

La recherche du consentement : finalité du programme de soins psychiatriques ambulatoires ?

BOURELLE JM ¹,
ZIELINSKI A ²

1 : ISP, Cadre de Santé, Formateur Consultant Permanent GRIEPS.

2 : Professeur agrégé de Philosophie, Faculté de Médecine, Université de Lorraine.

Mots clés : Loi du 5 juillet 2011 ¹ - Psychiatrie - Programme de Soins – Soins ambulatoires - Ethique – Consentement – Vulnérabilité – Autonomie - Alliance thérapeutique

« Selon le professeur Frédéric Rouillon ², un adulte sur trois souffrira dans sa vie de maladie mentale (...). Deuxième élément important, le placement sous contrainte a connu une forte augmentation ces dernières années. Ainsi, s'agissant des placements à la demande d'un tiers, on est passé de 43 957 placements en 2006 à 63 345 admissions en 2011 » [1].

Passant d'une logique d'hospitalisation à celle de soins hors et en les murs de l'hôpital psychiatrique, la Loi du 5 juillet 2011 instaure un nouveau paradigme avec la possibilité de prescrire un programme de soins psychiatriques ambulatoires à l'issue d'une période d'hospitalisation sous contrainte. « Désormais, les patients peuvent être contraints de suivre des soins, non plus seulement dans les murs de l'établissement, mais aussi chez eux ou dans leur environnement familial » [2].

Jusqu'où considérer la protection d'une personne vulnérable ? La contrainte en soins ambulatoires porte-t-elle atteinte aux libertés individuelles ? Un programme de soins ambulatoires met-il en jeu une

nouvelle dépendance à un protocole de soins ou vise-t-il à terme l'autonomie du patient ?

Le soin sans consentement à l'épreuve de l'histoire

En France, en amont de la Loi du 5 juillet 2011, deux lois phares ont initié la mise en œuvre des modalités de soins sans consentement. La Loi du 30 juin 1838 dite « Loi Esquirol » organise l'hospitalisation sous contrainte dans un souci protectionniste et hospitalo-centriste. Elle apparaît comme « une longue évolution qui avait permis pour la première fois d'élever le fou à la dignité de malade » [3]. Il a fallu patienter près d'un siècle et demi pour qu'une nouvelle loi soit promulguée (loi du 27 juin 1990³). Innovation : elle inscrit l'hospitalisation libre comme principe « prima facie » et autorise des sorties d'essai « sous le joug de la contrainte ».

La psychiatrie, une discipline à visée intégrative

Parallèlement à l'évolution juridique des modalités de soins, la psychiatrie a été traversée par divers courants psychothérapeutiques, philosophiques ainsi que par les progrès des neurosciences et de la pharmacologie. En est née une psychiatrie « à la française »⁴, orientée vers le développement d'une discipline à visée intégrative et citoyenne. Des structures de soins innovantes ont fleuri au sein même de la Cité. La fermeture de lits, consécutive à la réussite d'une politique de désaliénation et aux politiques de financement, a conduit gestionnaires et soignants à considérer l'hospitalisation comme lieu de résolution de la crise.

Une législation en phase avec le contexte sociétal ?

S'est alors posée la question de l'intérêt à proposer des soins psychiques imposés à des patients vivant à leur domicile. Dès 1997 puis en 2001, les rapports Strohl et Piel-Roelandt ⁵ envisagent cette solution.

³ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

⁴ Rapport Demay. Une voie française pour une psychiatrie différente, juillet 1982.

⁵ Groupe national d'évaluation de la Loi du 27 juin 1990, septembre 1997. De la psychiatrie vers la Santé Mentale, juillet 2001.

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.

² Psychiatre, Centre hospitalier Sainte Anne.

Quelques faits divers, repris avec une vision sécuritaire du traitement de la folie, ont amené le législateur à entériner la notion de programme de soins sans consentement. « *N'étant plus limité aux murs de l'hôpital, le système asilaire pourra s'inviter jusque dans l'intimité des personnes* » [6].

Soigner autrui contre son gré, une injonction paradoxale ?

Si le principe du respect du consentement éclairé est au cœur de la relation de soins depuis la promulgation de la Loi Kouchner⁶, qu'en est-il de la notion de consentement ou de son absence en psychiatrie ? L'absence de discernement, pour raison de troubles mentaux avérés, a souvent présidé à l'organisation des modalités de soins sous contrainte [7]. Pour autant, « *l'individu n'est libre que dès l'instant où il est en mesure de s'opposer à une décision extérieure* » [8]. La réflexion éthique nous incite à réinterroger ce qui peut apparaître alors comme une injonction paradoxale : « *soigner autrui contre son gré* » [6,9].

La protection de la vulnérabilité, entre paternalisme et sollicitude ?

« *La condition de l'homme est marquée, de la naissance à la vieillesse, par la vulnérabilité* » [10]. Il convient de distinguer ici, la vulnérabilité ontologique inhérente à la condition humaine, et celle que nous pourrions nommer vulnérabilité accidentelle : souffrance psychique, processus psychopathologiques par exemple... La vulnérabilité, ainsi précisée par le rapport Belmont⁷, invite à considérer l'homme comme porteur de fragilités altérant parfois durablement capacités personnelles et vie psychique [11]. Par conséquent, comment ne pas développer une attitude paternaliste ? Au sens de « *veiller sur la vie des hommes et par conséquent, forme essentielle de responsabilité pour l'autre* » [12]. Un programme de soins sans consentement, établi par un soignant, soulignerait l'impérieuse nécessité de protéger la personne souffrant de troubles psychiques et pour autant de faire preuve de sollicitude au sens de

« *considérer l'homme souffrant comme un homme capable* » [13] ?

Le discernement comme marqueur de l'autonomie ?

L'un des marqueurs indéniables de l'autonomie est la capacité de consentir aux soins. Celle-ci permet à toute personne de s'autodéterminer et de donner du sens à son acceptation [10]. Le manque de discernement constaté dans les troubles psychiques marque-t-il une impasse à consentir ? « *Les possibilités de discernement d'une personne malade sont susceptibles de degrés et de variations dans le temps* » [9].

Entre reconnaissance de vulnérabilité et respect de l'autonomie : la recherche du juste milieu ?

En définitive, serions-nous condamnés à l'aporie « *un problème qu'on ne peut pas résoudre* » [15] ? Ou au truisme : « *la folie se traite à l'hôpital psychiatrique* » ce qui ne semble guère plus satisfaisant ? Dans le cadre de soins psychiatriques ambulatoires (hors obligation de soins sur décision de justice et dangerosité psychiatrique), quelle alternative durable et ajustée peut-on proposer entre la nécessité du consentement et la celle de la protection ? En quoi l'alliance thérapeutique, définie comme « *collaboration mutuelle entre le patient et le thérapeute* » [16] oscille-t-elle, en perpétuelle recherche d'équilibre, entre protection de la vulnérabilité et recherche d'autonomie ?

MATÉRIEL ET MÉTHODE

L'étude a privilégié une méthode qualitative basée sur une revue de littérature, à partir des mots-clés. 25 ressources documentaires ont été sélectionnées à partir de critères de pertinence.

RÉSULTATS

Quatre constats forts ont été identifiés.

1^{er} constat - Une congruence autour de la responsabilité soignante et sociétale à protéger les personnes en situation de vulnérabilité pour cause de troubles psychiques [1-15, 17-23].

⁶ Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

⁷ Rapport Belmont. National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research, US A, 1979.

2^e constat - *Le soin psychiatrique sans consentement (notamment dans le cadre du programme de soins ambulatoires) ne saurait être une finalité thérapeutique* [1,3-9,11,14-17,19-21,23].

3^e constat - *La relation de soin est essentielle au traitement des troubles psychiques.* [3-7,12-14,16-18,20-22,24,25].

4^e constat - *L'aspect contenant et protecteur d'un cadre thérapeutique (avec ou sans consentement) est souligné comme relevant des modalités de soin en psychiatrie* [1-3,5,6,9,11,14,15,17-23].

DISCUSSION

Programme de soins : une modalité de soins controversée

Le contenu de la Loi du 5 juillet 2011 ne traite pas tant de la protection de la vulnérabilité que du respect des libertés individuelles et de « l'hospitalité »⁸ [5-7,17,23], dans une société libérale à tonalité paternaliste lorsqu'il s'agit de personnes souffrant de troubles psychiques. Concernant le programme de soins ambulatoires, les positions oscillent entre un **intérêt manifeste** pour sa mise en œuvre aux fins de protection de la personne ou de la société [2,3,15,22], et la **radicalité d'une abrogation** en raison d'une atteinte aux libertés individuelles [6,7,17].

Protection de la vulnérabilité : l'enjeu de la proportionnalité

La loi du 5 juillet 2011 a instauré la possibilité, pour un psychiatre, de prescrire un programme de soins ambulatoires. Force est de reconnaître que cette proposition ne date pas d'hier. Souvenons-nous des propositions faites par les Rapports Strohl et Piel-Roelandt : le soin ambulatoire sans consentement comme une des solutions à l'accompagnement de patients et comme un cadre thérapeutique contenant et protecteur [3].

La protection de la vulnérabilité des personnes souffrant de troubles psychiques ne peut s'appuyer que sur des **faits cliniques en lien avec une**

situation forcément singulière [8]. Penser cette protection comme temporaire ou transitoire sonne alors comme une exigence éthique. Sur le plan juridique, considérer le programme de soins sous l'angle d'une « juste » **proportionnalité** apparaît comme une « borne » éthique relevant de la protection de la vulnérabilité et du respect de l'autonomie des personnes [9,11]. Les dérives passées concernant les sorties d'essai « ad vitam æternam » nous y incitent [2,3].

Relation de soin et autonomie : la recherche du consentement

À ce jour, des soins sur le lieu de vie d'une personne sont possibles. Au travers du programme de soins, leur aspect contraignant est en partie issu d'un « compromis » **sociétal** permettant l'acceptation de la folie au cœur de la Cité. Au-delà de son caractère protocolaire, il pourrait avoir, comme objectif principal, la « recherche et l'accompagnement de la capacité à consentir » [9]. D'autant que « le soin en psychiatrie consiste à trouver le point où une relation non contrainte est possible » [17]. **La finalité des soins psychiques implique le retour aux « capacités à choisir, à décider »** [13]... Même s'il faut du temps, « une personne qui souffre de psychose est d'autant plus vivante qu'elle est confrontée à des choix » [17]. Pour autant, l'émergence d'un tel engagement thérapeutique ne peut en occulter toute la complexité car le **psychisme est à la fois support du consentement et support du soin** [14,20,21].

Programme de soins ambulatoires : transition, temporalité et alliance thérapeutique

Si la mesure de contrainte contribue, dans certaines circonstances cliniques, à la protection de la personne, la penser d'emblée comme **transitoire dans l'esprit du soignant et du patient, tend à susciter un travail psychique portant non pas sur le strict respect des modalités de prise en charge mais sur le développement de l'alliance thérapeutique** ; celle-ci ne pouvant se décréter [24] a contrario du programme de soin !

⁸ Terme emprunté au « Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire ».

CONCLUSION

Le Conseil Constitutionnel souligne que « *l'obligation de soins a été conçue non pour briser par la force l'éventuel refus du malade de se soumettre à un protocole de soins mais pour passer outre son incapacité à y consentir* » [1]. En ce sens, une Loi a été discutée et adoptée définitivement le 19 septembre 2013 dans le cadre d'une procédure accélérée⁹. Concernant le principe d'un programme de soins ambulatoires sans consentement, la cause est entendue : il est conforté dans ses grandes lignes et ne plus fait l'objet de débats passionnels dans le champ politique mais continue toutefois d'alimenter la controverse dans le champ psychiatrique.

En parallèle, l'enjeu majeur, côté soignant, est la **capacité à se (re)centrer sur l'approche clinique des situations**, celle-ci motivant toute décision. Ainsi, soigner sans consentement mérite une réflexion pluridisciplinaire, **au sens du partage de l'intersubjectivité** [18] et d'une **décision ajustée par-delà la responsabilité de prescription du psychiatre**, afin d'éviter les dérives constatées lors de la prescription de sorties d'essai dans le cadre de la Loi du 27 juin 1990.

La légitimité du programme de soins ne réside pas tant dans son contenu que dans son objectif visant à **solliciter la capacité à consentir** [9] à des **soins initialement contraints : un palier pour le développement de la confiance et de l'alliance thérapeutique**. Par conséquent, proposer **l'interruption du programme de soins ambulatoires** (mais pas des soins psychiques !) dès lors que le patient a recouvré **sa capacité à consentir aux soins** résonne comme une **réponse proportionnée et éthique** à la nécessité de protection de la vulnérabilité ainsi qu'au respect de l'autonomie auquel tout être humain aspire [21].

Prendre en considération tout à la fois « la souffrance et la capacité de l'Autre » [13] est un acte fondateur du soin psychique. Prendre en considération la singularité de la vie d'autrui, reposant sur un cadre thérapeutique contenant et temporaire, sans projeter sur autrui ses propres peurs, ses propres intentions, ses propres contraintes... Soutenir la vulnérabilité quand elle

s'exprime et contribuer à l'émergence de l'autonomie dès qu'elle est rendue possible... Une posture éthique attendue pour les soignants ?

RÉFÉRENCES

- [1] Assemblée Nationale, Commission des affaires sociales. **Rapport d'étape de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie**, n°1085 ; <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1085.asp>
- [2] Guellec A. La réforme des soins psychiatriques sans consentement, Vers une amélioration de la prise en charge ?, Actualités Juri Santé 07/2011 ; 74 : 18-20
- [3] Vidon G. De l'internement psychiatrique aux soins sans consentement en ambulatoire, Psychiatrie française 2012 ; 175-189
- [4] Grenouilloux A. Ethique et normes en psychiatrie et santé mentale, L'information psychiatrique 06/2011 ; 87 : 479-86
- [5] Coffin JC. Consentement : un petit détour par l'histoire, Santé Mentale 10/2011 ; 161 : 32-37
- [6] Bellahsen M, Brunessaux V, Klopp S. Is it really possible to be treated without consent, Soins Psychiatrie 07/08 2012 ; 28 : 18-21
- [7] Devers G. Le soin sans consentement n'existe pas, n'a jamais existé et n'existera jamais !, Santé Mentale 05/2012 ; 168 : 6-7
- [8] Péchillon E. Place de la jurisprudence dans la gestion et l'évolution de la législation relative aux soins sous contrainte, Annales Médico-Psychologiques 2012 ; 170 : 706-710
- [9] Theron S. De quelques remarques sur une évolution attendue de la prise en charge de la maladie mentale : l'instauration de soins ambulatoires sans consentement, Droit Sanitaire et Social 2010 ; 1088-1101
- [10] Mislawski R. Dignité, autonomie, vulnérabilité : approche juridique. In: Ethique Médecine et Société, comprendre, réfléchir, décider. Hirsch E, espace éthique, Vuibert 11/2007 ; 176-186
- [11] Jonas C. Le certificat circonstancié du 5 juillet 2011 : pourquoi ? Comment ?, Annales Médico-Psychologiques 2012 ; 170 : 699-702
- [12] Svandra P. Relier vulnérabilité et autonomie ; <http://svandra.over-blog.com/article-31707175.html>
- [13] Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin, fonds commun d'humanité, Cahiers philosophiques 02/2011 ; 125 : 89-106
- [14] Berthon G. **Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique**, L'information Psychiatrique 06/2011 ; 87 : 459-65
- [15] Strohl H. Le soin contraint ne peut remplacer l'offre adaptée de soin, L'information psychiatrique 06/2006 ; 85 : 499-507
- [16] Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques, Perspectives Psy avril 2010 ; 49 : 317-26
- [17] Friard D. On ne soigne qu'un sujet, Santé Mentale 10/2011 ; 161 : 44-48

⁹ Texte adopté n°212 et 215, visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

- [18] Bloch S, Green S. An ethical framework for psychiatry, *British Journal of Psychiatry* 2006 ; 188 : 7 – 12
- [19] Alamowitch N, Vacheron MN, Navion C. The interest of multi-disciplinary collaborative work, *Soins Psychiatrie* 07/08 2012 ; 281 : 22-25
- [20] Layet L, Rosello L. Place de la contrainte dans les soins en psychiatrie, *revue française de psychiatrie et de psychologie médicale* 02/2008 ; tome XII, 108 : 11-15
- [21] Mazodier M. The ethical questions raised by the law of July 5th 2011, *Soins Psychiatrie* 07/08 2012; 281 : 36-37
- [22] Cambier G. La Loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement en psychiatrie, *Regards croisés d'acteurs de proximité sur un nouveau dispositif*, Faculté de Médecine de Grenoble 02/2013 ; http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/78/95/87/PDF/2013GRE1500_5_cambier_gentiane_1_D_.pdf
- [23] Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie. L'esprit d'une Loi, *Droit Déontologie et Soins* 2011 ; 11 : 440-48
- [24] De Roten Y. L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ? In : *L'alliance thérapeutique : fondements et mise en œuvre*, Collot, Dunod 2011 ; 3-15
- [25] Marzano M. Je consens donc je suis, *Ethique de l'autonomie*, Presses Universitaires de France 08/2006 : 15-47