

CNRS, Centre Maurice Halbwachs²

Alors que la règle du consentement tend à s'imposer dans le champ de la santé comme dans le domaine médicosocial, le recours à des formes de contrainte, dans les pratiques de soin, reste fréquent. La loi du 5 juillet 2011 a étendu l'autorisation possible de pratiques de soins sans consentement de la personne (voir Velpry, 2010 ; Vacheron et Laqueille, 2012) et ménage un statut civil réservé aux personnes faisant l'objet de soins sans consentement en psychiatrie. Néanmoins *ce cadre légal général ne suffit pas à résoudre les problèmes moraux et pratiques posés par le recours à la contrainte*. Le soin en santé mentale se définit couramment à partir de deux critères : l'incertitude sur les capacités d'une personne à consentir, d'une part, et l'existence de prises en charge portant atteinte aux libertés fondamentales de la personne, d'autre part. De ce point de vue, la psychiatrie est une discipline médicale qui se distingue par une forme d'exception quant à ses moyens et quant à son rapport au patient³. « Les praticiens ont le droit, délégué par la société, de soigner contre leur volonté des individus » (Bottéro, 2011, p. 132).

Une enquête de terrain menée auprès de 90 psychiatres et de 17 soignants, interrogés dans le cadre d'entretiens semi-directifs et exerçant dans différentes structures sur l'ensemble du territoire français (à l'hôpital public, en service fermé ou ouvert, en cabinet, dans des grandes métropoles, en milieu rural), entre octobre 2012 et juillet 2013⁴, permettra de saisir leur rapport à la contrainte. Parmi les psychiatres, 60 étaient des hommes, 30 des femmes. Le plus

¹ Texte issu des actes du colloque organisé par N. Cano, *Liberté et contrainte en psychiatrie. Enjeux éthiques, Éthique et médecine*, Issy-les-Moulineaux (France), Elsevier Masson, 2014.

² 48 bd Jourdan, F-75014 Paris. Contact : caroline.guibetlafaye@ens.fr.

³ Le corrélat de cette exception était avant 2011 une entorse au droit commun : « ce type d'hospitalisation [*i.e.* sans consentement] constitue une *dérogation au droit commun*. C'est un des seuls cas où la liberté d'aller et de venir d'une personne peut être restreinte, voire supprimée, sans intervention judiciaire. » (Senon et Jonas, 2004, p. 119)

⁴ Lorsque les conditions matérielles le permettaient, les entretiens ont été enregistrés. Tous ont fait l'objet d'une analyse de contenu classique, selon les méthodes de la sociologie qualitative, fondée sur la retranscription des entretiens et les notes prises lors de leur déroulement.

jeune avait 26 ans. Certains étaient à la retraite. 4 étaient internes, 4 médecins avaient une activité exclusive en psychiatrie-précarité, 9 exerçaient en prison (quoique deux avaient quitté ces structures à cette période), 8 exerçaient principalement en libéral. Ces entretiens semi-directifs, menés avec une grille standard, ayant d'abord été testée à partir d'entretiens pilotes, ont duré entre 30 mn et 3h30.

Ils ont montré que l'imposition de la contrainte ne se présentait pas nécessairement à ceux qui en prenaient la décision comme une question éthique. D'où l'interrogation : pourquoi et dans quel contexte l'imposition de la contrainte devient une question éthique ? Il n'y a pas lieu de formuler cette question dans le cadre d'une exclusion : est-ce un problème éthique *ou* un problème clinique, pour autant que l'on demeure dans un usage de la contrainte légitime.

Pourquoi s'agit-il d'une question éthique ? L'imposition de la contrainte a une pertinence éthique non pas simplement parce qu'elle est synonyme de privation de liberté, d'ingérence dans le champ d'action d'autrui mais aussi parce qu'elle mobilise un argumentaire de la bienfaisance et de l'intérêt thérapeutique. Savoir comment et pourquoi soigner une personne qui refuse les soins ne constitue pas simplement un problème pratique ou clinique puisque l'on ne peut répondre à cette interrogation sans se demander comment préserver l'autonomie des patients, des personnes *sans les abandonner* ou sans avoir le sentiment de les abandonner¹. Prendre le parti de l'autonomie et ne pas aller contre la volonté de l'individu concerné peut avoir pour corollaire de le laisser sans soin, ce qui est contraire à la déontologie médicale.

La question de l'imposition de la contrainte a également une pertinence éthique dans la mesure où elle implique un certain recours à la violence ainsi qu'à certaines normes morales (ou non morales), telles que « la fin justifie les moyens » et une détermination de ce que sont les devoirs associés à la fonction de psychiatre de l'hôpital public. Enfin et en dépit d'un habitus propre à la psychiatrie, consistant dans certains cas à prendre des décisions qui vont à l'encontre de ce que souhaite le patient, l'imposition de la contrainte surgit explicitement, dans certains discours, comme une question éthique.

La perspective que nous avons adoptée ne revendique de pertinence que concernant les mesures sous contrainte et non pour l'ensemble de la pratique psychiatrique. De ce point de vue, notre discours a une portée limitée eu égard aux pratiques psychiatriques en général puisque les hospitalisations sous contrainte ne concerne que 10 à 15 % des patients reçus à l'hôpital public (2 à 3 % sont hospitalisés d'office et 12 à 13 % le sont à la demande d'un tiers). Nous envisagerons l'imposition de la contrainte sous l'angle éthique en interrogeant, d'abord, la possible antinomie entre soin et contrainte, puis le sens du soin en psychiatrie².

1. Imposer des soins

De façon générale, la privation de liberté ou des formes de contrainte très fortes (port du pyjama, privation des effets personnels, du téléphone et de la communication avec l'extérieur), quelles que soient les justifications qui y sont données, peut être intégrée et présentée comme une condition nécessaire du travail en psychiatrie sans que cette privation de liberté n'apparaisse comme éminemment problématique³. Des études faites par des psychiatres

¹ A.M. : « Si on fait les choses en bonne et due forme, qu'on suit correctement la procédure... bon, à partir de là, moi ça ne me pose pas de problème éthique. En tous les cas, je préfère hospitaliser quelqu'un sous contrainte... non, il vaut mieux le formuler ainsi : je préfère aller en prison pour avoir hospitaliser quelqu'un abusivement que de l'avoir laissé mourir de façon libertaire ». Entre l'hospitalisation abusive et la non assistance à personne en danger, je préfère la première option car je me mets du côté de la vie, c'est tout ! »

² La question de l'imposition de la contrainte se pose de façon spécifique avec les soins sous contrainte en ambulatoire. Nous l'avons traitée en d'autres lieux (Guibet Lafaye, 2014a).

³ Voir M.J. qui évoque le débat dans son service sur la fermeture des portes même pour « les patients qui sont en hospitalisation libre tout à fait consentante, la porte du service est fermée à clef. On est là devant... une question et un paradoxe, d'une certaine manière... Si l'on appliquait la loi strictement, les portes devraient être ouvertes mais on s'aperçoit que c'est plus

soulignent également que la privation de liberté, y compris pour des patients en hospitalisation libre, n'est pas rare, notamment lorsqu'il est question de liberté de circulation : « 87,4 % des patients en hospitalisation libre se disent consentants, alors que 48,9 % des patients en hospitalisation sans consentement estiment avoir été admis librement ; par ailleurs, la moitié des patients se déclarant non libres de circuler étaient en hospitalisation libre. D'autres études ont révélé qu'un certain degré de contrainte est habituellement associé à l'admission en psychiatrie, même libre » (Cano *et al.*, 2012).

1.1 POURQUOI EST-IL PROBLÉMATIQUE D'IMPOSER DES SOINS ?

Si l'imposition de la contrainte participe de l'habitus psychiatrique, pourquoi est-il problématique d'imposer des soins ?

α) Dans l'enquête réalisée, cette imposition est vécue et jugée problématique du fait de l'inefficacité voire de la contre-efficacité/efficacité des dispositifs existants et de l'usage de la contrainte dans un rapport de soin. La reconnaissance, par certains soignants – y compris par ceux qui ne reculent pas devant son usage – d'une impasse dans la mise en œuvre de la contrainte conduit à reconnaître que ces procédés soulèvent une question d'éthique. Tel est le cas, en particulier, avec les personnes en situation de précarité. A.M. souligne dans une relance sur les situations pour lesquelles il a été plus difficile de trouver une solution :

« L'expérience [...] prouve que quand on n'a pas réussi à convaincre... la contrainte... qui serait autre que celle d'écarter un danger vital, la contrainte, donc hospitaliser parce que la personne ne veut pas s'arrêter de boire ou... concrètement ça a une efficacité quasi nulle, voilà donc on préfère rester en lien avec la personne et continuer à la convaincre plutôt que de la contraindre au risque de la perdre et ça c'est quelque chose qu'on commence à bien intégrer, quoi, à la rue. Mais la limite, c'est le danger : c'est la mise en danger de soi ou des autres. »

De même, l'inefficacité du traitement face aux pathologies ou aux symptômes qui se présentent soulève le problème éthique de son imposition :

« [...] parce que dans ces situations cliniques très particulières [*contrario*], on sait que les soins sont efficaces – voilà, c'est peut-être ça la limite aussi –, on sait que les soins sont efficaces, on sait que les soins psychiatriques sont efficaces... Voilà ce qui n'est pas forcément le cas d'une schizophrénie qui entraînerait un repli, des choses comme ça ou des toxicomanies ou autres pathologies pour lesquelles on sait que... les soins n'apporteront pas forcément... pas en tous cas sur le long court, une amélioration substantielle... dans ce cas, pourquoi obliger quelqu'un à des soins... qui ne sont pas forcément de nature à apporter une guérison ? Ce qui n'est pas le cas, par exemple, d'un accès maniaque dont on sait par expérience qu'un temps d'hospitalisation, des médicaments appropriés permettent de revenir à une situation normale. » (M.J.)

Une question éthique se pose, un dilemme moral surgit dans la mesure où le médecin veut le bien du patient ou dit le vouloir, il considère qu'une hospitalisation serait bénéfique pour lui – voire nécessaire – mais il constate que l'unique outil thérapeutique dont il dispose (l'hospitalisation) est inefficace voire contre-productif (« après elle se cachera davantage ») ou que, dans le cas particulier des maladies psychiatriques, le traitement ne produit pas de guérison¹. Le rapport à la contrainte et à son usage engage des représentations et des

complexe que ça et que probablement... on ne pourrait pas travailler de la même façon si les portes étaient ouvertes, donc que le patient peut entrer et sortir librement. »

¹ Il n'y a pas de consensus en psychiatrie sur la question de la guérison des maladies mentales. Certains y croient mais ni la stabilisation ni la réhabilitation ne constituent des guérisons.

croyanances relatives aux outils de la psychiatrie ainsi que concernant *la valeur de l'hospitalisation et de ses effets*, comme le souligne ce médecin : « il y a les croyances que l'on a sur l'hôpital. Je ne crois plus beaucoup à l'hôpital : ça aggrave les choses. » (S.B.)

β) La deuxième raison, proche de la première, pour laquelle l'imposition de la contrainte est problématique tient à la conscience de ce que le recours qui y est fait résulte de ce qu'aucune autre alternative n'est disponible, c'est-à-dire que dans un autre « état du monde » on procéderait autrement.

« C'est une violence qui leur est faite par la chambre d'isolement, la contention ; c'est une sensation de dégradation de l'humain, de ce que devrait être une personne humaine mais *je ne voyais pas comment, dans le moment, on pouvait faire autrement. [...] C'est l'impuissance par rapport à des solutions alternatives.* »¹ (N.B.)

La littérature médicale fait également état de cette difficulté et de cette pratique : « Il importe [...] de s'interroger sur les alternatives à l'isolement, les patients considérant dans 76 % des cas qu'il était possible de l'éviter. Le renforcement et la qualification des équipes soignantes pourraient permettre la délivrance de soins plus adaptés afin d'éviter les mesures d'isolement. En effet, même si la fonction thérapeutique de l'isolement est reconnue (Gutheil, 1978), c'est bien souvent lorsque la contenance relationnelle est dépassée que des soins en isolement sont envisagés. » (Cano *et al.*, 2011, p. S9)

γ) Une troisième raison pour laquelle l'imposition de la contrainte pose problème tient à ce qu'elle signifie d'imposer quelque chose à quelqu'un qui est hostile aux soins ou hostile à ce qui lui est proposé.

La relation médicale est-elle un cadre légitime de cette mise en œuvre ? Quelles sont les limites d'une imposition légitime de la contrainte et de l'imposition légitime de soins ? Le point de vue médical commun diverge d'avec l'opinion « naïve ». Des soignants (médecins et paramédicaux) ont moins de prévention à l'égard de l'obligation de soins car la finalité de leur fonction est de soigner, *i.e.* est thérapeutique mais pour un individu ordinaire, être *obligé* de se soigner garde quelque chose d'extrêmement intrusif, d'envahissant, d'infantilisant et d' attentatoire à la liberté individuelle. Ce sentiment est accru, lorsque les individus sont persuadés de ne pas être malades. Néanmoins cette difficulté, présentée comme un paradoxe, appert aussi dans le milieu médical lui-même : « le premier paradoxe [est] : *comment imposer sans la force une obligation à quelqu'un qui refuse de s'y soumettre ?* » (FASM, 2012)

δ) L'émergence de l'imposition de la contrainte comme une question éthique s'explique encore du fait qu'elle peut être personnellement problématique, cet aspect étant loin d'être négligeable dans l'enquête, en particulier chez des femmes et des individus de moins de 50 ans. Il n'est pas simplement ici question de sensibilité personnelle mais aussi de sensibilité et de *conviction morales* (relatives au principe selon lequel on ne doit pas infliger de violence à autrui et qu'on doit respecter l'intégrité corporelle d'autrui ainsi que l'humanité en toute personne), cette position morale expliquant l'attitude des soignants face à ces pratiques. En effet, les médecins et les soignants pour lesquels l'imposition de la violence est insupportable expriment des sentiments faisant référence à une certaine conception de l'humanité, au respect de la

¹ M.P. : « Ça n'est pas facile de les priver de leur liberté ; ça n'est pas facile d'être dans la contrainte comme cela. Un médecin, on le sollicite. *On n'a pas l'habitude d'imposer des soins à quelqu'un.* [...] quand son état de santé le nécessite, quand il a trop décompensé, on leur impose un traitement injectable. On ne pouvait pas faire autrement. On sait que c'est pour le bien du patient ; on met des mots dessus. *Ça n'est pas la partie la plus agréable* : avoir à garder quelqu'un contre son gré, avoir à le séder. On sait pourquoi on le fait ».

personne humaine et à ce qui est dû à autrui, à son appartenance au genre humain¹. De plus, une part des médecins pour lesquels ces formes d'imposition de la violence étaient les plus insupportables s'est orientée vers d'autres sentiers que la psychiatrie publique.

La perception de l'autre (du « patient ») comme quelqu'un que l'on doit soigner ou comme quelqu'un que l'on doit respecter peut décider de l'attitude des uns et des autres face à ce type de situation². Néanmoins l'issue de ce dilemme n'est pas simple car la réponse à la question de savoir si la personne est respectée, lorsque ne lui sont pas délivrés les soins existants, pour la pathologie dont elle souffre a certes une réponse juridique – avec la loi du 4 mars 2002 – sur le plan somatique mais pas de réponse morale évidente, dans les cas de soins sous contrainte en psychiatrie.

Certains médecins s'extraient de cette question difficile en conférant une priorité à leurs devoirs en tant que médecin de l'hôpital public sur toute autre forme de devoirs qu'ils auraient, du fait d'autres fonctions qu'ils assumeraient, notamment comme citoyen ou être humain (voir Guibet Lafaye, 2014b). Le fait de choisir d'*assumer une fonction, un rôle de médecin* de l'hôpital public permet, à certains, de trouver une issue immédiate à ce dilemme. En revanche, cette solution est bien moins évidente, lorsque l'on reconnaît qu'il y a un conflit de devoirs à l'égard de la personne malade mais aussi que le sens du soin et de la relation malade-médecin s'exprime selon des modalités complexes.

ε) Une cinquième raison pour laquelle l'imposition de la contrainte peut être perçue comme problématique émane du sens que l'on confère au soin et à la relation médecin-malade.

L'évolution en 2011 de la loi sur l'hospitalisation sous contrainte a eu pour effet d'abaisser la limite à partir de laquelle on « imposait » les soins, *i.e.* en l'occurrence l'hospitalisation sous contrainte, à travers notamment la mesure de péril imminent. Survient alors, de façon récurrente, la question de savoir : « *à quel moment on impose des soins ou pas* » (P.H.), cette question portant avec elle, comme nous le verrons en détail, celle savoir ce que signifie alors *soigner*.

L'imposition de soins n'interroge pas seulement la fonction du médecin psychiatre mais également la relation médecin-patient car « [...] le cas de la nécessité de l'hospitalisation sous contrainte, c'est typiquement le cas où le patient ne demande rien et demande au médecin de répondre à une demande qui ne vient pas du sujet lui-même, on est dans l'antagonisme même de la position médecin-malade habituelle, donc c'est toujours compliqué. » (X.G.)³ Fondamentalement, ce qui est interrogé c'est l'incommensurabilité entre le soin et l'imposition de la contrainte.

1.2 SOIN ET CONTRAINTE : UNE ANTINOMIE ?

a. Traiter *vs.* soigner.

En effet, l'imposition de la contrainte permet d'introduire le traitement, de l'imposer mais peut-être pas de soigner : « Les soins qu'on peut faire sous contrainte seulement, c'est l'enfermement et les médicaments. » (P.C.) Les patients qui ne veulent pas être soignés – et dont on considère alors qu'ils sont dans le déni – sont traités mais pas soignés. Cette distinction est largement

¹ Ce qui ne signifie pas pour autant que ceux qui acceptent l'imposition de la contrainte n'aient aucune humanité.

² N.B. : « Il y a quelque chose d'inhumain, du registre de l'empathie qui me met mal à l'aise si je suis présente. » [lors de l'administration d'une injection sans consentement]

³ X.G. : « Il y a un principe, je dirais, essentiel, c'est que... on ne peut soigner un sujet qu'avec son accord. Et que l'hospitalisation sous contrainte bien sûr fait exception à ça mais elle doit viser le plus rapidement possible à ce que le sujet donne son accord. »

admise dans le milieu médical : À X. « on a une expression – c’est J.A. qui disait : même si on traite pendant x années, il [le patient] subit les soins, il n’est pas entré dans les soins » (L.M.¹).

D’autres le soulignent en référence aux évolutions de la loi du 5 juillet 2001 :

« Ce qu’il y a d’important à voir, dans cette loi, c’est les deux composantes de la loi qui sont des composantes antagonistes et qui permettent d’en faire un objet tellement pluriel que les gens s’y perdent complètement. Première logique : la logique sécuritaire qui au fond a augmenté le contrôle social. On est passé d’un lieu de contrainte (*i.e.* l’hospitalisation) à un état de contrainte (*i.e.* le soin sans consentement qui peut se faire partout). Or ça, déjà au niveau conceptuel, c’est rentré dans les mœurs que maintenant un soin peut être sans consentement. Ça, ça a été la plus grande force de ce projet de loi. C’est-à-dire avant l’hospitalisation, elle était dans un lieu, elle était sans consentement, d’accord. On privait un mec, d’aller et venir, bon. Mais un soin sans consentement, c’est pas possible, dans la réalité, ça n’existe pas. [Relance] Dans la réalité de ce que c’est le soin au fond, de ce qu’est le soin en psychiatrie, pouvoir créer une relation avec une personne, là où elle était impossible, c’est ça le soin en psychiatrie. Le soin, dans la loi, c’est, au fond, aller jusqu’au domicile faire une injection de neuroleptiques retard aux patients qui sont dans le déni des troubles. [...] » (M.C.)

b. Une antinomie entre soin et contrainte.

Ainsi il y a potentiellement en germe une antinomie entre le soin et la contrainte, reconnue et soulignée par plusieurs médecins interrogés², car le soin, en médecine en général, implique *la relation* or la contrainte met en péril cette dimension³ : « La particularité de la psychiatrie, c’est cette loi de soins sous contrainte possible donc ça, ça modifie, ça peut modifier le caractère relationnel du soin » (P.H.).

« ...tout le problème, je trouve par rapport à la pratique des médecins, tout le problème c’est que cette loi de soins sous contrainte, alors bien avant la loi de 2011, la possibilité de faire des soins sous contrainte peut complètement... rendre le soin impossible... parce qu’un patient peut toujours se dire que si effectivement... ça oblige le patient à jouer un rôle. Ça ne met pas en place une relation de confiance si potentiellement on a le pouvoir de mettre en place des soins sous contrainte. Ce pouvoir-là me semble très dangereux... et un peu *contradictoire avec le soin*. [...] d’une certaine manière... la judiciarisation, dans cette loi, me semble très positive sur ce point car ça en limite, ça devrait limiter ses indications et son étendue mais ça reste quand même très compliqué. » (P.H.)

Il y a « antinomie » parce que le soin passe alors par l’exercice d’un pouvoir, d’une contrainte voire de la force. Cette antinomie est perçue explicitement par certains :

« Le deuxième aspect de la loi, c’est qu’elle introduit le soin contraint à domicile. [...] le soin contraint, ça n’est pas vraiment du soin... au moins contraint sur une mesure permanente, même si c’est que quelques jours, la contrainte ne dure que quelques jours. Mais être chez soi ou être dans un foyer, ce ne sont pas des lieux de soin ; c’est un lieu où on peut seulement y recevoir des soins si on décide. Par exemple quand vous êtes malade chez vous, vous appelez le généraliste mais il n’impose pas des soins. [...] *La contrainte ne peut s’exercer que dans un lieu de soin, pour moi c’est la question clef, c’est la question sur le plan éthique* parce que la contrainte n’est pas une contrainte en soi mais une contrainte dans un but de pouvoir accéder

¹ Avant ça, ce médecin notait, s’agissant d’une patiente désocialisée que « la position éthique, s’il y en a une, c’est faire le maximum pour qu’elle entre dans les soins. » (L.M.)

² J.M. : « le soin ne peut être un processus de contrainte ».

³ Nous n’abordons pas ici exclusivement les soins sans consentement en ambulatoire.

à un travail relationnel par un traitement et pas pour enfermer la personne au nom de sa dangerosité par nature ou autre. » (J.M.)

Un autre médecin y insiste : « On ne peut pas soigner si on enferme les personnes » (B.B.)¹. S'exprime là un positionnement idéologique et clinique des psychiatres qui placent au cœur de leur pratique et de façon inconditionnelle l'alliance thérapeutique, fondée sur un rapport symétrique – *i.e.* horizontal et non hiérarchique – entre le malade et le médecin². L'idée fondamentale,

« le fond de [la] pratique – qui est pas toujours facile à tenir, il faut le reconnaître – c'est quand même que l'on ne soigne pas bien les gens si l'on n'a pas un minimum d'assentiment de leur part mais c'est très difficile parfois. [...] Le fond du truc là dedans, c'est ce qu'on appelle l'alliance thérapeutique [...] Tous, il doit y avoir 80 % des gens, des psychiatres qui sont d'accord pour ce pouvoir qui leur est donné, il y a une contradiction car c'est un pouvoir qui retire l'alliance thérapeutique. *Vous ne pouvez pas vous allier avec quelqu'un qui vous boucle.* Si je vous dis, "Caroline, non, on arrête les frais, je vous interne..." C'est pas vous allier avec vous, c'est vous priver de votre liberté – point. Je pense que les soins partent de là. » (A.B.)

En effet, dans une perspective phénoménologique, faisant écho à la clinique, l'alliance thérapeutique a été conçue comme plaçant en son cœur la notion de *confiance* (Ricœur, 2001). Cette dernière constitue le postulat de toute relation de soins. Or il semble difficile d'instaurer, de faire naître et de maintenir la confiance quand on use de la contrainte – à moins de postuler le clivage de la personne à laquelle on impose la contrainte. Ces médecins ont, pour certains, en commun une certaine idée ou représentation de la psychiatrie. Sans aller jusqu'à qualifier leur posture de libertaire ou d'anti-aliéniste, ils ont tendance à rejeter la psychiatrie classique et ses outils³. Parmi eux, certains ont pris leur distance d'avec l'hôpital public voire ont créé des structures alternatives de prise en charge dans le cadre du secteur. Ils s'accordent sur l'idée que « les soins partent de là [de l'alliance thérapeutique ce] qui rentre en totale contradiction avec ce que je vous décris [*i.e.* l'hospitalisation sans consentement]. Là, il y a un dilemme énorme qui n'est pas dépassé. » (A.B.)⁴ Ces médecins nourrissent également une attitude empathique à l'égard de leurs patients⁵. Leur conviction est que la contrainte doit être dépassée pour que le soin puisse exister, comme nous le verrons plus en détail ultérieurement : « L'alliance thérapeutique », « ça n'est pas non plus un vain mot parce que avec ce genre de patients qu'on prend en charge sur des dizaines d'années, voire sur des dizaines d'années, il est absolument nécessaire d'avoir un minimum d'alliance, d'empathie, sinon *on ne soigne plus personne, on traite.* » (Y.H.)

Ce qui, dans la pratique et le vécu médical, peut apparaître comme un dilemme tient à ce que le *care*, le soin, le soin d'autrui sont *a priori* antinomiques avec l'imposition d'une violence ou d'une contrainte. Le *care* désigne une attention orientée par le souci pour autrui. Il signifie :

¹ N.C. : « On mise là sur le fait qu'on ne peut pas soigner sans consentement. C'est un but à atteindre, d'arriver à avoir le consentement c'est vraiment le but. On ne peut pas se satisfaire de mesures qui dureraient des années sans consentement, quoi. Le consentement, c'est un peu comme le levier. Si on n'a pas ça en tête... Il y a des patients, on n'y arrive pas mais de manière générale, on mise quand même là dessus, sur le fait qu'ils peuvent reprendre à leur compte la nécessité de soins ».

² Tous les médecins qui accordent une importance cardinale à l'alliance thérapeutique ne soulignent pas l'existence d'une antinomie entre soin et contrainte.

³ P.M. : « Lorsque dans un service où il y a une pratique institutionnelle, où l'essentiel est basé sur la parole, sur la présence, sur l'être avec, ça diminue la durée de la nécessité d'une contrainte. »

⁴ Le fait de savoir qu'on peut y arriver en procédant autrement joue un rôle déterminant dans l'attitude critique qui peut être déployée à l'égard de la contrainte. P.M. souligne : « Moi, mon travail c'est de faire en sorte de pouvoir la convaincre du mieux que je peux que c'est important qu'elle garde son traitement, donc si je suis dans une posture où c'est moi qui va décider si elle reste à l'extérieur ou si elle rentre à l'hôpital, je grille complètement toute possibilité de travail thérapeutique. »

⁵ Quoique tous les médecins présentant un profil empathique ne soulignent pas cette antinomie entre soin et contrainte.

sollicitude¹, soin, cœur, attentions, prévenance. Tronto et Fisher définissent le *care* à partir de quatre éléments : l'attention : « se soucier de » ; la responsabilité : « prendre en charge » ; la compétence : « prendre soin », le travail effectif qu'il est nécessaire de réaliser ; la capacité de réponse : « recevoir le soin ». Pour J. Tronto (1993), se soucier de quelqu'un implique un besoin de *care* et la qualité morale spécifique de *l'attention à l'autre*, qui consiste à reconnaître ce dont il a besoin. Prendre soin suppose la *responsabilité* du travail de *care* qu'il faut accomplir. Enfin le fait de soigner, le travail concret du *care* suppose la qualité morale de la *compétence*, non pas comprise comme une compétence *technique*, mais bien comme une *qualité morale*.

2. Le sens du soin

2.1 QUE SIGNIFIE SOIGNER EN PSYCHIATRIE ?

La mise en évidence d'une antinomie entre soin et contrainte interroge le sens du soin. Que vise-t-on quand on prétend soigner un malade mental ? Qu'est-ce que signifie ici soigner ? Est-ce traiter, faire taire les symptômes et, en particulier, les symptômes les plus bruyants, contribuer à ce que le patient éprouve un mieux être, travailler à ce que le patient gagne en autonomie ? Est-ce faire que les patients soient en paix avec eux-mêmes² et leur environnement ? Est-ce ne pas nuire, créer un lien qui permettra de disposer d'un instrument de soin – mais quelle place la contrainte peut-elle alors trouver là ? Est-ce soulager la maladie et redonner aux personnes la capacité et les moyens de décider pour elles-mêmes ? Est-ce faire intégrer, intérioriser la loi ou la contrainte y compris par son incorporation, à travers la prise d'un traitement ? « Prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé. » (Hesbeen, 1997, 1998 a, b) Or « aller bien » en psychiatrie ne signifie pas nécessairement être guéri ni ne suppose de déployer le maximum de traitements pour la santé de l'individu ou de faire taire le(s) symptôme(s).

[La littérature s'inscrivant dans la tradition du *care* suggère que la notion de soin peut être appréhendée à partir de dix facteurs « *caratifs* » notamment présentés comme « un cadre conceptuel pour étudier et comprendre les soins infirmiers en tant que science du *caring* » (Watson, 1998, p. 24). Ils sont formulés comme suit : 1. Le développement d'un système de valeurs humaniste-altruiste. 2. La prise en compte et le soutien du système de croyance et de l'espoir. 3. La culture d'une sensibilité à soi et aux autres. 4. Le développement d'une relation d'aide et de confiance. 5. La promotion et l'acceptation de l'expression de sentiments positifs et l'utilisation systématique de la méthode scientifique de résolution de problèmes dans le processus de prise de décision. 7. La promotion d'un enseignement-apprentissage interpersonnel. 8. La création d'un environnement mental, physique, socioculturel et spirituel de soutien, de protection et/ou de correction. 9. L'assistance dans la satisfaction des besoins humains. 10. La prise en compte de facteurs existentiels-phénoménologiques. (Watson, 1998, p. 24)]

Toutefois le soin, au sens du *care* notamment, implique l'action responsable. « Avec le *care*, on bascule de l'émotion saisissante vers l'action responsable à travers la recherche professionnelle d'un réconfort. On glisse du fait de simplement entendre une plainte au fait de l'écouter et de l'analyser, avec l'objectif de trouver la solution appropriée. [...] Le *care* a

¹ Sachant que « le principal trait éthique de la sollicitude est *l'empathie* définie comme la capacité à *entendre* la souffrance de l'autre et à la laisser résonner en soi tout en se gardant de la confusion. L'empathie se distingue de la pitié [...] » (Châtel, 2010).

² « La psychiatrie, c'est de tenir suffisamment longtemps pour que le patient puisse parvenir à des moments comme ça, où il se retrouve effectivement en paix avec lui-même. Ça c'est un armistice qui est assez définitif et c'est intéressant car en termes de qualité de vie, ça change tout ». (Y.H.)

théoriquement l'ambition d'être autant soin du corps que soin de l'être. Mais largement porté par le corps médical, il s'est finalement développé plus autour du soin du corps. » (Châtel, 2010) et en psychiatrie, peut-être davantage du côté du traitement du symptôme.

Ce clivage sur le sens du soin, en psychiatrie, entre traitement du symptôme *vs.* prise en charge de la personne dans la globalité et la complexité de son être, persiste, que le soin psychiatrique soit proposé à l'hôpital ou en milieu carcéral. Un médecin ayant travaillé une dizaine d'années en SMPR mais qui a rejoint aujourd'hui la psychiatrie en intrahospitalier constate que

« oui, il y a des pratiques coercitives en psychiatrie qui persistent, malheureusement. Parfois je me demande si on peut faire de la psychiatrie autrement... En tous cas, en hospitalisation. [...] c'est des vieilles questions, c'est pas des nouvelles questions... qu'est-ce qu'on fait de l'hospitalisation ? Un lieu de soins, un lieu de contrainte ? Et comment on fait avec la contrainte pour en créer un espace de soins ?... Finalement c'est les mêmes questions qu'il y avait en prison. Finalement, pour moi, ça n'est pas très différent. Après il y a eu des réponses différentes mais dans l'histoire aussi : la réponse psycho-institutionnelle et l'anti-psychiatrie, c'est deux réponses différentes à la même question : comment on fait pour que l'asile soit soignant. » (S.T.)

Ce médecin observe dans sa pratique qu'« il y a une manière de travailler avec la folie des gens qui est soit on ne les voit que du côté du symptôme et on se dit que le but du soin, c'est de supprimer les symptômes... que ça ne soit pas trop bruyant, et on a, à ce moment-là, on a les outils de la psychiatrie, du côté du médicament, pour faire arrêter les symptômes, de la coercition, de l'isolement. Et... d'emblée... »¹ Ces attitudes sont également mises en évidence par des études récemment menées (Cano, 2009, 2011, 2012).

2.2 SOIN ET NEUROLEPTIQUES RETARD

En particulier, la mise en place de soins sans consentement en ambulatoire, s'articulant autour du renouvellement régulier d'injections de neuroleptique retard, soulève la question du sens du soin dans le geste posé. La finalité du soin est-elle que le patient consente à l'injection retard et à sa mise en place sur le long terme ? Cette interrogation est évoquée par certains médecins. M.J. fait une « digression » concernant un procès en cours au moment de l'enquête :

« on reproche à cette consœur de ne pas avoir utilisé un médicament particulier qui est un neuroleptique injectable avec effet retard. On pourrait là aussi discuter de cette question. Est-il normal, adapté d'imposer ce type de médication ? Ca n'est pas anodin... puisque c'est une médication qui s'effectue sous forme d'une injection chaque mois et justement qui abolit toute concertation, toute discussion entre les équipes soignantes et le patient puisque le soin est sensé se limiter à une injection d'un médicament dont l'effet est permanent... alors que de mon point de vue la question de la médication, chez un patient, quelle que soit sa pathologie, la question de la médication... est d'autant plus efficace qu'elle fait l'objet d'une explication, d'une concertation, d'une négociation entre le patient et son médecin. Avec ce type de médication, ça n'est pas le cas. Mais la société et notamment, en l'occurrence, là la justice, qui est porte-parole de la société, s'attribuent un peu la prérogative de décider quel traitement est sensé prévenir d'un risque de violence. »

¹ « en particulier sur les lieux d'hospitalisation, par exemple... il y a plein de jeunes infirmiers qui sont pas formés c'est-à-dire [...] qui arrivent en psychiatrie avec peu de grilles de lecture et qui ont donc une vision de la psychose très... du côté du symptôme, en fait, mais c'est aussi un travers de la psychiatrie classique que de voir les patients que du côté des symptômes, du délire, de l'hallucination, et qui ont pas en fait comme idée du soin *la rencontre avec quelqu'un* et donc qui donc s'appuient sur : "un symptôme, il faut l'annuler" mais ça, c'est une vieille lune en psychiatrie... » (S.T.)

L'injection de neuroleptique retard soulève au moins deux difficultés : pris dans le cadre d'un programme de soins, le sens du soin peut alors se réduire à la médication, d'une part : « [Avec] la loi, [...] on nous a substitué cette histoire de soin relationnel au fond à l'injection de neuroleptiques retard. C'est ça le soin. [...] Le soin, dans la loi, c'est, au fond, aller jusqu'au domicile faire une injection de neuroleptiques retard aux patients qui sont dans le déni des troubles. [...] Dans cette loi, le soin c'est le neuroleptique retard. [...] il y a un [...] second amalgame entre soin et médicament. » (M.C.)¹

D'autre part, l'effet du neuroleptique retard pose la question déontologique de la place et de la réalité du consentement face à la prise de ce traitement : « sachant qu'on a des molécules, on fait une injection, le traitement, il est valable trois semaines. Aux États-Unis, en Angleterre, ils considèrent qu'on ne peut pas obtenir un consentement éclairé de patient par exemple, parce qu'ils considèrent que le patient donne son consentement à l'instant *t* et pas pour les trois semaines qui suivent, en France... » (C.B.) Plus précisément, le consentement, dans les législations occidentales existantes, est obtenu pour l'acte ponctuel de soin auquel le patient se soumet. La durée de validité du consentement n'est pas toujours spécifiée par les codes de santé. En France, selon la loi, « ce consentement est valable tant qu'il n'a pas été retiré selon les mêmes formes »². De même, ni le Code civil du Québec ni la Loi sur les services de santé et les services sociaux au Québec ne contiennent de dispositions précisant la durée de validité d'un consentement, même écrit³.

En Grande-Bretagne, le consentement est aussi jugé valide tant que le patient ne le retire pas ou tant que les conditions dans lesquelles il se trouve ne changent pas⁴, c'est-à-dire : (i) tant qu'elles ne s'améliorent pas ni ne se dégradent, (ii) qu'aucune nouvelle option thérapeutique n'est apparue depuis que le patient a donné son consentement ou (iii) que la maladie n'a pas progressé ce qui peut faire évoluer l'objectif de la guérison à un objectif palliatif. Il n'y a pas de période légalement définie au-delà de laquelle le consentement ne serait plus valide. Tel est le cas également en Australie. L'état clinique et le consentement du patient doivent être examinés, si son consentement a été obtenu plus de trois mois avant que le traitement n'ait été mis en œuvre⁵. En revanche, le consentement doit être à nouveau recherché si la période entre l'expression initiale du consentement et la date de la procédure en cours d'exécution excède six mois.

Il demeure qu'« en tant qu'acte soignant, le *care* doit [...] répondre aux exigences éthiques de l'action soignante et aux principes d'autonomie, de bienfaisance, de non-malfaisance, de proportionnalité et de non-futilité qui sont désormais bien identifiés. [...] [Il faut] veiller à ce que le *care* demeure en toutes circonstances *empreint de sollicitude*. » (Châtel, 2010).

¹ P.C. : « La loi d'internement, c'est la croyance dans le médicament ; c'est la croyance qu'on peut se contenter de la psychiatrie d'urgence où l'on bourre les gens dès l'entrée de médicaments [de neuroleptiques]. Il y a une majorité de gens qui demande ça. [...] Ils sont pour soigner les patients contre leur gré. Quand un jeune dissocié arrive aux urgences, on lui donne un neuroleptique retard – c'est normal pour ces collègues. »

² Le consentement une fois acquis, il n'est pas utile de le requérir de nouveau, à l'occasion d'une nouvelle prise en charge du patient au sein de la structure, que le professionnel de santé qui le prend en charge soit – ou non – celui qui a recueilli son consentement.

³ On admet qu'il est raisonnable de croire que le consentement à une intervention de courte durée est valable pour toute la durée de cette intervention. Toutefois, pour les interventions de longue durée (comme la chimiothérapie, la radiothérapie, l'application du calendrier vaccinal), on considère que le consentement donné au début de l'intervention peut être retiré, même verbalement, en tout temps. Le consentement est alors appréhendé comme un processus évolutif.

⁴ http://www.health.wa.gov.au/mhareview/resources/documents/UK_reference_guide.pdf

⁵ If consent has been obtained a significant time before undertaking the intervention, it is *good practice* to confirm that the person who has given consent (assuming he or she retains capacity) still wishes the intervention to proceed even if no new information needs to be provided or further questions answered.

2.3 CONTRAINDRE SANS NUIRE. CONTRAINDRE MAIS SOIGNER

De façon synchronique aussi, dans les décisions de contrainte qui sont ponctuellement prises, le principe de bienfaisance peut être mis en question. La question, *a priori* insoluble, demeure celle de l'arbitrage – autrement décrit comme un équilibre – entre principe de bienfaisance et principe de non nuisance car « le principe, c'est que nous sommes médecins donc le principe, c'est de soigner le patient, et c'est ne pas lui nuire. C'est dans le code de déontologie. » (C.B.) Cet arbitrage est *a priori* insoluble car les situations sont singulières, l'intérêt du patient est d'interprétation variable ainsi que les réponses susceptibles d'être subsumées sous le principe de bienfaisance voire sous le principe de non nuisance (voir Guibet Lafaye, 2014c).

Conclusion

L'antinomie entre soin et contrainte semble irréductible au moins d'un point de vue théorique. Elle est dépassée pratiquement par les soignants envisageant une perspective « thérapeutique » à moyen terme : la contrainte est imposée synchroniquement au nom d'une évolution prévisible, attendue ou espérée du patient, au nom de ce qui est entendu comme le bien du patient.

Les justifications de l'imposition de la contrainte sont multiples. En psychiatrie, un motif déterminant est qu'une large part de la posture adoptée par les patients dans leur existence est imputée à la maladie. On s'autorise alors à ne pas respecter les « choix » des patients ou leur différence car on attribue leur position dans l'existence au seul fait de la maladie¹ et à une certaine détermination de la pathologie psychiatrique. Les attitudes à l'égard de ce que l'on peut imposer à autrui – lorsqu'est écartée la violence qu'un patient peut infliger à des tiers – sont partiellement dépendantes de la façon dont est appréhendé le symptôme présenté par le patient (*i.e.* comme devant être réduit, annihilé ou pas) et de ce que l'on (*i.e.* le médecin) pense qu'il est approprié pour le patient dans son existence, *i.e.* sont dépendantes de ce qu'on juge être le mieux pour lui.

Entrevoir la possibilité, *i.e.* qu'autre chose soit possible que la réponse psychiatrique standard suppose une prise de distance par rapport aux outils de la psychiatrie qu'ils soient médicamenteux² ou fondés sur la privation de liberté, sur la séparation d'avec l'extérieur. C'est ce que suggère ce médecin, interrogé sur « ce qui serait bien » pour son patient schizophrène qui n'est pas dangereux pour autrui mais pour lui-même :

« Oui... [qu'il reste tranquillement chez lui] en tous les cas que cela lui soit possible. Qu'il reste tranquillement chez lui, même en souffrance, *est-ce que c'est pire que de le contraindre à une exposition aux outils de soins psychiatriques* qui sont ceux qu'on peut lui proposer c'est-à-dire des hospitalisations de jour ou plein temps, etc. ? C'est moins souffrant... ou est le plus de souffrance, chez ce patient ? De le contraindre à des temps de soins collectifs ou autres, réguliers ou de le laisser chez lui devant son isolement ? Je pense qu'on doit respecter la deuxième possibilité. » (M.J.)

L'alternative suppose également que l'on puisse penser et reconnaître que la contrainte hospitalière est susceptible d'induire plus de souffrance qu'elle ne prétend en soulager comme

¹ Voir : « Par définition, les personnes que nous prenons en charge sont des personnes qui ont une pathologie, qui sont *vulnérables* du fait de leur pathologie. La première privation de liberté qu'ils ont, c'est l'altération de leur discernement, du fait de la pathologie : ils ne reconnaissent pas leur pathologie ou l'importance de leur pathologie et donc la nécessité du traitement, donc par définition, ils perdent contact avec les autres puis progressivement avec eux-mêmes et par définition les comportements difficiles et potentiellement dangereux qu'ils ont pour eux-mêmes et pour les autres ne sont que la conséquence de leur maladie donc ce sont des personnes vulnérables. » (B.L.)

² Voir M.J. supra : « pourquoi obliger quelqu'un à des soins... qui ne sont pas forcément de nature à apporter une guérison ? »

le suggèrent certaines études faisant une place à la parole des patients (Cano *et al.*, 2011, 2012).

L'imposition de la contrainte pose bien une question éthique car, quand bien même son intentionnalité serait ancrée dans une logique et un discours de la bienfaisance, le respect de l'autre est en jeu pour autant que l'on admet qu'« il existe des individus distincts qui mènent chacun leur propre vie » (Nozick, 1974, p. 34). Imposer des soins, imposer une contrainte met à mal le respect de l'autre et le respect de l'individualité.

Deux appréhensions irréductibles de la personne et de l'individualité humaines s'affrontent : soit on privilégie une représentation de l'individu en santé, reflétant ou incarnant une certaine norme de santé physique et psychique (*i.e.* dont les symptômes sont aussi restreints que possibles), soit la pratique – et les décisions qui y sont associées – s'ancre(nt) dans une représentation de la personne humaine assise sur le respect des préférences, des valeurs et des désirs individuels, aussi variables soient-ils d'un individu à l'autre, et ne faisant pas de la santé biologique notamment une priorité. La posture est d'autant plus difficile à tenir pour les psychiatres qu'ils sont aussi, comme ils le rappellent parfois, médecins, c'est-à-dire ne peuvent pas pour certains ne pas considérer l'aspect somatique ou la dimension pathologique des attitudes ou dispositions de certains de leurs patients.

Références

Bottéro A., « Travaux préparatoires à la rédaction du chapitre V de la CIM-11 », *Psychiatr. Sci. Hum. Neurosci.*, 2011, 9, p. 131-138.

Cancian Francesca et Y. Oliner Stacey, *Caring and gender*, Thousand Oaks, Pine Forge Press, 2000.

Châtel T., « Éthique du “prendre soin” : sollicitude, care, accompagnement », *Éthique du prendre soin* – Décembre 2010

Cano N., « Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques », *Éthique et santé* (2009) 6, p. 3-10.

Cano N. *et al.*, « L'isolement en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques », *L'Encéphale*, 2011, 37, p. S4-S10.

Cano N. *et al.*, « L'hospitalisation en psychiatrie : point de vue des patients et perspectives éthiques », *Annales Médico-Psychologiques*, Paris, 2012.

FASM, « Pour une réforme de la Loi du 5 juillet 2011 – La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou accentuation des devoirs pour les patients et les professionnels ? », 2012.

Guibet Lafaye C., « Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire », *L'information psychiatrique*, 2014a.

Guibet Lafaye C., « Psychiatrie, décisions difficiles et dilemmes moraux », *Éthique publique*, Montréal (Canada), éd. Liber, 2014b. [À paraître]

Guibet Lafaye C., « Psychiatrie et particularisme éthique », *Les ateliers de l'éthique*, Centre de recherche en éthique de l'Université de Montréal (CREUM), Montréal (Canada), 2014c. [À paraître]

Mayeroff M., *On caring*, New York, Harper Perennial, 1971.

Molinier Pascale, Sandra Laugier, Patricia Paperman, *Qu'est ce que le care ?*, Paris, Petite Bibliothèque Payot, 2009.

Ricœur P., « Les trois niveaux du jugement médical », in P. Ricœur, *Le Juste 2*, Paris, Éditions Esprit, 2001, p. 227-243.

Senon J.-L. et Carol Jonas, « Droit des patients en psychiatrie », *EMC-Psychiatrie*, 2004/1, p. 107-127.

Tronto Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* [1993], Paris, La Découverte, 2009.

Vacheron Marie-Noëlle et Xavier Laqueille, « L'admission en soins psychiatriques sous contrainte apports et limites de la loi du 5 juillet 2011 », *Droit et santé*, Laennec, n° 1/2012, p. 11-22.

Velpry L., « De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie », *Journal français de psychiatrie*, 2010/3, n° 38, p. 16-18.

Watson J., *Nursing. The philosophy and science of caring*, Boston, Little, Brown and Company, 1979.

Watson J., *Le Caring. Philosophie et science des soins infirmiers* [1979], Paris, Seli Arslan, 1998.

Annexes

Les détails relatifs à l'enquête (liste anonymisée des personnes interrogées, tris à plat, etc.) sont disponibles sur demande.

GUIDE D'ENTRETIEN

1. Spontanément, pourriez-vous évoquer des situations ou des cas vous ayant parus poser des difficultés ou apparaissant comme éthiquement problématique.

2. Y a-t-il des principes et des convictions qui structurent votre pratique ? Des principes auxquels vous êtes particulièrement attachés et que vous ne souhaiteriez pas lâcher ?

3. Quels sont vos objectifs lorsque vous commencez à prendre en charge un patient ? Vers quel horizon essayez-vous d'aller ?

4. Comment procédez-vous lorsque ce que vous percevez comme ce qui est « bien pour le patient » ne converge pas avec ce que le patient veut pour lui-même ?

5. Quelle place faites-vous, dans votre pratique, aux souhaits, aux préférences des patients, à ce qu'il souhaite pour lui-même ?