

ANNEE 2017

N°

**Le consentement et la contrainte en psychiatrie :
aspects historiques, juridiques et éthiques**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon

Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

23 juin 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par M. GILLET Justin

Né le 11 janvier 1988

A Châteauroux

ANNEE 2017

N°

**Le consentement et la contrainte en psychiatrie :
aspects historiques, juridiques et éthiques**

THESE

présentée

à l'UFR des Sciences de Santé de Dijon
Circonscription Médecine

et soutenue publiquement le

23 juin 2017

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par M. GILLET Justin

Né le 11 janvier 1988

A Châteauroux

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016-2017

au 1^{er} JANVIER 2017

Doyen :

1^{er} Assesseur :

Assesseurs :

M. Frédéric HUET

M. Yves ARTUR

Mme Laurence DUVILLARD

M. Pablo ORTEGA-DEBALLON

M. Marc MAYNADIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

			Discipline
M.	Marc	BARDOU	Pharmacologie clinique
M.	Jean-Noël	BASTIE	Hématologie - transfusion
M.	Emmanuel	BAULOT	Chirurgie orthopédique et traumatologie
M.	Laurent	BEDENNE	Gastroentérologie et hépatologie
M.	Yannick	BEJOT	Neurologie
M.	Alain	BERNARD	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M.	Jean-François	BESANCENOT	Médecine interne
Mme	Christine	BINQUET	Epidémiologie, économie de la santé et prévention
M.	Bernard	BONIN	Psychiatrie d'adultes
M.	Philippe	BONNIAUD	Pneumologie
M.	Alain	BONNIN	Parasitologie et mycologie
M.	Bernard	BONNOTTE	Immunologie
M.	Olivier	BOUCHOT	Chirurgie cardiovasculaire et thoracique
M.	Belaïd	BOUHEMAD	Anesthésiologie - réanimation chirurgicale
M.	Alexis	BOZORG-GRAYELI	ORL
M.	Alain	BRON	Ophtalmologie
M.	Laurent	BRONDEL	Physiologie
M.	François	BRUNOTTE	Biophysique et Médecine Nucléaire
M.	Patrick	CALLIER	Génétique
M.	Jean-Marie	CASILLAS-GIL	Médecine physique et réadaptation
Mme	Catherine	CHAMARD-NEUWIRTH	Bactériologie - virologie; hygiène hospitalière
M.	Pierre-Emmanuel	CHARLES	Réanimation
M.	Pascal	CHAVANET	Maladies infectieuses
M.	Nicolas	CHEYNEL	Anatomie
M.	Alexandre	COCHET	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Luc	CORMIER	Urologie
M.	Yves	COTTIN	Cardiologie
M.	Charles	COUTANT	Gynécologie-obstétrique
M.	Gilles	CREHANGE	Oncologie-radiothérapie
Mme	Catherine	CREUZOT-GARCHER	Ophtalmologie
M.	Frédéric	DALLE	Parasitologie et mycologie
M.	Serge	DOUVIER	Gynécologie-obstétrique
Mme	Laurence	DUVILLARD	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Laurence	FAIVRE-OLIVIER	Génétique médicale
Mme	Patricia	FAUQUE	Biologie et Médecine du Développement
Mme	Irène	FRANCOIS-PURSELL	Médecine légale et droit de la santé
M.	Pierre	FUMOLEAU	Cancérologie
M.	François	GHIRINGHELLI	Cancérologie
M.	Claude	GIRARD	Anesthésiologie – réanimation chirurgicale
M.	Vincent	GREMEAUX	Médecine physique et réadaptation
M.	Frédéric	HUET	Pédiatrie
M.	Pierre	JOUANNY	Gériatrie

M.	Denis	KRAUSÉ	Radiologie et imagerie médicale
M.	Sylvain	LADOIRE	Histologie
M.	Gabriel	LAURENT	Cardiologie
M.	Côme	LEPAGE	Hépatogastroentérologie
M.	Romarc	LOFFROY	Radiologie et imagerie médicale
M.	Luc	LORGIS	Cardiologie
M.	Jean-Francis	MAILLEFERT	Rhumatologie
M.	Cyriaque Patrick	MANCKOUNDIA	Gériatrie
M.	Sylvain	MANFREDI	Hépatogastroentérologie
M.	Laurent	MARTIN	Anatomie et cytologie pathologiques
M.	David	MASSON	Biochimie et biologie moléculaire
M.	Marc	MAYNADIE	Hématologie - transfusion
M.	Thibault	MOREAU	Neurologie
M.	Klaus Luc	MOURIER	Neurochirurgie
Mme	Christiane	MOUSSON	Néphrologie
M.	Paul	ORNETTI	Rhumatologie
M.	Pablo	ORTEGA-DEBALLON	Chirurgie Générale
M.	Jean-Michel	PETIT	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Lionel	PIROTH	Maladies infectieuses
Mme	Catherine	QUANTIN	Biostatistiques, informatique médicale
M.	Jean-Pierre	QUENOT	Réanimation
M.	Patrick	RAT	Chirurgie générale
M.	Jean-Michel	REBIBOU	Néphrologie
M.	Frédéric	RICOLFI	Radiologie et imagerie médicale
M.	Paul	SAGOT	Gynécologie-obstétrique
M.	Emmanuel	SAPIN	Chirurgie Infantile
M.	Henri-Jacques	SMOLIK	Médecine et santé au travail
M.	Éric	STEINMETZ	Chirurgie vasculaire
Mme	Christel	THAUVIN	Génétique
M.	Pierre	VABRES	Dermato-vénéréologie
M.	Bruno	VERGÈS	Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
M.	Narcisse	ZWETYENGA	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

PROFESSEURS ASSOCIES DES DISCIPLINES MEDICALES

M.	Bruno	MANGOLA	Urgences
----	-------	----------------	----------

PROFESSEURS EN SURNOMBRE

M.	Roger	BRENOT	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Philippe	CAMUS	(surnombre jusqu'au 31/08/2019)
Mme	Monique	DUMAS-MARION	(surnombre jusqu'au 31/08/2018)
M.	Maurice	GIROUD	(surnombre jusqu'au 21/08/2018)
M.	Pierre	TROUILLOUD	(surnombre jusqu'au 31/08/2017)

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES MEDICALES

			Discipline Universitaire
M.	Sylvain	AUDIA	Médecine interne
Mme	Shaliha	BECHOUA	Biologie et médecine du développement
Mme	Marie-Claude	BRINDISI	Nutrition
M.	Jean-Christophe	CHAUVET-GELINIER	Psychiatrie, psychologie médicale
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Alexis	DE ROUGEMONT	Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
M.	Hervé	DEVILLIERS	Médecine interne
M.	Olivier	FACY	Chirurgie générale
Mme	Ségolène	GAMBERT-NICOT	Biochimie et biologie moléculaire
Mme	Françoise	GOIRAND	Pharmacologie fondamentale
Mme	Agnès	JACQUIN	Physiologie
M.	Alain	LALANDE	Biophysique et médecine nucléaire
M.	Louis	LEGRAND	Biostatistiques, informatique médicale
Mme	Stéphanie	LEMAIRE-EWING	Biochimie et biologie moléculaire
M	Maxime	SAMSON	Médecine interne
			(Mobilité Novembre 2016 à 2017)
M.	Benoit	TROJAK	Psychiatrie d'adultes ; addictologie
M.	Paul-Mickaël	WALKER	Biophysique et médecine nucléaire

PROFESSEURS EMERITES

M.	Jean	CUISENIER	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Jean	FAIVRE	(01/09/2012 au 31/08/2018)
M	Philippe	GAMBERT	(01/09/2014 au 31/08/2017)
M.	Patrick	HILLON	(01/09/2016 au 31/08/2019)
M.	François	MARTIN	(01/09/2015 au 31/08/2018)
M.	Pierre	POTHIER	(01/09/2015 au 31/08/2018)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

M.	Jean-Noël	BEIS	Médecine Générale
----	-----------	------	-------------------

PROFESSEURS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Didier	CANNET	Médecine Générale
M.	Gilles	MOREL	Médecine Générale
M.	François	MORLON	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE

M.	Clément	CHARRA	Médecine Générale
M.	Rémi	DURAND	Médecine Générale
M.	Arnaud	GOUGET	Médecine Générale
Mme	Anne	WALDNER-COMBERNOUX	Médecine Générale

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

M.	Didier	CARNET	Anglais
M.	Jean-Pierre	CHARPY	Anglais
Mme	Catherine	LEJEUNE	Pôle Epidémiologie
M.	Gaëtan	JEGO	Biologie Cellulaire

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mme	Marianne	ZELLER	Physiologie
-----	----------	---------------	-------------

PROFESSEURS AGREGES de L'ENSEIGNEMENT SECONDAIRE

Mme	Marceline	EVARD	Anglais
Mme	Lucie	MAILLARD	Anglais

PROFESSEURS CERTIFIES

Mme	Anaïs	CARNET	Anglais
M.	Philippe	DE LA GRANGE	Anglais
Mme	Virginie	ROUXEL	Anglais (Pharmacie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme	Evelyne	KOHLI	Immunologie
M.	François	GIRODON	Sciences biologiques, fondamentales et cliniques

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES PRATICIENS HOSPITALIERS DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

M.	Mathieu	BOULIN	Pharmacie clinique
M.	Philippe	FAGNONI	Pharmacie clinique
M.	Frédéric	LIRUSSI	Toxicologie
M.	Marc	SAUTOUR	Botanique et cryptogamie
M.	Antonin	SCHMITT	Pharmacologie

L'UFR des Sciences de Santé de Dijon, Circonscription Médecine, déclare que les opinions émises dans les thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ne leur donner ni approbation, ni improbation.

COMPOSITION DU JURY

Président : M. le Pr Bernard BONIN

Membres : Mme le Pr Irène FRANCOIS-PURSSELL

M. le Pr Marc MAYNADIE

Mme le Dr Marie-Claude VINCENT, directrice de Thèse

Remerciements

Aux membres du jury :

Monsieur le Professeur Bonin,

Nous vous remercions pour l'honneur que vous nous faites en présidant notre jury de thèse. Nous avons suivi vos enseignements avant, pendant et après notre passage dans votre service avec intérêt et plaisir, et nous espérons nous rendre digne de ces enseignements dans notre pratique. La grande bienveillance et l'humanité dont vous faites preuve aussi bien avec vos patients qu'avec vos étudiants méritent d'être soulignées, et nous vous remercions aussi pour cela.

Madame le Professeur François-Purssell,

Merci d'avoir accepté de siéger dans ce jury. C'est un honneur de pouvoir bénéficier de vos connaissances et votre expérience. C'est par ailleurs un grand plaisir de travailler avec vous à la CUMP, merci de nous y avoir accueilli.

Monsieur le Professeur Maynadié,

Nous avons grandement apprécié votre enseignement durant nos études. Bien que vous ne soyez pas psychiatre, il nous semblait évident de vous demander de juger ce travail avec la pertinence et la bienveillance dont vous faites toujours preuve.

Marie-Claude,

Il va être difficile de t'accorder en quelques lignes les remerciements que tu mérites. Merci d'abord de m'avoir accompagné, soutenu et encouragé dans mon mémoire puis dans ce travail de thèse. Ton énergie, ton enthousiasme et ton optimisme, qualités qui me font parfois défaut, m'ont permis de trouver la motivation et même le plaisir de rédiger cela. Je te remercie aussi de m'avoir accueilli pendant un an et demi dans ton équipe. La clinique de la précarité m'a passionné, peut-être aussi parce qu'elle m'a été enseignée par une passionnée. J'espère que cette collaboration entamée durera longtemps encore. Merci enfin pour la confiance que tu m'as accordé, non seulement dans la prise en charge des patients mais aussi pour m'avoir permis de commencer à transmettre, à mon tour, cette clinique malheureusement méconnue. J'espère avoir été à la hauteur de cette confiance.

A ma famille :

Merci à toi Maman, pour m'avoir transmis tes valeurs d'abord, mais aussi pour le soutien que tu m'as apporté et que tu m'apporteras toujours. C'est une chance d'être ton fils et de bénéficier de ton amour inconditionnel, même si je donne parfois l'impression de l'oublier. Je t'aime.

Merci à toi aussi Papa, ton opinion a toujours compté pour moi et ton soutien m'a aussi été précieux. Il est rare que je l'exprime, mais je t'aime.

A mes frères Jérémie et Julien. C'est grâce à vous que j'ai compris, lors d'un repas qui commence à dater, que les études de médecine n'étaient pas que pour les autres. Je n'oublierai jamais ça et je vous en remercie. Merci aussi d'être mes grands-frères, vous avez assurés, d'autant j'imagine que ce n'est pas toujours un rôle facile. Si vous avez besoin d'un rein un jour, les deux miens vous sont réservés. Je vous aime les frangins.

A Tata Linette. Tu représentes bien plus qu'une tante ou une marraine, tu es une deuxième mère. Tu as toujours été là quand j'avais besoin, mille mercis ne suffiraient pas. C'est un privilège de t'avoir dans ma vie et je t'aime.

Merci à mon beau-père Yves et ma belle-mère Marie. Yves d'abord, parce que j'aime ta gentillesse (et tes barbeucs), et aussi parce que tu m'as toujours considéré comme ton fils. A Marie aussi, merci pour le soutien que tu m'as toujours apporté. Je vous aime.

A mes deux belles-sœurs Karine et Elodie. Je suis fier de vous compter dans ma famille et je vous aime comme mes sœurs (oui, même toi Karine...).

Merci à mes neveux et à mes nièces, pour le plaisir que j'ai toujours à vous voir et jouer avec vous. Jean, Léonie, Lolo, Coco, Léa et Noah. Puissiez-vous ne jamais perdre votre merveilleuse innocence, je vous aime.

A ceux que je n'ai pas cités avant, je ne vous oublie pas : Mémé, Estelle, mes cousins Val, Victor et Lulu, leurs parents Tata Lolo et Tonton Jean-Phi. Mon cousin Tony et sa famille. Tata Caco et les siens.

Aux amis :

A Bebert, pour ce qu'on a vécu depuis le lycée, et ce qu'on continue à vivre. Les galères, les bons moments, et surtout les moments légendaires (indices : Clio, Crit, Loulid). Lui et toi vous auriez pu figurer dans la section « famille », car c'est ce que vous êtes pour moi. Tu nous manques vieux... Les Inconnus et les Mugu, ce n'est pas pareil sans toi, reviens !

A Loulid, merci pour les moments cités juste au-dessus, pour les sessions de VTT, de Xbox et pour les bières toujours au frais. Merci aussi parce que tu as moult fois (je sais que tu aimes ce mot) prouvé que tu étais un ami loyal et toujours disponible. « C'est la honte ce mec », mais c'est surtout de l'or en barres.

A JB, pour tout ce qu'on a geeké et pour tes exploits en soirée (le camion de la honte n'est qu'une goutte dans l'océan de bons souvenirs). J'espère qu'un jour tu nous reviendras.

A Mathieu, pour un supporter de l'OM, tu es quand même super sympa... C'était cool de partager la galère de la plupart des stages avec toi.

A Charlie, mon anapath préféré. Merci pour tes jeux de mots et tes calembours un peu bidon. Merci surtout pour les souvenirs de tous ces bons moments, de la veste en cuir au pain aux olives en passant par Bigmaki.

A Marco, alias brigadier Schmitt, merci pour Monaco, les beaches, Georges Abitbol et les p'tites tartes. J'espère que ton projet de jet-ski sur la Seine avance, continue à te la couler douce loulou, YOLO !

A Ophélie, mi-amie mi-mentor, toujours prête à dégainer une playlist un peu louche (j'avoue j'adore) ou à manipuler les esprits faibles (c'est bien de moi dont il s'agit). Merci pour tes conseils qui ont toujours été précieux, sauf une fois au chalet...

A David, merci pour ta gentillesse. Nos discussions si profondes, nos parties de ping-pong, le temps passé à « pokédexer » et nos échanges de textos insultants sont toujours un plaisir ! Change rien mec, tu es une crème.

A Marie A, merci pour ton droit au remord. Merci aussi pour ta jovialité et ta légèreté, ça met un peu de bonne humeur dans ma morosité habituelle☺. Merci pour les apéros qui rendent les gardes sympathiques, je te souhaite d'avoir tous les Granola que tu pourras espérer ! Attention quand même, reste affutée pour l'espace...

A Camille, alcolyte un jour, alcolyte toujours ! On ne se voit malheureusement plus beaucoup, mais je n'oublierais pas de sitôt les soirées, les apéros, la Charité, la terrasse de l'Hôtel de France et tout le reste... Merci pour tous ces moments partagés et pour ton indéfectible foi en l'Humanité.

A PC. Tout ce temps passé à geeker pendant que notre belle jeunesse nous filait entre les doigts...C'était génial ! Il n'y a plus personne pour me parler de Jean Laplanche depuis que tu es parti mon p'tit loup, c'est bien triste (que tu sois parti, Laplanche ne me manque pas plus que ça).

A Kév, plus de 15 ans qu'on se connaît vieux... Merci pour les voyages en Allemagne, les cerises et les « fight-club » du mercredi... Quelle belle époque ! Bises aussi à Flo et tes filles.

A l'Olivier, parce que je dois bien avouer que j'aime tes bisous sur mon crâne (presque) chauve.

A Amandine, j'ai fait de belles rencontres au CHU et tu en fais partie. Je sais que c'est réciproque, même si tu n'aimes pas l'avouer. Merci pour ton accent qui réchauffe nos cœurs si froid de « nordistes » .

A Elo, je ne te connaissais finalement que peu avant ta « séquestration » à ELIPSES, mais c'est un vrai plaisir d'être ton interne et de partager chaque jour notre amour de la pédo.

A Willou, parce que tu es adorable, et aussi parce que tu es d'Auxerre...

A Marie F. Parce que j'aime que tu m'envoies péter, et que ça me manque.

A Chaban, avec qui j'ai passé deux excellents semestres, grâce à tes poules si bien plumées, ton talent d'imitateur hors-pairs et bien évidemment ta bonne humeur débordante.

A Mélanie, merci pour ta fiabilité, ton efficacité et ta gentillesse. Merci aussi pour ta rigueur, je trouve que c'est une qualité essentielle (la seule qui vaille😊).

A Marie-Cécile, merci pour ton immense bienveillance et ta grande générosité.

A Laure Majno, je commence à m'accommoder de ton existence. Merci d'être toujours aussi agréablement désagréable.

A Juliana, j'ai apprécié le temps passé ensemble au CHS, c'est bien dommage qu'on ne te voit plus aux soirées.

A Chef Lulu, qui m'a tout appris.

A Emilie F, tu es folle, mais j'aime ça.

A tous ceux, aussi, qui rendent ou qui ont rendu ma vie d'interne bien sympathique : Emilie P, Chaïma, Justine, Marion, Lolo, Sylvie J, Mathias M, Rose, Tristan P...Et aussi à tous ceux que j'oublie.

A Claire, parce que tu es une personne aux innombrables qualités. Merci de m'avoir accompagné et soutenu pendant plus de dix ans. Merci aussi à ta famille.

A mes chefs :

Au Dr Christine Meyer, merci de m'avoir accueilli dans ton service pour mon premier stage, dont je garde un excellent souvenir.

Au Dr Jean-Pierre Capitain, merci pour votre disponibilité et pour vos enseignements durant ces 6 mois.

Au Dr Jacqueline Lavault. Merci pour votre engagement auprès des patients et des internes. Merci pour votre disponibilité.

Au Dr Emilie Blaise, merci de ta patience et de ta gentillesse. Merci surtout pour le poster !

Au Dr Eddy Ponavoy. Nous n'étions pas du même « côté », mais j'ai beaucoup appris en te côtoyant, merci.

Au Dr Pierre Besse, merci de m'avoir accueilli à deux reprises dans votre pôle et merci pour votre engagement à l'Hôpital.

Aux équipes :

Un énorme merci d'abord à l'équipe de l'UMAO. Evelyne, Josette, Emmanuelle, Jérôme, Yann, Cédric, Laure, Fanny, François, Emilie, Guillaume, Quentin, JB, Seb, Sophie, Karine, Nathalie, Sandrine, Florent, Cécile, Stéphane Ces (presque) 4 ans d'internat n'auraient pas été les mêmes sans vous. Vous êtes le cœur du CH, et c'est avec plaisir que je vous retrouve les nuits, les week-ends et les jours fériés : c'est dire si vous êtes géniaux.

Merci à l'équipe du CHU. Malgré un incendie et des samedis matins (personne ne devrait travailler le samedi matin), j'ai apprécié ces 6 mois auprès de vous. Particulièrement auprès du service social.

Merci au CDJ du château de Genlis. Ce n'est pas un secret, je ne me destine pas à la pédo, mais votre bonne humeur a rendu ce stage très agréable.

A l'équipe de Van Gogh. Merci pour votre accueil et votre humour, J'ai passé 6 excellents mois.

Au SMPR. J'ai adoré mes 6 mois en zonzon. J'ignore si c'est la promiscuité, l'activité ping-pong, la bonne ambiance ou tout cela à la fois, mais j'ai adoré...

Merci enfin à toute l'équipe d'ELIPSES : Thomas, Audrey, Nono, MCF, Sylvie, Emile, Olivier et Gaby. 1 an ½, c'est presque une vie quand on est interne. Des lapins, des coups de gueule et des chutes en vélo mais aussi pas mal de rires, de cafés kosovars et des entretiens improbables : merci à vous tous et vive la psychiatrie ambulante. Merci aussi à tous les partenaires avec qui j'ai pris un grand plaisir à travailler.

Je remercie encore une fois mes relecteurs, grâce à vous je ne passerai pas (trop) pour un analphabète. Audrey, Marie, Loulid, Ophé, Elo et Marie-Claude, merci et bisous.

Je termine ces remerciements avec toi Audrey, et ta merveilleuse fille Nina. Le meilleur pour la fin en quelques sortes. Nina, merci pour ton innocence, ta gentillesse et l'immense intérêt que tu portes à toutes les bêtises que je peux t'apprendre. Je suis très fier d'être ton beau-père, je t'aime.

Audrey, merci de me supporter au quotidien quand je suis ronchon, à savoir la plupart du temps. Merci de croire en moi plus que moi-même, merci aussi pour le grain de folie qui t'animes alors que je suis parfois si terre à terre. Merci enfin pour ton soutien infaillible et ton aide précieuse de ces derniers mois, je n'aurai rien fait sans toi. Je t'aime.

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité.

Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera.

Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SOMMAIRE

LISTES DES TABLEAUX	19
LISTES DES ABREVIATIONS	20
INTRODUCTION.....	21
I. Aspects du consentement et historique de la contrainte.....	22
1. Définitions.....	23
A. L'autonomie.....	24
B. Le discernement.....	26
C. Conscience du trouble et insight.....	28
2. Historique du non-consentement en psychiatrie.....	31
A. La naissance de l'aliénisme	32
B. La loi du 30 juin 1838	33
C. La loi du 27 juin 1990	35
D. L'injonction de soins	37
E. La loi du 5 juillet 2011	37
3. Le non consentement, synonyme de refus de soins ?.....	41
A. Qu'implique un refus de soins ?.....	41
B. Liens entre consentement et refus de soins	42
C. Le moment du refus de soins.....	43
4. Aspects psychodynamiques.....	45
A. Le sujet du consentement et l'autonomie.....	45
B. Le consentement et la dimension inconsciente	48
C. Le consentement et le rapport à l'altérité.....	49
D. Le consentement et la liberté	51
E. Le consentement et la demande.....	53
II. Maladies mentales pouvant justifier de soins sans consentement	57
1. Troubles psychotiques	59
2. Troubles de l'humeur	61

3. Les états suicidaires	63
4. Les addictions	64
5. les troubles de la personnalité	66
6. Les démences	67
III. Aspects épidémiologiques, juridiques et légaux du consentement aux soins psychiatriques	69
1. Epidémiologie	71
A. Le système d'information sur les soins sans consentement	71
B. Les limites de ce recueil	74
C. Fréquence des soins psychiatriques sans consentement, avant et après la loi du 5 juillet 2011	75
D. Depuis la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011	79
2. Principaux textes encadrant le consentement et le non consentement aux soins	81
A. Loi Kouchner	81
B. Loi du 27 septembre 2013	83
C. Le Code de déontologie et le Code de santé publique	85
D. Avis du Comité Consultatif National d'Ethique	86
E. Les recommandations HAS	87
3. Le rôle du juge	88
A. Expliquer « pourquoi impliquer le juge » éclairer sur « comment impliquer le juge »	89
B. Principes en cause	90
C. Le contrôle opéré par le juge des libertés	92
D. Nature et rôle de l'audition de la personne hospitalisée	94
IV. Quelques regards Européens sur le soin sans consentement	97
1. Soins sans consentement en Espagne	98
A. Concept de base	99
B. Options pour l'hospitalisation sans consentement	100
C. Traitement ambulatoire involontaire	101
D. Difficultés rencontrées dans les soins sans consentement en Espagne	101

2. Soins sans consentement en Italie	103
A. Concept de base	104
B. Options pour l'hospitalisation sans consentement.....	105
C. Cas particuliers des hôpitaux psychiatriques judiciaires.....	106
3. Soins sans consentement au Danemark.....	107
A. Options pour l'hospitalisation sans consentement.....	108
B. Traitement médicamenteux sous contrainte	109
C. Traitement ambulatoire sous contrainte	109
D. Quelles protections pour le patient ?	110
V. Considérations éthiques sur le consentement	111
1. Les limites du consentement.....	113
A. Les consentements erronés.....	114
B. Le consentement partiellement et temporellement limité.....	115
C. Consentement et relation soignant-soigné	116
D. Le consentement contraint.....	118
E. Quelle place pour le consentement ?	119
2. Illustrations cliniques.....	120
A. Monsieur J.....	120
B. Monsieur K	123
CONCLUSIONS	128
BIBLIOGRAPHIE.....	130
ANNEXE 1	136
ANNEXE 2	137
ANNEXE 3	138

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1 : Caractéristiques des patients en SSC en 2010.

Tableau 2 : Mode d'hospitalisation selon la « classe » pathologique.

Tableau 3 : Comparaison des modes de soins sans consentement en 2010 et 2012.

LISTES DES ABREVIATIONS

ADRE : Admission en Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat

ADT : Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers

ADTU : Admission en Soins psychiatriques à la demande d'un tiers urgent

ARS : Agence Régionale de Santé

ASL : Aziende Sanitarie Locali

ATIH : Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation

CCNE : Comité Consultatif National d'Ethique

CSP : Code de la santé publique

DREES : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

HAS : Haute Autorité de Santé

HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers

HO : Hospitalisation d'Office

JLD : Juge des Libertés et de la Détention

RIMP : Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie

SAE : statistique d'activité des établissements

SDRE : Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État

SDT : soins psychiatriques sur demande d'un tiers

SPI : soins psychiatriques en cas de péril imminent

SPPI : Admission en Soins psychiatriques en cas de péril imminent

SSC : Soins sans consentement

TSO : Traitement Sanitaire Obligatoire

INTRODUCTION

L'évaluation de la capacité du patient à consentir à des soins est centrale et décisive dans la prise en charge des patients atteints de troubles psychiatriques. La psychiatrie étant presque exclusivement clinique, différents critères doivent ainsi être évalués lors de l'entretien. Ces critères renvoient à des compétences cognitives complexes mais différentes les unes des autres qui peuvent être altérées par de multiples processus, dont la maladie mentale [52].

La nécessité reconnue du consentement avant toute intervention sur le corps humain suppose la validité de ce consentement, qui est le support de l'autonomie de la décision et donc de l'acte envisagé par la personne. Est-il possible de juger l'autonomie d'un patient ? Comment envisager le consentement aux soins si cette autonomie est absente ? Cette personne doit-elle être protégée ? Et, si oui, comment ? Apporter de l'aide à un patient tout en travaillant dans la légalité confronte souvent le psychiatre à ce genre de questions [50].

Le consentement, terme issu du Latin *cum sentio* c'est à dire « sentir, comprendre avec » [35] est une notion philosophique et juridique, mais son évaluation est avant tout clinique. Comment déterminer si le patient peut participer pleinement à ses soins ? Est-il possible d'agir sans son accord ou même contre son accord ? Sous quelles conditions ? Cette dernière question a d'autant plus d'importance depuis l'apparition récente de l'intervention judiciaire dans les mesures de soins psychiatriques Sans Consentement (SSC). Cela conduit désormais à l'examen systématique de notre action par le Juge des Libertés et de la Détention (JLD), avec des mainlevées de SSC qui sont fréquentes.

I. Aspects du consentement et historique de la contrainte

1. Définitions

Le consentement est défini comme « l'action de donner son accord à une action ou à un projet » [54]. La définition du Robert : « accepter qu'une chose se fasse sans s'y opposer » se rapproche du proverbe « qui ne dit mot consent ».

Cette dernière définition semble peu satisfaisante pour les soins médicaux qui nécessitent un accord conscient et volontaire, émis après réflexion. Une définition plus médicale du consentement pourrait être « **la capacité à prendre une décision concernant d'éventuels soins de manière libre et éclairée.** »

Lachaux et Cassan ont défini une charte de compétence à consentir en cinq capacités nécessaires : recevoir une information adaptée, comprendre et écouter, raisonner, exprimer librement une décision et la maintenir dans le temps [52].

Mais les troubles psychiques, qui altèrent parfois la capacité de relation, peuvent aussi amoindrir les capacités à comprendre ou à décider, et ainsi les capacités à consentir. Cela fait particulièrement écho aux travaux d'Henry Ey, qui voyait la maladie mentale comme la pathologie de la liberté [30].

La nécessité absolue du consentement dans la relation soignant-soigné, désormais clairement reconnue, suppose cependant un patient capable de recevoir une information, de la comprendre et ensuite de prendre une décision valide. Notons alors que la réflexion se déplace vers les notions d'autonomie, de discernement ou d'insight qu'il faut aussi pouvoir évaluer.

A. L'autonomie

L'autonomie est la **faculté de se donner à soi-même la loi de son action sans la recevoir d'un autre**. Il apparaît alors indispensable de vérifier si un patient est effectivement capable de se forger ses propres règles. L'autonomie est le socle de la capacité à consentir, et donc à décider.

Après la Seconde Guerre mondiale, le modèle autonomiste, qui place l'autonomie du patient au centre de toute décision va peu à peu remplacer le paternalisme médical, au moins dans le secteur du droit au départ. Le concept d'autonomie est devenu à partir des années 1970 en Occident le principe fondamental de l'éthique biomédicale, aux côtés de la traditionnelle notion de bienfaisance [53].

En effet, l'apparition des antibiotiques, et les premières victoires contre les maladies infectieuses comme par exemple la tuberculose, mais aussi les vaccins contre les maladies infantiles accompagnés par le développement de l'industrie pharmaceutique donnent aux médecins de l'après-guerre de nouveaux pouvoirs mais aussi de nouvelles responsabilités.

Parallèlement a eu lieu la découverte des horreurs perpétrées dans les camps de concentration nazis, qui constitue elle aussi un véritable tournant. La société change de regard sur les médecins et l'éthique biomédicale se modifie. L'autonomie du patient devient donc progressivement le nouveau centre de gravité de la relation de soins.

Le Code de Nuremberg précise ainsi que « le consentement volontaire du sujet humain est absolument essentiel » pour toute recherche scientifique. De la déclaration d'Helsinki à la loi du 4 mars 2002, les différentes lois édictées à la suite du Code de Nuremberg confirment cette montée en puissance de l'autonomie du patient. De même le serment d'Hippocrate, dans sa version récente, souligne : « Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions » [18].

Mais que signifie exactement l'autonomie du patient ? Si un choix autonome est objectif et rationnel, la meilleure voie à suivre n'est-elle pas la prescription du médecin ? De plus, un individu autonome agit-il conformément à sa seule raison ? L'autonomie doit bien évidemment être pensée à travers le prisme de la sensibilité, des désirs, des valeurs et des croyances de chacun. Le pluralisme moral ou religieux de nos sociétés contemporaines oblige à reconnaître une multiplicité de choix d'existence, ce qui s'applique aussi aux soins. Il est alors nécessaire de clarifier, au vu de sa complexité, cette notion d'autonomie.

L'étymologie du mot vient du grec *auto* : soi-même, et *nomos* : la loi. Est autonome le sujet gouverneur de son action, autrement dit l'individu qui établit lui-même les lois de son « agir ». Il décide des fins de son existence et en partie des moyens qui vont lui permettre de les atteindre. Ainsi même une personne qui souffre d'un handicap physique et qui serait en partie dépendante d'autrui peut tout à fait être reconnue comme autonome dans la mesure où elle demeure l'auteur de ses actions.

La dépendance physique n'empêche donc en rien l'autonomie comprise généralement d'un point de vue psychique. L'autonomie n'est pas le contraire de la dépendance ou le synonyme de la liberté [29].

L'autonomie suppose premièrement un **ensemble de capacités intellectuelles et cognitives** comme par exemple l'intention, la compréhension, la réflexion, le jugement, la délibération, la maîtrise du temps et la prise de décision. Ces différents plans peuvent être hiérarchisés : l'autonomie est moins entravée par la perte de la capacité à prendre une décision, par exemple, que par la diminution de la maîtrise du temps. L'autonomie présente donc cette multitude de dimensions, cette multiplicité de degrés.

Elle peut être considérée, pour l'éthique biomédicale, comme une propriété « graduelle et variable » : un individu est plus ou moins autonome devant telles situation et prise de décision. Une personne d'âge avancé peut avoir des difficultés à se repérer dans le

temps et dans l'espace, mais elle peut être toujours en capacité de faire ses comptes ou de discuter du sens de l'existence [18].

Bien qu'elle n'en soit pas synonyme, l'autonomie suppose aussi la liberté de l'individu à l'égard de contraintes externes et internes. Elle s'oppose donc à l'hétéronomie, c'est-à-dire à la condition d'un être qui subirait la loi d'un autre. Il pourrait s'agir par exemple d'une personne âgée contrainte par ses enfants à entrer dans une maison de retraite. Elle pourrait organiser son déménagement mais ne serait pas, en tout cas dans un premier temps, à l'origine de ses actions. Il peut ainsi être possible d'établir un seuil à partir duquel un patient est libre ou non libre vis-à-vis de contraintes externes ou internes.

B. Le discernement

Pour le Dictionnaire des notions philosophiques, le discernement est la capacité de distinguer à juste titre entre des faits ou des idées. Le discernement implique le bon sens et l'intelligence qui apprécient les choses pour en démêler les rapports. Il faut avoir beaucoup de discernement pour avoir du jugement, ainsi le discernement se rapporte plus à la théorie et le jugement à la pratique. La capacité de discernement est donc un pilier majeur du consentement libre et éclairé. Il s'agit de « faire la part des choses », de distinguer et de discriminer. Il signifie aussi bien cerner et séparer [6].

Les travaux sur le discernement se retrouvent principalement en psychiatrie médico-légale. En effet, plusieurs affections psychiatriques peuvent dans certaines circonstances, conduire à une abolition ou une altération du discernement et à des actes illégaux. Les psychiatres sont requis par la Justice pour préciser par des expertises si le sujet ayant commis une infraction, un crime ou un délit avait au moment du passage à l'acte une

altération ou une abolition de son discernement. Il n'existe par contre aucune recommandation pour évaluer ce qui est supposé être une fonction psychique majeure.

Les circonstances exactes qui permettent d'affirmer une altération ou une abolition du discernement, et donc du contrôle des actes, sont souvent sujettes à discussion. Il n'est pas possible d'établir une liste des pathologies mentales conduisant à une abolition et/ou une altération du discernement (et donc de la capacité à consentir) car ce n'est pas la pathologie en elle-même qui y mène. Ce qui y mène, c'est le rapport singulier entre l'état particulier du sujet à un moment donné et les circonstances environnementales à ce même moment, rapport dont l'évaluation peut se montrer délicate. Le discernement peut en effet être assimilé à un processus de synthèse cognitive complexe [61].

Diverses pathologies mentales comme par exemple les psychoses ou les troubles de l'humeur, par leur impact sur ce processus de synthèse, peuvent entraîner, à un moment donné et par l'intermédiaire d'un état pathologique, à un retentissement significatif sur celui-ci.

Malgré la complexité précédemment énoncée, le retentissement possible d'un trouble du discernement sur la responsabilité pénale d'un individu est centrale dans l'article 122-1 alinéa 1 du Code Pénal qui précise que « n'est pas déclaré pénalement responsable la personne qui était atteinte, au moment des faits, d'un trouble psychique ou neuropsychique ayant aboli son discernement et le contrôle de ses actes ». L'alinéa 2 du même article précise que le sujet dont le discernement était altéré reste punissable [12].

Il est alors aisé de comprendre que la maladie mentale, lorsqu'elle altère ou prive le patient de discernement, peut altérer ou abolir sa liberté de choix, et donc sa capacité à consentir aux soins.

C. Conscience du trouble et insight

Nous précisons que pour plus de commodité et comme dans les travaux récents, nous tiendrons insight et conscience du trouble mental pour synonymes. Le mot « conscience » est un mot difficile au vu des nombreuses définitions qui en existent. Selon l'usage courant, il s'agit généralement de la conscience de quelque chose : du monde, des autres, de soi, de sa pensée, conscience du passé, du présent, du futur voire de la conscience de sa conscience. L'exploration de l'aire sémantique du mot « conscience » fait retrouver les termes de lucidité, entendement, jugement, raison et discernement mais aussi réflexion, délibération ou morale.

Le terme insight provient du mot allemand *Einsicht*, mot qui signifie « inspection, compréhension, regard dirigé vers ». L'anglais *insight* semble avoir retenu la dimension de spontanéité dans ce qui est saisi, nuance qui va alors renvoyer dans le terme anglais « idée émergente » ou « regard informatif » porté sur l'objet. Il n'est pas encore question d'intériorité car l'accent est plutôt mis sur l'immédiateté du regard, pénétrant et compréhensif [5].

Ainsi compris, le terme est présent depuis longtemps dans le langage de la psychiatrie, du moins dans la tradition anglophone. Il s'agit alors simplement d'une forme de conscience particulière, plus précisément celle de l'existence d'un trouble mental.

Dans ces Études sur l'hystérie en 1895 Freud l'utilise pour signifier le regard que le clinicien est en mesure de diriger vers la situation du patient. C'est donc le clinicien lui-même et non le sujet qui développe un insight et c'est en clarifiant ou en interprétant le discours du patient que l'on va l'aider à jeter un regard sur le conflit, sur le désir ou le mécanisme de défense à l'œuvre. Autrement dit, c'est l'insight du thérapeute qui fait naître celle du patient.

Ce terme a ainsi été employé initialement dans une perspective plutôt psychanalytique, à propos du patient. L'élément spécifique de cette perspective tient au fait

que l'insight acquis par l'analysant sur sa propre vie psychique a une vertu thérapeutique. On parlera donc d'insight comme d'une prise de conscience des « contenus » mentaux. En France, une mauvaise compréhension du terme anglais et du préfixe *in* (le *Ein* allemand) a réduit l'insight au seul sens d'un regard sur soi-même, vers l'intérieur. Il se rapproche donc du mot introspection [82].

Dans la première acception du mot, la communication d'insight, on remarque que l'observateur se sépare du sujet observé. Il parle de ses propres pensées et actions comme des pensées ou actions dont il tente de percevoir le mécanisme de production, comme si l'agent était en cause. Mais en même temps, il sait que le sujet de ces pensées est identique à lui, comme sujet de l'énonciation.

C'est même ce qui oppose l'insight à la pénétration du psychotique. Clérambault avait bien vu les deux temps de l'automatisme mental [4]. La pensée est d'abord reconnue comme un objet autre puis niée comme expression de soi dans un second temps pour être projetée sur autrui. Le phénomène d'insight est proche de la première étape de l'automatisme mental. Mais alors que le sujet sain l'identifie comme venant du moi, c'est-à-dire comme un événement mental interne, le sujet délirant l'identifie comme un phénomène venant de l'extérieur. Elle contribue donc à la conscience de soi, bien qu'elle ne soit pas représentation de soi mais représentation d'une pensée ou d'un faire [82].

Cette comparaison avec l'automatisme mental nous conduit à revenir à la définition « psychiatrique » de l'insight, à savoir la conscience de l'état pathologique. Des travaux sur la schizophrénie ont permis de le décliner selon trois dimensions essentielles à prendre en compte lors de l'évaluation de la capacité à consentir [82] :

-la conscience de souffrir d'un trouble mental,

-l'aptitude à reconnaître comme anormaux et nommer certains « événements mentaux » comme étant des hallucinations et des idées délirantes,

-La capacité d'accepter la nécessité d'un traitement.

L'atteinte de chacune de ces dimensions peut donc altérer le consentement, comme l'a montré récemment une équipe montpelliéraine [8]. Cette altération du consentement s'illustre d'ailleurs parfaitement chez certains patients psychotiques : « pourquoi devrais-je prendre un traitement alors que je ne suis pas malade ? ».

A noter enfin qu'il existe des échelles mesurant l'insight, mais il peut sembler difficile d'établir un seuil limite à partir duquel le patient serait incompétent à consentir, et ce d'autant plus que les facteurs influençant l'insight sont multiples et que le consentement est évolutif et parfois variable en fonction de la question posée. Le sens clinique reste donc le meilleur indicateur pour évaluer les capacités d'insight et ainsi donc la capacité à consentir.

2. Historique du non-consentement en psychiatrie

La place du consentement dans l'activité médicale nous semble maintenant naturelle et indispensable mais elle ne l'a pas été jusqu'à une période récente. Le professeur Louis Portes, médecin au milieu du XX^e siècle, écrivait [68] : le malade ayant une « sensibilité génératrice d'erreur, quelle valeur, je vous le demande peut avoir le jugement qu'il porte sur son propre cas ? »

En France, le principe paternaliste de bienfaisance a longtemps prévalu et n'a pas totalement disparu. Pourtant, dès 1936 et l'arrêt Mercier, le droit établissait la relation thérapeutique comme un contrat. Par la suite, le rôle du consentement dans la relation de soins et son corollaire, l'information qui devait être « loyale, claire et appropriée » se sont peu à peu imposés [50].

Ce n'est donc que progressivement que les idées développées à la base dans les pays anglo-saxons, le principe du consensualisme, ont remplacé le principe de bienfaisance. Cette place s'est construite progressivement, grâce notamment à des principes éthiques, des notions philosophiques mais aussi des règles de droit dont le poids est désormais prépondérant dans la relation médecin-malade.

Il a cependant été admis dans la loi française depuis bientôt deux siècles, que certains patients souffrant de troubles mentaux avaient perdu, ne fût-ce que momentanément, leur capacité à participer réellement à une relation thérapeutique. La législation s'est donc adaptée pour permettre à ces patients de bénéficier de soins, et c'est cet historique des soins sans consentement que nous allons maintenant étudier pour en saisir l'évolution.

A. La naissance de l'aliénisme

Pendant la Terreur, Philippe Pinel est nommé médecin des infirmeries de l'hospice de Bicêtre. Il découvre ainsi l'état lamentable des lieux, et il entre en contact avec Jean-Baptiste Pussin, surveillant à l'emploi Saint-Prix où étaient enchaînés les « fous furieux ». En effet, avant la révolution, les personnes atteintes de troubles mentaux étaient souvent conduites dans les hôpitaux généraux où se côtoyaient vieillards, misérables, sans-logis, prostituées ou enfants abandonnés [42].

Pussin, au cours des neuf années pendant lesquelles il a exercé cette tâche, a largement observé l'état des « aliénés » qui lui ont été confiés. **Il parviendra ainsi à faire retirer les chaînes qui entravaient les mouvements des « fous furieux » au milieu de l'année 1796** en substituant aux chaînes des camisoles de couil, qui permettaient aux fous de retrouver la liberté de se mouvoir avec moins de contraintes dans la cour de l'hospice. Pinel avait alors quitté Bicêtre pour le poste de médecin-chef à la Salpêtrière, mais continuait d'entretenir de nombreux contacts avec Pussin.

Parallèlement, l'Assemblée nationale constituante avait adopté le 26 août 1789 la Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen parmi lesquels figurent la liberté et l'égalité devant la loi et les droits de la Nation avec séparation des trois pouvoirs. Se posait alors la question de savoir comment garantir sur le plan légal le droit des « fous » à la liberté alors que leur état pouvait justifier de la nécessité d'un isolement dans un établissement pour les traiter [42].

Il n'était malgré cela pas rare que la police amène de force des aliénés à la Salpêtrière sans que soit communiquées aux médecins les circonstances dans lesquelles ils étaient devenus « fous », ni même des renseignements sur leur état civil ou leur situation familiale.

Pinel affirmait alors que « **les aliénés, loin d'être des coupables qu'il faut punir, sont des malades dont l'état pénible mérite tous les égards dus à l'humanité souffrante et dont on doit par les moyens les plus simples rétablir la raison égarée** » [70]. Ces moyens les plus simples pour traiter les patients supposaient notamment l'abandon préalable de tous les moyens physiques « barbares » jusque-là utilisés pour traiter les aliénés, non seulement les chaînes mais aussi les bastonnades, les douches froides et bien entendu les saignées pratiquées à l'Hôtel-Dieu.

Pinel préconisait ainsi de substituer à ces pratiques le « traitement moral », c'est-à-dire le dialogue avec l'insensé, dialogue qui ne pouvait s'engager qu'avec le consentement de celui-ci [70].

La mise en œuvre de ce traitement impliquait leur consentement donné, malgré leur folie, par cette partie de la raison conservée de l'aliénation mentale. Mais Pinel donne aussi des exemples de malades où il est impossible de l'obtenir, obligeant le médecin à recourir à des mesures de force quand leur vie est en danger, comme par exemple l'alimentation forcée en cas de refus total de s'alimenter.

B. La loi du 30 juin 1838

Sous la monarchie de juillet en 1837 apparaît la nécessité d'adopter une nouvelle législation concernant les aliénés. Le ministre de l'intérieur et des cultes présente alors le projet de « loi sur les aliénés et les enfants assistés ». Il remarque que la législation d'avant 1789 est inexistante et que les lois de 1790 sont des textes partiels confiant la responsabilité de leur implication à des autorités diverses. La commission chargée d'élaborer le projet soumis aux chambres des députés et des pairs consulte pour ce travail quatre hommes de l'art, à savoir Esquirol, Falret, Ferrus et Scipion Pinel [42].

Cette consultation constitue la reconnaissance d'une nouvelle spécialité, l'aliénisme. Elle implique une compétence non seulement sur l'aliénation mentale mais aussi sur la manière de concilier la protection de l'aliéné et celle de la société. La discussion se prolonge près de deux ans avant l'adoption de **la loi du 30 juin 1838** [13].

Nous y reviendrons par la suite, mais il semble intéressant de noter que l'établissement de cette loi s'est étalé sur une longue période et que les « psychiatres » de l'époque avaient été partie prenante dans sa création.

De cette loi découlait la **construction des asiles d'aliénés départementaux et le recrutement d'un corps de médecins des asiles** chargé de l'appliquer dans ses différents aspects.

Un triple contrôle était prévu :

- Par le pouvoir administratif d'abord, car en tant que fonctionnaires payés par le ministre de l'intérieur, ils étaient placés sous l'autorité préfectorale.
- Par le pouvoir judiciaire ensuite, puisque le procureur du tribunal contrôlait tout particulièrement la validité des certificats d'internement et de sortie.
- Enfin par le pouvoir politique puisque ces institutions hospitalières étaient gérées par le conseil général, en particulier pour la prise en charge des frais de séjours pour les malades indigents qui étaient beaucoup plus nombreux que les pensionnaires payants.

Cela fait d'ailleurs considérer la loi de 1838 comme l'une des premières lois d'assistance sanitaire.

C. La loi du 27 juin 1990 [57]

La loi du 30 juin 1838 n'a été réformée que par celle du 27 juin 1990. Il s'agissait en fait globalement d'une reformulation du vocabulaire concernant les modalités de l'internement devenu hospitalisation à temps plein, laissant de côté la question des autres modalités de soins notamment les hospitalisations à temps partiel et soins ambulatoires auxquelles les praticiens avaient de plus en plus recours depuis la mise en place de la sectorisation. Par ailleurs, le bilan de cette loi devait être dressé au bout de cinq ans [66].

Nous allons présenter succinctement les différentes modalités de cette loi qui s'appliquait aux patients présentant des troubles mentaux qui rendaient impossible leur consentement et nécessitaient une surveillance constante en milieu hospitalier [57].

L'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) remplace le Placement Volontaire de la loi de 1838. Sa mise en place nécessitait une demande de tiers, que ne pouvait faire le personnel soignant de l'établissement d'accueil, et deux certificats médicaux de moins de quinze jours dont un par un médecin n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil. Le directeur de l'établissement d'accueil vérifiait si les conditions étaient respectées avant d'admettre la personne hospitalisée sur la demande d'un tiers.

Le directeur pouvait, en cas de **péril imminent** pour la santé du patient, faire admettre celui-ci sur la base d'un seul certificat médical. Plusieurs certificats médicaux attestant la nécessité de poursuite des soins étaient ensuite établis vingt-quatre heures puis douze jours après l'hospitalisation, et enfin de manière mensuelle. Les sorties d'essai ne figuraient pas dans la loi de 1838 mais une circulaire ministérielle plus tardive permettait leur organisation. Ces aménagements permettaient d'assouplir les conditions d'hospitalisation en offrant la possibilité de surveillance médicale dans le cadre de structures extrahospitalières [66].

L'Hospitalisation d'Office (HO) remplaçait le Placement d'Office de la loi de 1838. La procédure courante nécessitait un certificat médical circonstancié. Le préfet de police à Paris et les préfets dans les départements prononçaient alors par arrêté cette hospitalisation. Cela constituait une réforme importante puisque sous la loi de 1838, le préfet seul décidait l'admission et la sortie. Ce certificat ne pouvait émaner d'un psychiatre exerçant dans l'établissement d'accueil du patient.

En cas de **danger imminent** pour la sûreté des personnes, le médecin pouvait établir un avis médical (et non pas un certificat), puis le maire dans les communes et les commissaires de police à Paris arrêtaient toutes les mesures provisoires nécessaires. Dans les vingt-quatre heures, le Préfet était informé et statuait sans délai.

Paradoxalement, il semblerait que la diminution des lits dans certains secteurs au bénéfice de places dans les structures extrahospitalières avait fait augmenter pendant cinq ans le recours fréquent à l'hospitalisation à la demande d'un tiers qui ne pouvait être refusé par manque de lit ou le passage par le service des urgences des hôpitaux généraux.

Enfin le développement des 26 services médico-psychologiques régionaux en milieu pénitentiaire a soulevé la question de savoir quels soins psychiatriques pourraient être imposés à une personne incarcérée qui conserve, malgré l'incarcération, le droit de les refuser, et si ce refus devait entraîner un placement sous le régime de la loi de 1990 dans un établissement spécialisé lorsque sa vie était mise en danger en raison du refus.

D. L'injonction de soins

La loi du 17 janvier 1998 relative à la prévention et la répression des infractions sexuelles a introduit la notion d'injonction de soins avec un dispositif légal complexe du suivi, dispositif complété par une série d'autres textes légaux au début du XXI^e siècle [76].

E. La loi du 5 juillet 2011 [59]

Suite au meurtre d'un étudiant à Grenoble par une personne souffrant de troubles mentaux en 2008, le président de la République avait mis en cause la responsabilité des services psychiatriques en déclarant que l'espérance d'un retour à la vie normale nécessitait malgré tout pour les malades potentiellement dangereux une surveillance particulière afin d'éviter un éventuel passage à l'acte. En dehors d'un plan de sécurisation des hôpitaux psychiatriques, un nouvel encadrement des sorties des patients était annoncé. Ce discours se traduisait par le projet de loi relatif au droit et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge déposée à l'Assemblée nationale 5 mai 2010 [39].

De plus, la loi de 1990 se devait d'être rapidement modifiée suite à une décision du Conseil Constitutionnel. Ce dernier déclarait en effet contraire à l'article 66 de la Constitution les dispositions du code de la santé publique permettant de maintenir une personne en hospitalisation sous contrainte au-delà de 15 jours, sans intervention d'un juge [72].

Le Conseil, après avoir jugé que les conditions d'admission en soins devaient permettre de garantir que l'hospitalisation n'était mise en œuvre que dans les cas où elle était « adaptée, nécessaire et proportionnelle » à l'état du malade, statuait sur la nécessité

d'intervention du juge la plus rapide possible afin de sauvegarder la liberté individuelle. Le Conseil Constitutionnel décidait que cette déclaration d'inconstitutionnalité prendrait effet le 1^{er} août 2011, laissant un délai relativement bref aux législateurs pour modifier la loi.

Malgré un vote dans l'urgence, cette loi a modifié le domaine de la contrainte. Alors qu'avant elle, celui-ci ne portait que sur l'hospitalisation, la loi de 2011 a substitué la notion de soins sans consentement à celle d'hospitalisation sans consentement.

L'objectif était donc d'assurer la continuité des soins après la levée d'une hospitalisation sous contrainte. Cette préoccupation était notamment portée par des associations de familles de patients, qui dénonçaient aussi le dévoiement de la pratique des sorties d'essai dont certaines pouvaient se poursuivre pendant des années, de sorte que le patient était théoriquement hospitalisé, alors qu'il bénéficiait en réalité d'une prise en charge ambulatoire [13].

Nous détaillerons les modalités de cette loi, qui pose les fondements de l'actuelle loi du 27 septembre 2013 [59].

Ces modalités de soins contraints requièrent trois critères : la présence de troubles mentaux rendant impossible un consentement aux soins, la nécessité de soins immédiats et d'une surveillance médicale constante ou régulière en hospitalisation.

Les **Soins psychiatriques sur Demande d'un Tiers** (SDT), ex-hospitalisation à la demande d'un tiers, reposent sur la notion de « tiers » permettant à la personne malade une entrée en soins. Toute personne susceptible d'agir dans l'intérêt du patient justifiant de relations antérieures à l'admission (hors personnel soignant) peut être le « tiers ». Manuscrite, la demande de soins (Annexe 1) doit être complétée par deux certificats médicaux circonstanciés et concordants. Le premier certificat doit émaner d'un médecin externe à l'établissement tandis que le second doit provenir d'un psychiatre de la structure d'accueil. En cas de situation urgente, un seul certificat médical accompagné de la demande de tiers peut suffire.

Les **Soins psychiatriques en cas de Péril Imminent** (SPI) ont été introduits par la loi du 5 juillet 2011 afin d'inclure dans le soin des personnes isolées ou désocialisées. Par ailleurs, l'absence de tiers mobilisable en cas d'atteinte grave et imminente pour la santé et/ou la vie de la personne constitue une condition essentielle pour son admission sur décision du directeur d'établissement, motivée par un certificat médical établi par un médecin n'exerçant pas dans la structure d'accueil. Le directeur a vingt-quatre heures pour informer la famille du patient ou toute personne susceptible d'agir dans son intérêt.

Les **Soins psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État** (SDRE) remplacent les hospitalisations d'offices. Un quatrième critère dans ce cas doit être réuni : l'atteinte à la sûreté des personnes ou à l'ordre public. La mesure d'admission est prononcée par voie d'arrêté préfectoral ou par le maire en situation urgente, au vu d'un certificat médical circonstancié émanant d'un psychiatre exerçant hors de l'établissement d'accueil.

Les deux modalités de soins suivantes bénéficient du même régime que les admissions prononcées sur décision du représentant de l'État : les **soins psychiatriques à destination des personnes jugées pénalement irresponsables** font partie d'un dispositif spécifique assorti d'un suivi renforcé. Les **soins psychiatriques à destination des personnes détenues**, antérieurs à la mise en œuvre de la réforme, sont spécifiques pour les personnes incarcérées présentant des troubles mentaux sévères nécessitant des soins hospitaliers et ne pouvant être maintenues dans un établissement pénitentiaire. Les soins se font au sein d'un service de psychiatrie classique.

Les Unités Hospitalières Spécialement Aménagées permettent aussi depuis 2010 d'hospitaliser « librement » les détenus dans des conditions spécifiquement adaptées lorsque ces unités existent sur le territoire.

L'introduction d'une **période d'observation de soixante-douze heures** est commune à l'ensemble de ces mesures de soins sans consentement. Elle commence dès l'établissement de la demande de tiers et du ou des certificats médicaux, expliquant la

nécessité d'horodatage. Un examen somatique a lieu dans les vingt-quatre heures, dans l'établissement qui adresse ou qui accueille le patient. De même, dans les vingt-quatre heures, un certificat médical est réalisé par un psychiatre, différent du psychiatre ayant rédigé les certificats d'admission. Enfin, un dernier certificat médical est établi dans les soixante-douze heures par un psychiatre différent de celui qui a fait le certificat médical d'admission mais qui peut être celui qui a fait le certificat des vingt-quatre heures.

Un certificat médical est ensuite établi sous huitaine en cas de maintien de l'hospitalisation, avant contrôle du juge des libertés et de la détention dans les quinze jours. Les certificats sont ensuite rédigés à un rythme mensuel.

A la fin de la période d'observation de soixante-douze heures peut aussi être proposé un **programme de soins**. Il est applicable à l'ensemble des types d'admissions sans consentement et il s'agit de prises en charge hors hospitalisations complètes.

Ce programme comprend la modalité des soins : temps partiels, soins ambulatoires, soins à domicile, existence d'un traitement médicamenteux ainsi que le lieu, la périodicité et sa durée prévisible. Il est établi par un psychiatre participant à la prise en charge du patient et une copie est remise à ce dernier.

3. Le non consentement, synonyme de refus de soins ?

A. Qu'implique un refus de soins ?

Devant un refus de soins, le médecin est confronté à la difficulté suivante : ce qui s'avère a priori bon et souhaitable pour un malade au niveau médical est refusé par ce même malade. Cette opposition peut se décliner de différentes manières :

-D'abord comme la confrontation entre d'une part le droit du patient à choisir et d'autre part la volonté de soigner.

-Deuxièmement, une résistance aux soins est souvent dans la pratique psychiatrique sous-tendue par une pathologie ou un symptôme dont la prise en charge implique des soins. Il peut s'agir par exemple d'un délire de persécution chez un patient souffrant de schizophrénie ou d'un sentiment d'incurabilité chez le sujet déprimé.

-Enfin un traitement particulier s'applique au déni. Bien qu'il soit présent dans certains troubles psychiatriques, il existe cependant dans tous les champs de la médecine et notamment dans les maladies chroniques [46].

B. Liens entre consentement et refus de soins

Le refus de soin apparaît séparé du consentement. En effet, un refus de soins n'est pas nécessairement l'aboutissement d'un refus de consentement, car il est possible d'observer des patients ne s'opposant pas aux soins sans pour autant les approuver, dans une sorte d'attitude passive.

D'autre part, un refus de soin peut aussi apparaître comme une forme de négation du consentement. Malgré tout, un refus de soins initial peut devenir un consentement par la suite et en garantir la valeur. En effet, offrir la possibilité de consentir c'est s'exposer à une possibilité de refus. Il s'agit aussi d'offrir la possibilité de changer d'avis ou de devoir préciser certains points [41]. Nous y reviendrons, mais une question importante se pose à propos de la valeur d'un consentement obtenu par la menace d'une contrainte, même implicite.

Nous pourrions donc dire que le refus de soins ne signifie pas forcément refus de tous les soins mais plutôt refus de certains soins. Il est ainsi possible de refuser un type de traitement sans pour autant que ce refus ne remette forcément en cause le consentement aux soins. Par exemple, on peut refuser un médicament, une hospitalisation en urgence mais accepter d'autres soins. Il apparaît intéressant de toujours faire état des différentes formes concrètes prises par le refus de soin pour préciser le champ des soins consentis.

De cette manière le refus de soins peut venir renforcer le consentement. Il en est une condition logique (quelle valeur pour un consentement sans refus de soin possible ?). Surtout, le refus vient donner une réalité au consentement. Premièrement en délimitant un champ pour le consentement, adapté à la situation particulière du patient. Secondairement, si le consentement est obtenu après une étape de refus de soins, il est alors parfois de « qualité supérieure » à un consentement obtenu sans refus préalable [41].

C. Le moment du refus de soins

Selon l'avis du Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), le médecin ne doit pas se satisfaire d'un simple refus et doit tout mettre en œuvre pour tenter d'obtenir un consentement [18].

A l'inverse, un consentement donné trop rapidement semble insatisfaisant, surtout devant l'ambivalence symptomatique de certaines affections psychiatriques. Un refus ou un consentement trop rapide ne représente parfois qu'une première étape à une discussion réelle sur les possibilités d'articulation des soins.

Après cette discussion, un consentement peut ressortir qui n'est ni idéal ni total mais qui n'est pas inconsistent. Malgré cela, si les soins font l'objet d'un refus éclairé, il convient de l'accepter en laissant la porte ouverte à une nouvelle négociation. Cependant, le médecin doit parfois recourir à des soins sous contrainte. Il nous semble important de préciser que ce type de soins intervient après le moment du refus de soins pour éviter les consentements contraints sur lesquels nous reviendrons [46].

Ce refus de soins est donc une situation redoutée par les soignants, mais il est aussi un moment structurant la suite de la prise en charge, fort de plusieurs enjeux éthiques qui seront développés à la fin de ce travail.

Le refus de soins permet d'abord d'éviter les consentements qui n'en sont pas. Il impose aussi de faire préciser ce qui est refusé. Ceci est essentiel pour tenter de trouver un accord sur des soins, ce qui induit de fait une dynamique de soins.

Reconnaître la possibilité de refus de soins, c'est renforcer le patient dans sa capacité à se réapproprier son corps et sa maladie et s'assurer un consentement plus stable. La reconnaissance de ce moment de refus donne la temporalité nécessaire à

l'établissement de la relation soignant-soigné et à l'épanouissement d'un consentement de qualité, sans omettre les faiblesses de cette notion que nous développerons.

4. Aspects psychodynamiques

Nous l'avons vu, dans le passé, le consentement s'obtenait en vertu des pratiques de bienfaisance faisant appel au paternalisme autoritaire et bienveillant du médecin et la figure parentale y était clairement affichée et revendiquée. Plusieurs études récentes montrent qu'après la famille, c'est de nos jours encore au médecin que l'on ferait le plus confiance [69].

Les travaux du Comité Consultatif National d'Éthique [77], à l'origine d'une réflexion éthique fortement inspirée de la morale kantienne, ont promu dans un premier temps une autonomie de la personne, une responsabilité dans ses décisions : « la médecine moderne tient compte du caractère responsable, adulte des patients ». Une autre étape contemporaine amène un troisième principe, celui de solidarité : « le consentement dans l'intérêt d'un tiers est la marque qui témoigne d'une altérité responsable ».

Nous allons étudier comment cette question du consentement peut croiser celle de la liberté du sujet dans la dimension psychodynamique et surtout psychanalytique.

A. Le sujet du consentement et l'autonomie

Un point important est celui du sujet du consentement. En effet, s'il est vrai que l'autonomie se manifeste dans le consentement et que le consentement s'exprime dans des énoncés à la première personne, il est également vrai que le statut du « je » qui donne son consentement est loin d'être clair. Ceci ébranle manifestement la conception de l'autonomie.

Il faut souligner que c'est par l'ambiguïté de son statut de même que par la fragilité de son désir que le « je » s'affirme comme un sujet autonome. Est-il possible de venir à bout de cette ambiguïté ? Qui parle, lorsque « je » parle ? Qui dit oui ou non ? Peut-on réellement sortir d'une position rationaliste identifiant « je » au sujet de la pensée, et la pensée au produit de la raison, sans pour autant affaiblir « je » au point de l'effacer ?

Comment interpréter les propos de Lacan [51] lorsqu'il explique que « je » n'est pas là où est la « pensée » et qu'inversement la « pensée » n'est pas là où est « je » ? Implique-t-il par-là que « je » ne s'exprime pas lorsqu'il parle, et que ce n'est pas lui qui parle lorsqu'il dit « je » ? Comment alors prendre au sérieux la pensée de quelqu'un si l'on doute qu'elle exprime son « je » ?

Chaque individu s'inscrit dans le monde de façon particulière et spécifique, par sa pensée, par son action, par son désir.

Le terme de désir est l'objet d'un contresens très fréquent, qu'il est important de relever. Il est très souvent employé au sens d'envie personnelle : j'ai envie, tel est mon désir.

Chacun possède une certaine unicité qui s'exprime cependant de façon ambiguë et parfois même contradictoire. Chacun évolue et chacun change. La destinée de l'être humain n'est pas la cohérence logique, mais plutôt la finitude. Existe-t-il pour l'individu, une possibilité d'intégrité d'autonomie, et la possibilité de se reconnaître comme acteur de sa vie et sujet de son désir [9] ?

Nous nous projetons dans le monde dans le futur selon des modalités différentes. Nous revenons sur nos choix et nous modifions nos trajectoires. Mais nous nous inscrivons toujours dans le cadre d'un projet plus général qui exprime nos désirs et cela même s'ils sont parfois opaques. Car tout en étant une force qui pousse le sujet à s'accomplir, le désir est aussi un signe de la finitude humaine et de ses failles, il est l'indice d'un défaut structurel et d'une profonde insuffisance [65].

Pour parler d'autonomie et de sujet de désir, il ne faut pas chercher à identifier cette autonomie à quelque chose de « total » et de « totalisant ». Il convient plutôt de dire qu'elle est à la fois un point de départ parfois incertain sur lequel se construit le monde de chaque individu, et le résultat du jeu subtil de relation que chacun construit au fil du temps.

De ce point de vue, elle implique à la fois un effort d'unification et une lutte pour la différenciation, la différenciation étant toujours menacée par le conformisme. Elle nécessite une résistance à la demande d'autrui et un effort de séparation d'avec les autres.

Elle présuppose la mise en place d'une double dynamique : la dynamique moi/autres, selon laquelle on s'affirme différent de tous les autres, et la dynamique moi/je qui permet l'instauration d'un espace intérieur. Elle est le résultat d'un jeu de relations qui naît et se développe continuellement grâce à la rencontre avec l'autre : un autre extérieur qui nous attire, nous heurte ou nous contraint et un autre intérieur que chacun de nous porte en soi [65].

L'autonomie n'est par conséquent ni un « état » ni un « avoir » : elle ne se saisit que dans la crise et ne se consolide qu'en s'appuyant sur des identifications toujours nouvelles et par le souhait de devenir autre en vue de combler son manque, ses failles.

L'existence de chacun est quelque chose de dynamique, qui émerge et se développe continuellement. La constance du « je » ne consiste pas à préserver une identité stable et immuable mais à soutenir une tension dialectique et à maintenir des crises périodiques. Tout individu lutte contre les changements internes qui l'affectent, au point que son désir et son autonomie ne l'empêchent pas parfois de se détourner de lui-même et de se disperser dans le monde extérieur. Nous sommes bien loin de l'image d'un sujet transparent à lui-même et aux autres [65].

L'individu comme le souligne le philosophe Marcel Gauchet [37] se cherche lui-même et sa recherche se fonde à chaque fois sur « le fond sans cesse dérobé à lui-même de son propre savoir »

De même, toute parole est habitée par l'ambivalence : celle du dire et de l'être, du désiré et du vouloir, de l'image à laquelle on tend à se conformer et d'un désir que nous n'arrivons pas à assumer complètement. C'est pourquoi il faudra toujours se garder aussi d'identifier une personne à son discours et de croire que son désir est tout entier contenu dans ce qu'il dit [65].

Certaines pratiques du consentement médical peuvent ainsi nouer la conflictualité psychique de la culpabilité inconsciente et du besoin de punition qui la manifeste et la trahit [10].

B. Le consentement et la dimension inconsciente

La mise en évidence de l'inconscient par Freud a été une découverte majeure pour la compréhension du psychisme. Même si, depuis fort longtemps déjà, des êtres humains avaient eu l'occasion d'expérimenter les limites de leur libre arbitre et de le signifier, c'est avec Freud et Lacan qu'ont été théorisés quelques-uns des mécanismes qui « agissent » l'homme. L'être humain est loin d'agir selon ce qu'il veut, pense ou comprend. Il est aussi l'objet de phénomènes qui le mènent à son insu et que l'on peut qualifier d'inconscients.

La dimension inconsciente est présente en tout homme. Il est nécessaire qu'elle soit reconnue, tant dans ses effets destructeurs que du côté de l'ouverture à la vie et à une parole qui se donne, indépendamment de la volonté ou du savoir du sujet. La reconnaissance de cette dimension dans laquelle la vie échappe au contrôle du savoir humain est souhaitable pour tout être humain [67].

Avant Freud prévalait le modèle cartésien du « je pense, donc je suis » pour lequel un sujet n'est pas quelqu'un qui s'ignore mais au contraire quelqu'un qui se connaît lui-même et qui peut guider son action en fonction de ses connaissances et de sa bonne volonté.

Lorsque les conséquences d'un acte sont négatives, on juge la valeur de cet acte non seulement en fonction de ses effets mais en prenant aussi en considération l'intention de l'auteur. L'intention consciente à l'origine d'un acte n'est pas suspectée d'en camoufler une autre ignorée de la conscience que les conséquences de l'acte ou d'autres éléments pourraient mettre en lumière.

La mise en évidence de la dimension inconsciente révèle à l'homme que ce qui meut ses projets, ses actes, ses comportements, ses paroles échappent pour une large part à sa volonté et à sa conscience. Il est agi par des processus qui lui échappent et qui ne sont pas toujours conformes à son idéal moral. Il s'agit de la reconnaissance des mécanismes inconscients à l'œuvre dans l'esprit humain et Freud et ses successeurs se sont attachés à les repérer, les nommer et à proposer des thérapies pour délivrer l'homme d'en être le jouet [67].

C. Le consentement et le rapport à l'altérité

Le psychanalyste ne se cantonne pas dans la découverte des symptômes ou dans l'étiquetage des pathologies dans une visée de bon fonctionnement : il écoute un patient dans son histoire singulière, mais son attention est toujours portée sur l'universel du rapport à la vie [67].

Le déni de la vie se manifeste souvent là où on l'attend le moins : dans le vouloir vivre. Le psychanalyste écoute cette affirmation qui lui est souvent apportée : « je veux vivre,

je veux m'en sortir, je veux guérir » comme une dénégation et non comme un point d'appui à partir duquel un chemin pourrait s'amorcer. Le thérapeute porte donc son attention au-delà de l'affirmation consciente, à la vie empêchée qui est pourtant toujours déjà donnée et cela sera un point d'appui dans la cure [80].

Le psychanalyste se situe ainsi sur cette crête vive pour chaque homme qui est tout à la fois le lieu de l'ouverture à la vie, du fait même de sa naissance, et de sa possibilité de refus. En effet, nous sommes souvent des refusant ! Nous refusons la vie même si dans les apparences nous dépensons beaucoup d'énergie pour paraître le contraire, plein de vitalité et débordant de générosité. Cette volonté de vivre est comme un verrou qui interdit l'accès au désir qui nous habite au plus intime. L'homme dans sa quête doit renoncer à la volonté de vivre et consentir aussi à demander à un autre que lui-même.

Ceci s'avère une difficulté majeure dans le monde actuel et met beaucoup de personnes en errance sur le plan de la relation à l'autre : elles ne demandent plus. La consultation médicale est marquée profondément par cette difficulté. Il n'y a plus de demande de guérison à proprement parler mais une exigence de réparation ou de bon fonctionnement.

Marie-Reine Mezzaroba [67] a particulièrement étudié cette relation du consentement à la vie dans les travaux psychanalytiques de Françoise Dolto et Denis Vasse et elle écrit : « Nous sommes souvent désarticulés, coupés de notre source de vie et nous construisons nos vies, nos valeurs, notre morale dans une extériorité qui nie dans le même moment notre intériorité. Nous sommes devenus une pure extériorité où tout devient prétexte à explications et peu de disciplines échappent à ce mouvement ». L'idée qu'il suffirait de « vouloir pour pouvoir » imprègne beaucoup de mentalités. Il y a une sorte de déni de l'expérience personnelle de l'incapacité à faire ce que l'on veut faire.

Les images de la société et la compagnie de personnes qui ne mettent pas en doute le pouvoir du vouloir propre, ne fait qu'exacerber la volonté de puissance, mais aussi le sentiment de culpabilité [81].

Ce qui constitue une vie humaine, ce qui permet à quelqu'un de parler, de vivre, n'est pas tant de se fonder sur soi-même, ses efforts, ses intentions mais de répondre à une aspiration qui trouve son origine dans l'altérité

Cela ne signifie pas que la manière dont la vie s'est engagée soit sans importance. Tout le travail de la psychanalyse consiste précisément à faire la lumière sur ce qui a accompagné la venue au monde et le parcours de la personne qui vient demander de l'aide.

Mais, si ce travail doit permettre aux patients de découvrir ce qui a pesé sur lui depuis sa petite enfance, voire sa conception, sur les fardeaux qui se sont transmis dans sa famille de génération en génération, il doit aussi le mener à quelque chose de plus originaire, le don de la vie. Ce don de la vie se fait dans la génération humaine, mais les géniteurs et les tuteurs n'en sont pas l'origine [67].

D. Le consentement et la liberté

Nous faisons souvent le constat que l'homme se trouve pris dans le processus de la répétition et d'un vouloir vivre qui tente vainement de s'y opposer. L'échec du vouloir personnel et l'inutilité des efforts entrepris pour tenter de se libérer soi-même semblent donner raison à une « malédiction » que l'on peut formuler en ces termes : « tu verras, toi non plus tu n'y arriveras pas et c'est toujours la mort qui a le dernier mot ».

La psychanalyse propose d'éclairer les processus de répétition pour échapper au déterminisme et permettre à l'homme d'accéder à une certaine liberté. C'est la parole qui est au cœur de la cure analytique. L'analyste ne soigne son patient que par la parole : il ne le touche pas, ne lui donne pas de médicaments : c'est de la parole entre l'analysant et l'analyste qu'est attendue la libération du patient au statut de sujet de la parole. Ces termes proviennent de la théorisation de Jacques Lacan qui, le premier a mis en évidence l'importance de la parole dans l'émergence du sujet.

La *talking cure* a été découverte par Freud mais les travaux de Lacan ont permis de souligner la distinction entre discours (l'usage des mots dans un propos raisonné) et parole (qui a rapport à la vérité) et aussi entre parole vide (qui n'engage pas celui qui parle) et parole pleine (référée à la vérité) [51].

En mettant en évidence la manière dont l'homme est mû à son insu, la psychanalyse a renouvelé la compréhension de ce que peut être la volonté et la liberté de l'homme et ses apports ne peuvent être ignorés de celui qui s'interroge sur ce thème et celui, donc, du libre consentement.

Écouter, c'est parler mais c'est aussi mettre en pratique et obéir. L'étymologie du mot obéir veut dire, non pas se soumettre à l'autorité hiérarchique, mais se mettre « sous la parole ». L'écoute de la parole et la réponse à cette parole sont ce qui fait vivre l'homme. Celui qui écoute entend aussi "ce qui parle de lui" et cela l'engage à répondre en fonction de ce qu'il entend. Sinon l'homme n'est pas fondé par ce qui se révèle en lui et il ne cherchera appui que sur une connaissance objective, extérieure à lui [67].

Le travail analytique vise à délivrer la personne de toutes les identifications imaginaires dans lesquelles elle s'est laissée piéger, pour répondre aux attentes des autres, aux normes, à une idée du bien, est ce qu'elle croyait être son identité pour lui donner accès à son véritable nom. Ce nom est celui du sujet, du « je », qui ne « sait » pas qui il est et que

personne ne peut enfermer dans une représentation. Le « je », sujet de la parole, surgit en parlant, toujours neuf.

E. Le consentement et la demande

Si personne n'accueille sa joie, sa tristesse, voire si personne ne s'est réjoui de sa naissance, le psychanalyste Denis Vasse souligne que l'enfant risque de se construire dans une autoréférence à lui-même et à ses sensations. Il devient ainsi son propre interlocuteur [80].

Au lieu de se recevoir, toujours naissant, dans la relation triangulaire à l'Autre et aux autres, dans la référence à son nom qui le distingue de toute représentation de lui-même, il est conduit à chercher à s'identifier à ses sensations ou à ses proches. Ainsi se mettent en place des processus de répétitions : il recherche des sensations éprouvées dans la prime enfance, pour se retrouver lui-même.

Nous comprenons ainsi comment se mettent en place des conduites répétitives intergénérationnelles, dans lesquelles la reproduction des affects éprouvés dans l'enfance tient lieu de repères identitaires.

Lorsqu'une enfance s'est déroulée dans un climat de tension, de violence ou de dépression, l'enfant éponge tout cela et se construit en référence à cet éprouvé. Ceci se produit en l'absence d'un témoin le référant à l'Autre et symbolisant les sensations qu'il éprouve. L'enfant, puis l'adulte qu'il devient, tente de s'auto-construire imaginativement. Il est conduit à chercher à se donner à lui-même une identité, au lieu de la recevoir d'un Autre que lui.

Aucun enfant ne peut se donner à lui-même les références symboliques dont il a besoin, sinon il n'est pas ouvert à la dimension de l'altérité. Ce sont forcément les adultes

qui l'entourent qui donnent ces repères ou ne les donnent pas. Il ne s'agit pas ici de la loi du tout ou rien mais en l'absence totale de toute parole qui lui soit adressé, qu'il introduirait dans la dimension du symbolique, l'enfant peut devenir « fou » [80].

Le cheminement analytique permet au patient de repérer comment tout cela s'est vécu pour lui, à quel abandon il a été livré et dans quels leurre il est engagé. Une position intime et très archaïque de référence ultime à soi-même est mise à jour : l'enfant s'est construit avec la conviction qu'il n'y a personne et qu'il faut qu'il se débrouille par lui-même, qu'il se fasse vivre lui-même. Cela est mis en lumière de manière caricaturale dans les situations de grande détresse mais il y a en tout homme un lieu où il refuse de demander de l'aide et où il ne veut surtout rien devoir à personne [67].

Plus il « veut », plus le « moi » verrouille son enfermement dans l'imaginaire.
Vouloir vivre à sa manière la vie est le plus souvent vouloir la construire, telle que « je » la conçois bonne, dans le champ de l'imaginaire. La volonté propre c'est ce qui serait la bonne vie. Il veut cette vie telle qu'elle la conçoit. L'homme peut aller ainsi de défi en défi toujours plus loin et jamais en repos.

Ce qui est également valorisé dans la société occidentale, c'est précisément d'être un battant, de construire soi-même sa réussite sociale, professionnelle et affective. La société civile n'est peut-être jamais allée aussi loin dans le leurre de l'auto-construction de soi. Et les prouesses techniques qui sont le pouvoir des hommes renforcent cette illusion de pouvoir créer de l'humain imaginativement idéal.

C'est souvent à l'occasion d'un accident, d'une maladie, d'une séparation ou de tout autre événement qui vient interrompre le programme de réalisation en cours que certaines personnes sont amenées tout d'abord à souffrir puis, si elles y consentent, à demander de l'aide.

Elles peuvent découvrir dans un certain nombre de cas qu'elles étaient en train de perdre leur vie. Certains malades et certains accidentés l'attestent. L'autre alternative, aussi

radicale et décisive, est l'effondrement total : si je ne parviens plus à être ce que je veux être ou ce que les autres attendent de moi, mieux vaut disparaître et surviennent les impulsions suicidaires [67].

Au cours de la cure, l'analysant découvre qu'il n'est pas qui il croyait être (positivement ou négativement), qu'il n'est ni l'image qu'il a de lui-même, ni celle qu'il cherche à construire, ni celle qu'on lui renvoie. Il se découvre donc « divisé ».

La cure analytique conduit l'homme à reconnaître le processus de dédoublement, dans lequel il passe sans cesse d'une représentation de lui-même à la représentation inverse, de l'homme laissant libre cours à ses pulsions à celui qui les nie ou les réprime dans un mouvement répétitif de bascule. Dans le dédoublement, l'homme pulsionnel nie l'existence de l'homme désirant et l'homme désirant nie l'existence de l'homme pulsionnel. Lorsqu'il cesse de basculer de la position d'ange à celle de démon, l'être humain se reconnaît divisé. En lui se vit un combat dont il n'est pas le maître et qui ne dépend pas de sa volonté. Au contraire, plus il veut maîtriser sa vie, plus il se perd [67].

La reconnaissance de la division est un moment incontournable de la cure analytique pour passer du dédoublement à l'ouverture à la vie qui se donne toujours nouvelle. L'ouverture au don de la vie est, comme le refus, un mouvement inconscient. Mais alors que le refus est une référence essentielle à soi, l'ouverture au don est l'accueil de ce qui vient de l'Autre, qui surprend et bouscule forcément les représentations imaginaires.

Être libre au sens commun, c'est pouvoir faire ce que l'on veut, sans contrainte. L'approche analytique que nous avons suivie met en évidence les impasses de la volonté, d'une manière bien différente des réflexions philosophiques. Elle nous a appris que **le vouloir n'est pas le lieu où s'exprime la liberté de l'homme** car ce vouloir est soit impuissant, soit même contraire à cette liberté. Le vouloir est lui-même enchaîné. « Faire ce que je veux » n'est pas être libre : le vouloir propre sacrifie le sujet sur l'autel de l'image du moi.

Au terme du parcours analytique, il apparaît que la liberté consiste à laisser chuter la référence ultime à soi-même, pour entendre et répondre à l'appel d'un Autre. **Cela suppose d'avoir rencontré un témoin dont la parole permet qu'apparaissent clairement le mensonge et le piège que constitue la référence à soi**, et que soit reconnue au grand jour la vie qui n'a jamais cessé de se donner et se révèle autre que ce que l'homme en sait ou en pense.

Renoncer à s'appuyer sur soi-même, ce que l'on croit vrai, ce que l'on veut est un point d'aboutissement du parcours analytique tel que nous l'avons présenté. Mais cette expérience ne se propose pas seulement dans les cures analytiques : bien des gens font l'expérience de l'ouverture à la vie que permet le consentement à accueillir ce qui vient alors même que les événements ne sont pas ce qu'ils auraient souhaité vivre.

L'obéissance à l'Autre de la parole, qui délivre du vouloir propre, passe souvent par la médiation de l'obéissance à un autre humain. Mais une telle obéissance n'est pas soumission aux autorités, en vertu de leur position hiérarchique. L'obéissance passe par la médiation de la possibilité de croire en la parole d'un autre, qui peut avoir un statut social d'autorité ou ne pas l'avoir mais qui est le médiateur de la parole de vie, à laquelle lui-même obéit. Le statut d'autorité de quiconque ne peut dispenser chacun de l'écoute de la parole et de la reconnaissance des effets de vie ou de mort de cette parole en lui et dans les autres.

L'anthropologie psychanalytique met ainsi en évidence une structure humaine que nous pourrions résumer de façon très lapidaire [67] :

-la référence ultime à soi-même, dans la tentative de sauvegarder ou de promouvoir une image de soi considérée comme positive et dont la perte est ressentie comme un danger mortel,

-et/ou l'ouverture à l'altérité, au surgissement d'un « jeu » dynamique toujours renouvelé, dans la relation à l'Autre.

II. Maladies mentales pouvant justifier de soins sans consentement

Une première particularité de la psychiatrie tient au fait qu'il existe des pathologies qui peuvent, à certains moments, amoindrir la valeur du consentement ou du refus de soins.

Lorsque le patient se trouve dans une situation de déni pathologique, les soins peuvent ainsi être refusés. Pourquoi consentir à des soins pour une maladie que l'on n'a pas ? Un délire de persécution peut aussi motiver le refus de soins, si le patient croit avec une forte conviction qu'il est victime d'empoisonnement par exemple. Dans les cas de dissociation de conscience, c'est la pertinence du consentement qui doit être discutée.

Ces situations cliniques, que nous allons maintenant développer, peuvent parfois justifier médicalement et juridiquement des soins sous contrainte. Nous émettons une réserve cependant : des soins sans consentement ne doivent pas être mis en place pour toute impossibilité à consentir.

Une deuxième particularité de la psychiatrie est donc cette possibilité de mettre en place des soins sans consentement. En effet, les établissements publics psychiatriques, nous l'avons vu, sont régis depuis 1838 par une loi modifiée en 2013, celle-ci distinguant les soins avec consentement et ceux sans consentement. De plus, il faut ajouter aux soins contraints à l'hôpital les SSC en structures ambulatoires, dont la légitimité est liée à un consentement temporairement non stable ou non valide [46].

1. Troubles psychotiques

Les troubles psychotiques, dont la schizophrénie, sont marqués par **une altération chronique du « sens de la réalité et de soi »** : le délire. Ce délire peut être « bruyant » et apparaître au premier plan de la symptomatologie psychotique [31]. C'est un trouble du contenu de la pensée, une idéation morbide avec la conviction inébranlable d'un fait sans lien avec la réalité objective. Cette idéation, pour être qualifiée de délirante, ne doit pas être partagée par l'environnement socioculturel du patient. Ce n'est pas l'erreur qui fonde le délire, mais les modalités de la connaissance délirante, enracinées dans l'irrationnel. Les troubles psychotiques sont concernés par la sémiologie du consentement, mais également celles du discernement et de la vulnérabilité [50].

Nous insisterons une fois de plus sur le fait que **le délire ne signe pas à lui seul une altération du jugement**. Il est donc indispensable de procéder à l'analyse sémiologique du délire pour savoir si le consentement du sujet délirant est préservé. Il faut donc être particulièrement attentif à l'insight du patient, ainsi qu'à son degré d'adhésion aux croyances délirantes.

Le thème de persécution, qui peut concerner tous les troubles psychotiques, avec ce qu'il implique dans la relation à l'autre, tout particulièrement aux soignants, altère classiquement la capacité du sujet à consentir de même que son discernement.

Les injonctions hallucinatoires non critiquées, notamment suicidaires ou hétéro-agressives qui peuvent s'intégrer à l'automatisme mental font craindre des passages à l'acte, d'autant plus quand le patient est incapable de les critiquer [34].

La recherche d'abus de substances psychoactives est un élément fondamental de l'anamnèse du sujet psychotique. Ils aggravent les convictions délirantes ou l'impulsivité, et sont donc systématiquement à rechercher lors de l'évaluation clinique [38].

Dans la schizophrénie et les épisodes psychotiques aigus, contrairement aux autres troubles psychotiques, le délire est classiquement associé à une **désorganisation intellectuelle, comportementale et affective nommée dissociation de conscience**. Ce « processus de désagrégation mentale » comme l'a décrit Henry Ey [31] est à l'origine d'altérations cognitives qui entravent la pensée du patient. Même en l'absence de délire, la sévérité de ces troubles cognitifs peut non seulement altérer la capacité du sujet à consentir mais aussi rendre le patient psychotique vulnérable. Il faut notamment être attentif à l'isolement socio-affectif du patient souffrant de schizophrénie, ainsi qu'à son niveau d'autonomie.

2. Troubles de l'humeur

Le symptôme majeur du syndrome dépressif est une tristesse de l'humeur envahissant toutes les pensées du patient. Le diagnostic d'épisode dépressif majeur caractérisé repose entre autres sur une persistance de cette humeur pendant au moins quinze jours en l'absence de deuil ou d'affections organiques. Le ralentissement psychomoteur, les troubles du sommeil ou de l'appétit, la culpabilité, l'anxiété ou l'irritabilité accompagnent classiquement la dépression [1]. La tentative de suicide est la complication la plus sévère du syndrome dépressif. Parfois, un syndrome délirant à thème de culpabilité, de ruine ou d'hypocondrie peut être présent. On parle alors de mélancolie délirante [33].

La plupart des syndromes dépressifs n'altèrent pas la capacité à consentir et leur prise en charge va s'orienter sur des soins ambulatoires ou, en cas de signes de sévérité, en hospitalisation libre. **Des soins sans consentement doivent être évoqués devant une intentionnalité suicidaire établie sans critique, un tableau de mélancolie délirante ou en cas de complication somatique** du syndrome dépressif comme la dénutrition, l'épuisement ou l'incurie extrême [45].

Les dépressions s'inscrivant dans un trouble bipolaire, c'est-à-dire avec un antécédent d'épisode maniaque ou hypomaniaque sont plus sévères et plus longues à prendre en charge que les dépressions unipolaires. Elles présentent de plus un grand risque de passage à l'acte suicidaire [33]. Devant le refus de soins d'un patient en phase dépressive d'un trouble bipolaire, des soins sans consentement peuvent donc s'envisager notamment en cas d'antécédent de tentative de suicide.

La clinique de l'accès maniaque, dont un épisode suffit pour le diagnostic de trouble bipolaire, est classiquement en miroir de la sémiologie dépressive. Il existe une exaltation de l'humeur associée à une agitation psychomotrice, un discours diffluent avec de nombreux

coqs-à-l'âne et une labilité émotionnelle. Des idées de grandeur voire un délire mégalomane accompagnent souvent le tableau clinique. Enfin, il existe une désinhibition générale avec un sentiment d'invulnérabilité qui peut induire des troubles du comportement et de véritables mises en danger. L'anosognosie, exceptionnellement absente, entraîne bien souvent une nécessité de contrainte aux soins [45].

En effet, l'instabilité idéative et comportementale associée à l'ignorance de son propre état conduit à une altération du jugement du patient lors de l'accès. **Ainsi une décompensation maniaque doit faire systématiquement envisager des soins sous contrainte**, et ce même lorsque le consentement est donné, du fait du caractère éphémère et instable de ce dernier.

3. Les états suicidaires

Un état suicidaire est défini par la Haute Autorité de Santé (HAS) comme « l'existence d'idées de passage à l'acte, par une ou des tentative(s) de suicide et/ou encore par l'existence de conduites dites para-suicidaires ou équivalents suicidaires » [43].

L'état suicidaire peut survenir dans l'évolution de chaque maladie psychiatrique, mais il survient aussi parfois à « l'emporte-pièce », c'est à dire sans maladie mentale sous-jacente. Il s'agit notamment des situations de fin de vie ou de maladie incurable, qui posent la question philosophique du suicide raisonné et du droit à l'autodétermination dans les sociétés modernes libérales. Cette question est délicate mais ne se pose que très rarement dans les services psychiatriques.

Lorsque l'évaluation ne retrouve pas de pathologie psychiatrique sous-jacente, l'HAS prescrit d'évaluer le risque suicidaire et de mettre en place des soins sans consentement en cas de conclusion sur « un risque suicidaire élevé ». Les principaux items à rechercher sont : un antécédent personnel ou familial de passage à l'acte, une impulsivité, une absence de critique des idées suicidaires ou des passages à l'acte récents, un scénario établi, un isolement social ou encore un moyen léthal à disposition.

A l'opposé, une critique des idées ou du passage à l'acte récent ainsi qu'un étayage social et familial sont des facteurs rassurants [45].

Lorsqu'il survient chez un patient atteint de maladie mentale, l'état suicidaire implique là encore une évaluation du risque mais indique le plus souvent une mise en place de soins sans consentement.

4. Les addictions

Les addictions, définies par les critères de Goodman, désignent le rapport pathologique d'un patient à un comportement, et notamment la consommation de substances psychoactives.

Les notions de perte de contrôle vis-à-vis de ce comportement, ainsi que les phénomènes de tolérance (besoin de quantités de plus en plus importantes pour obtenir le même effet) et de sevrage (apparition de symptômes de manque à l'arrêt du comportement) sont centraux [74]. Comme les autres troubles définis par le DSM-5, le fonctionnement socioprofessionnel est altéré de par l'absentéisme et les investissements financiers et humains engagés dans ce comportement [1].

Que la prise en charge des addictions ait lieu en ambulatoire ou en hospitalisation, elle repose principalement sur des principes motivationnels. En effet, une bonne alliance thérapeutique est nécessaire devant l'importance du suivi au long cours de ces troubles. Rappelons aussi que les psychiatres ne sont pas les seuls à traiter des patients souffrant d'addictions car la nature strictement « psychiatrique » de ces troubles reste discutée [32].

Cependant, la consommation chronique de substances psychoactives **peut entraîner des altérations cognitives ou psychiques**. Cette consommation a aussi un rôle dans le déclenchement ou l'évolution de certaines pathologies mentales de nature à altérer la qualité du consentement, comme par exemple le cannabis dans la schizophrénie. **Le phénomène de déni** existant chez de nombreux patients souffrant d'addictions peut aussi être vu comme un trouble du jugement.

Ainsi, bien que la nécessité « urgente » ou « immédiate » d'une prise en charge psychiatrique ne soit pas toujours présente, les soins sans consentement se discutent et

sont pratiqués de plus en plus souvent pour les patients souffrant d'addictions. Ces situations se rencontrent la plupart du temps pour des **patients opposés aux soins et dont les mises en danger répétées s'accompagnent de conduites suicidaires ou de troubles du comportement** [7].

5. les troubles de la personnalité

La personnalité d'un individu, qui est une composante de son psychisme, le rend unique et définit son fonctionnement, sa perception de l'environnement ou son mode de relations aux autres. Le développement de la personnalité débute dès la vie intra-utérine puis se poursuit dans l'enfance, influencée par l'environnement et la génétique. Les traits de personnalités peuvent être modifiés à l'adolescence puis se stabilisent à l'âge adulte.

La personnalité « normale » au sens Gaussien est souple et capable d'adaptations au gré des expériences de vie. **Lorsque les traits de personnalité sont trop rigides et que l'individu ne peut s'adapter à l'environnement, il s'agit d'un trouble de la personnalité.** Le fonctionnement psychosocial du patient est alors perturbé, ce qui peut être à l'origine d'une grande souffrance.

Les troubles de la personnalité ne sont pas des maladies mentales à proprement parler, mais chaque trouble de la personnalité prédispose à un certain nombre de décompensations psychiatriques spécifiques. Cela explique pourquoi nous en traitons maintenant [50].

De manière générale, **un trouble de la personnalité seul ne permet pas de justifier des soins contraints**, et ce type de soins ne concerne uniquement que les cas de décompensation psychiatrique d'un trouble de la personnalité associés à un refus de soin.

En pratique, la question des soins sans consentement se pose le plus souvent chez des personnalités limites ou « borderline ». Ce type de personnalité pathologique présente fréquemment des conduites suicidaires ou des conduites à risques sur le plan de la consommation toxique, médicolégal ou sexuel. **Ces conduites répétées peuvent engager le pronostic vital et indiquer la mise en place de soins sans consentement**, et ce même si aucune décompensations psychiatriques ne peut être individualisée [40].

6. Les démences

La pathologie démentielle renvoie à **la dégradation des capacités cognitives comme la mémoire et le raisonnement, mais aussi aux troubles du comportement souvent associés et à l'aptitude à réaliser les tâches quotidiennes**. Il en existe de différents types et étiologies, mais la démence la plus fréquente est la maladie d'Alzheimer [75]. Elles affectent l'autonomie « psychique » du patient, et peuvent être concernées par les soins sans consentement.

Il apparaît évident que la capacité à consentir à des soins ou à prendre des décisions éclairées peut être atteinte dans ces pathologies. **Les soins sans consentement sont donc parfois utilisés pour ces patients, bien qu'ils ne soient pas automatiquement indiqués**. Il s'agit en effet avant tout de pathologies organiques dégénératives dont certaines manifestations sont d'ordre psychiatrique, comme par exemple les hallucinations dans la démence à corps de Lewy [71].

Dans les démences, l'atteinte de la capacité à consentir est multidimensionnelle. Selon le syndrome et son stade d'évolution, les altérations cognitives comprenant les atteintes mnésiques ou du langage par exemple sont variées. Les troubles mnésiques qui peuvent toucher divers types de mémoires induisent souvent une instabilité psychomotrice majeure, ainsi qu'une labilité émotionnelle. Une personne qui consent initialement peut ainsi demander sa sortie dans les minutes qui suivent.

Les indications d'hospitalisation dans le cadre de troubles démentiels sont variées, allant des causes somatiques, thymiques ou comportementales. En ce qui concerne la psychiatrie, **les motifs d'hospitalisation sont surtout les troubles du comportement, auto- ou hétéro-agressifs, qui peuvent occasionner un danger pour le patient ou son entourage. Parfois les troubles thymiques ou la symptomatologie délirante peuvent être inauguraux dans les démences et indiquent de fait des soins sous contrainte** [24].

Les lieux de prise en charge les plus adaptés à ces patients sont les services spécialisés de gériatrie ou de psychogériatrie. Ces services spécialement aménagés sont des espaces sécurisés qui permettent ainsi d'éviter une hospitalisation sans consentement dans un service de psychiatrie. **La Haute Autorité de Santé a cependant prévu des situations pour lesquelles, en cas d'urgence, des soins sans consentement peuvent être entrepris.** Il s'agit des cas où les troubles du comportement font courir au patient un danger pour lui-même ou pour autrui, ou risquent de compromettre à court terme son équilibre ou sa santé, et lorsque le patient ne peut consentir de façon fiable à l'hospitalisation en raison des troubles psychiques qu'il présente [34].

III. Aspects épidémiologiques, juridiques et légaux du consentement aux soins psychiatriques

Longtemps considéré comme un principe non écrit du droit, le respect du corps humain a fait l'objet d'une codification lors des discussions de loi de bioéthique en 1994. Ce principe est désormais inscrit dans le Code civil.

Nous retiendrons pour notre travail l'article 16 du Code Civil : « La loi assure la primauté de la personne, interdit toute atteinte à la dignité de celle-ci et garantit le respect de l'être humain dès le commencement de sa vie. » Cet article définit très simplement le rôle de la loi pour protéger et respecter la personne humaine [11].

Vient ensuite l'article 16-3 du Code civil : « Il ne peut être porté atteinte à l'intégrité du corps humain qu'en cas de nécessité médicale pour la personne ou à titre exceptionnel dans l'intérêt thérapeutique d'autrui ».

Enfin « le consentement de l'intéressé doit être recueilli préalablement hors le cas où son état rend nécessaire une intervention thérapeutique à laquelle il n'est pas à même de consentir ».

Ces articles sont le socle de l'obligation de consentement aux actes médicaux ou aux traitements, et cette obligation repose sur un principe intangible. Les dérogations sont donc rares et limitées, très étroitement définies, et la maladie mentale peut parfois en constituer une [50].

1. Epidémiologie

L'épidémiologie est une science qui étudie, au sein de populations, la fréquence et la répartition des problèmes de santé dans le temps et dans l'espace, ainsi que le rôle des facteurs qui les déterminent [54].

Pour les soins psychiatriques sans consentement, l'épidémiologie va s'intéresser à la nature des soins sans consentement, à leur fréquence, à l'évolution de cette fréquence dans le temps et dans l'espace et enfin aux caractéristiques des patients qui bénéficient de ces soins sans consentement.

A. Le système d'information sur les soins sans consentement

Il paraît impossible de dénombrer les mesures de soins sans consentement et de décrire les patients qui en bénéficient sans organiser un recueil systématique de ces informations. Ce système d'information que nous allons décrire se décline ainsi dans les établissements de santé, au niveau régional et au niveau national.

-Dans les établissements de santé :

Le service administratif, en charge des admissions et de leur facturation, utilise un logiciel de gestion administrative des malades. Ce logiciel permet de recueillir toutes les informations nécessaires à l'identification du patient et au suivi de sa trajectoire pour facturer ensuite les journées d'hospitalisations.

De plus, avec la délégation du directeur de l'établissement, c'est la plupart du temps ce service qui assure la mise en œuvre des procédures en lien avec les hospitalisations

sans consentement : enregistrement des dates de début et de fin de mesure ou édition des décisions d'admission par le directeur pour les soins à la demande d'un tiers par exemple.

Depuis la loi du 5 juillet 2011, c'est également ce service qui organise les audiences du juge des libertés et de la détention et en gère toutes les étapes. Il s'agit de la convocation des patients, de la préparation des audiences et du suivi des ordonnances rendues par le JLD [59].

Créé en juin 1838, **le livre de la loi** est toujours obligatoire dans les établissements de santé. Ce registre recueille tous les documents liés à la procédure des SSC pour chaque personne : arrêtés préfectoraux, décisions du directeur, certificats médicaux et programmes de soins. Ce « livre » est parfois informatisé.

Les dossiers médicaux sont aussi un maillon essentiel du système d'information. Les éléments nécessaires à la prise en charge médicale et soignante des patients, mais aussi les certificats médicaux, les programmes de soins et tous les documents rédigés par les médecins dans le cadre des SSC y sont inscrits.

Le Recueil d'Informations Médicalisé en Psychiatrie (RIMP) est obligatoire pour les établissements autorisés à pratiquer la psychiatrie. Le RIMP est composé d'enregistrements informatiques individuels qui décrivent le patient comme par exemple ses pathologies ou le nombre de jours d'isolement thérapeutique dont il a bénéficié [16].

Le RIMP décrit également, pour chaque patient, son statut vis-à-vis des soins sans consentement : soins libres, admission à la demande d'un tiers, admission à la demande du représentant de l'État, soins aux personnes jugées pénalement irresponsables, les soins sans consentement pour les détenus et enfin l'ordonnance de placement provisoire pour les patients mineurs [15].

La statistique d'activité des établissements (SAE) est une enquête pour tous les établissements de santé, quel que soient les disciplines exercées. Elle se compose de

données agrégées sous forme de tableaux statistiques notamment : le nombre de lits et de structures externes, les plateaux techniques, les effectifs et la qualification des personnels. Plus spécifiquement pour la psychiatrie, la SAE comporte des tableaux dédiés aux soins sans consentement : nombre de patients concernés et nombre de mesures correspondantes [39].

–Au niveau régional :

L'Agence Régionale de Santé (ARS) est chargée, pour le compte du préfet, de vérifier toutes les procédures d'Admission en Soins psychiatriques à la Demande du Représentant de l'État et reçoit les certificats relatifs aux Admissions en soins à la Demande d'un Tiers. Les ARS disposent du logiciel HOPSY, qui leur permet de procéder à la saisie de toutes les informations et notamment de toutes les dates de production et de réception des documents [27].

Les ARS reçoivent le **rapport annuel des commissions départementales des soins psychiatriques** de chaque département de la région.

Le RIMP est mis à la disposition des ARS, sous forme de base de données comportant les enregistrements des établissements de santé de la région.

–Au niveau national :

Le contrôleur général des lieux de privation de liberté reçoit les rapports des commissions départementales des soins psychiatriques de l'ensemble des départements français.

L'Agence Technique d'Information sur l'Hospitalisation (ATIH) a la charge de collecter les enregistrements de l'ensemble des établissements de santé du territoire, afin

que soit constituées des bases de données nationales et régionales. Ces bases, transmises aux ARS, sont à la disposition du public sur son site internet, sous forme de données d'activités agrégées au niveau d'un territoire géographique [39].

La Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) du Ministère de la Santé recueille et exploite les données de la SAE de chaque établissement de santé. La DREES assure la diffusion de cette exploitation sur un site internet, avec des données disponibles pour chaque établissement.

B. Les limites de ce recueil

En fonction des sources, certaines informations ne sont pas définies de la même façon. Il s'agit par exemple des documents produits et enregistrés dans HOPSY concernant les hospitalisations en psychiatrie ou des caractéristiques des patients concernés par les mesures [16].

Les programmes de soins sont peu décrits et mesurés car mal définis dans le système d'information [39].

Les périodes d'observation sont mesurées de manière variable. Soit on s'intéresse aux nouvelles mesures, ayant débuté au cours de la période étudiée, soit aux mesures déjà initiées avant la période et qui sont toujours en cours.

Enfin les informations à caractère judiciaire telles que le nombre d'ordonnances rendues par le Juge de Libertés et de la Détention (JLD), le nombre de mesures d'hospitalisations complètes levées par le JLD ou le nombre d'appels ne font pas l'objet d'un recueil d'informations organisé par le secteur sanitaire [15]. Ces informations sont cependant collectées par le système d'informations judiciaires [55].

C. Fréquence des soins psychiatriques sans consentement, avant et après la loi du 5 juillet 2011

Une étude a été publiée par le Ministère de la Santé en 2010 pour permettre de faire un état des lieux basé sur le nombre de mesures de soins sans consentement en France. Il était observé une évolution dans le temps du nombre de ces mesures : entre 1998 et 2003, on a constaté une hausse de 22 % des mesures de SSC puis, entre 2003 et 2007, une baisse de 7% de celle-ci. **En 2007, 73 000 mesures de soins sans consentement ont été mises en œuvre** parmi lesquelles 84% étaient des hospitalisations à la demande d'un tiers et 16% étaient des hospitalisations d'office [39].

La DREES publie chaque année *le panorama des établissements de santé*. La publication de 2012 (basée sur l'activité des établissements en 2010) permet de donner quelques éléments supplémentaires issus de l'exploitation de la SAE [25]. En 2010, la France comptait 588 établissements psychiatriques dont 252 autorisés à prendre en charge des patients en SSC.

614 000 hospitalisations ont été dénombrées en 2010 en psychiatrie adulte dont 72 000 en SSC correspondant à 51 100 patients différents.

En moyenne en France pour l'année 2010, 13% des hospitalisations se déroulaient sans consentement, pourcentage très variable d'un département à l'autre.

A titre de comparaison **en 2015, plus de 92 000 patients ont été pris en charge en SSC au moins une fois**. Cette très forte augmentation s'explique d'une part par l'augmentation du nombre de SSC ambulatoires, les programmes de soins, et d'autre part par l'explosion du nombre de prise en charge péril imminent [15].

Une étude de l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé en décembre 2013, permet de donner pour des patients hospitalisés en psychiatrie en 2010 quelques informations sociodémographiques [14].

2010	Pourcentage d'hommes	Age moyen en années
Hospitalisation libre	47	47
Toutes hospitalisations sans consentement	60	43
Hospitalisations d'office	80	40
Irresponsabilité pénale	91	40
Détenus	93	33
Hospitalisations à la demande d'un tiers	54	44
Ordonnance de placement provisoire	65	NC

Tableau 1 : Caractéristiques des patients en SSC en 2010.

On constate, par ce tableau, que les hommes sont moins nombreux que les femmes à être hospitalisés en soins libres mais que ce rapport s'inverse pour des hospitalisations sans consentement avec une nette prédominance des hommes en hospitalisation d'office, pour l'irresponsabilité pénale et chez les détenus.

A noter également que l'âge moyen est toujours plus bas en hospitalisation sans consentement. L'écart de moyenne d'âge entre hospitalisation libre et hospitalisation d'office est de sept ans. Cet écart est de trois ans entre hospitalisation libre et hospitalisation à la demande d'un tiers.

L'étude analyse également les pathologies des patients hospitalisés en soins sans consentement. Le tableau suivant compare la répartition des grandes classes de pathologies respectivement pour les patients en hospitalisation libre, en HDT et en HO.

Diagnostics principaux	Hospitalisation libre (nombre ; %)	SDT(nombre et %)	HO (nombre et %)
Troubles mentaux organiques	7824 ; 4,1	2067 ; 3,4	201 ; 1,3
Troubles addictifs	34286 ; 18	7922 ; 13	1497 ; 9,5
Schizophrénie	24274 ; 12,8	14269 ; 23,4	5545 ; 35,1
Autres troubles psychotiques	15156 ; 8	11162 ; 18, 3	2976 ; 18 ,8
Troubles bipolaires	13721 ; 7,2	6706 ; 11	956 ; 6
Dépression	43376 ; 22,8	6965 ; 11,4	734 ; 4,6
Troubles de l'humeur	1956 ; 1	442 ; 0,7	67 ; 0,4
Troubles névrotiques	26864 ; 14,1	3923 ; 6,4	619 ; 3,9
Troubles comportementaux	1893 ; 1	332 ; 0,5	43 ; 0,3
Troubles de la personnalité	14080 ; 7,4	4631 ; 7,6	1724 ; 10,9
Non renseigné	15152 ; 8	5745 ; 9,4	1786 ; 11,3

Tableau 2 : Mode d'hospitalisation selon la « classe » pathologique.

Les pathologies classées traduisent la gravité des troubles qu'elles induisent et les conséquences sur le comportement ou encore la capacité d'accepter les soins. On remarque que la schizophrénie est la pathologie la plus pourvoyeuse d'HO. On observe également que pour les patients en HDT, il y a plus de troubles bipolaires que pour les hospitalisations libres ou les hospitalisations d'office. Enfin, les troubles névrotiques (par exemple les troubles anxieux, les troubles psychosomatiques ou l'anorexie) sont très peu fréquents chez les patients en HDT ou en HO.

D'ailleurs, nous ajoutons que les patients suivis pour ces troubles névrotiques sont très peu hospitalisés et sont pris en charge en soins externes. Il faut noter que la plupart des patients suivis en psychiatrie publique le sont uniquement en soins ambulatoires [26].

D. Depuis la mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011

Une nouvelle étude réalisée par l'Institut de Recherche et de Documentation en Economie de la Santé sur le RIMP de l'année 2012 a comparé la répartition des modes de soins sans consentement en 2010 et en 2012, reprise dans le tableau qui suit [15].

	2010 (en pourcentage)	2012 (en pourcentage)
SDT	80,3	72,7
SDRE	19,3	18,7
SPPI	0	11
Soins ambulatoires aux détenus	1,9	2,3
Soins psychiatriques pour personnes jugées pénalement irresponsables	0,5	1
Soins dans le cadre d'une ordonnance de placement provisoire	0,1	0,3

Tableau 3 : Comparaison des modes de soins sans consentement en 2010 et 2012.

On voit que les soins à la demande d'un tiers, qui ont remplacé les hospitalisations à la demande d'un tiers, ont baissé de 7,6% entre les deux années et que l'on voit apparaître les soins pour péril imminent qui représentent 11 % des mesures de SSC.

Les soins pour péril imminent représentent désormais plus de 20% de la totalité des SSC. Cette modalité de soins sans consentement aussi appelée « tiers sans tiers » et introduite par la loi du 5 juillet 2011 est souvent utilisée par les services d'urgences somatiques. Il ne s'agit plus d'une procédure d'exception, comme elle avait pourtant initialement été prévue [15].

2. Principaux textes encadrant le consentement et le non consentement aux soins

Ce principe du consentement avant toute intervention sur le corps humain ne figurait pas dans la loi avant les années quatre-vingt-dix. Il y est entré par la loi n° 94-653 du 29 juillet 1994 et figure désormais au tout début du Code civil, ce qui souligne son importance.

Plus tard, une grande loi de démocratie sanitaire, dite loi Kouchner (loi du 4 mars 2002), a inscrit dans le Code de la santé publique (CSP) de nombreux aspects pratiques de respect du consentement et de l'obligation d'information. Parallèlement, le Code de déontologie médicale évoluait dans le même sens [49].

Cependant, ces principes, aussi forts soient-ils, connaissent des dérogations, légales elles aussi, principalement pour les soins aux malades mentaux. Cela aboutit à une législation particulière ayant évolué au fil du temps depuis maintenant bientôt deux siècles, comme nous l'avons vu précédemment.

A. Loi Kouchner [58]

« Les intéressés ont le droit de recevoir eux-mêmes une information et de participer à la prise de décision les concernant, d'une manière adaptée soit à leur degré de maturité s'agissant des mineurs, soit à leurs facultés de discernement s'agissant des majeurs sous tutelle. » Le point des soins aux majeurs protégés sera développé plus loin.

Cet article important expose la conséquence première de la nécessité du consentement : l'information. Il délimite aussi les contours de cette dernière, permettant d'assurer un consentement réellement autonome chez le sujet.

L'article L 1111-4 définit les conditions et conséquences du consentement obligatoire : « Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en œuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables. »

Le concept de non-intervention est donc clairement affirmé en cas de refus de soins du patient. Il s'applique même aux mineurs ou majeurs sous tutelle. Il faut donc une loi dérogatoire pour soigner sans consentement. Cette loi prévoit des situations clairement définies qui s'appuient sur des constatations médicales rigoureuses. De plus, la régularité de la procédure nécessite une vérification par le juge des libertés et de la détention.

B. Loi du 27 septembre 2013 [60]

Comme pour la loi du 5 juillet 2011, c'est le Conseil Constitutionnel qui est à l'origine de la loi du 27 septembre 2013. Saisie par le Conseil d'État d'une question prioritaire de constitutionnalité, le Conseil Constitutionnel, dans sa décision du 20 avril 2012, avait déclaré contraire à la Constitution certaines dispositions du code de la santé publique issue de la loi du 5 juillet 2011. Cette décision se fondait sur l'absence de garanties légales suffisantes pour les patients hospitalisés en Unité pour Malades Difficile ou déclarés en irresponsabilité pénale. Il avait différé l'effet de sa décision au 1^{er} octobre 2013 [39].

Attentif à ce que la loi entre en vigueur avant l'échéance fixée par le Conseil Constitutionnel, le gouvernement n'avait pas le temps pour une réforme de grande ampleur.

On comprend donc mieux pourquoi les modalités de soins sous contraintes n'ont été que peu modifiées en dehors de leur terminologie, hormis en ce qui concerne les dispositions pour les patients séjournant en Unité pour Malades Difficiles ou les patients déclarés pénalement irresponsables :

-Les Soins à la demande d'un tiers deviennent **Admission en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers** (ADT) (Annexe 2).

-Le nouveau type d'hospitalisation sans Tiers se nomme: **Admission en Soins psychiatriques en cas de péril imminent** (SPPI).

-Le Soin à la demande d'un tiers urgent ou de péril imminent devient : **Admission en Soins psychiatriques à la demande d'un tiers urgent** (ADTU).

-Le Soin sur Décision du représentant de l'Etat devient: **Admission en Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat** (ADRE).

-Le Soin sur décision du représentant de l'Etat urgent devient : **Admission en Soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat urgent** (ADRE urgent). Ce type d'hospitalisation peut être demandé par un maire.

-Les **Programmes de Soins Psychiatriques** ne sont pas modifiés (Annexe 3).

Parmi les principales mesures mises en place, on pourra citer **l'intervention du JLD dans les douze jours après la date d'hospitalisation** avec suppression du certificat de huitaine, la tenue d'une audience publique dans un cadre hospitalier sauf exceptions, la suppression de la visioconférence pour cette audience et l'obligation de la présence d'un avocat aux côtés de la personne hospitalisée.

Il y a en effet un paradoxe à considérer qu'un malade, dont l'état ne lui permet pas de consentir aux soins qui lui sont nécessaires, puisse être présumé pouvoir renoncer en toute conscience à l'assistance d'un conseil. Cette obligation n'est malheureusement pas de fait associée à l'attribution de l'aide juridictionnelle.

Enfin, cette loi permet une **réintroduction des sorties de courte durée** (inférieure à quarante-huit heures) sans accompagnement pour les malades pris en charge en soins sans consentement sous la forme d'une hospitalisation complète « en vue de favoriser leur guérison, leur réadaptation ou leur réinsertion ». La demande est à adresser au cadre administratif de la structure ou au Préfet dans le cas d'ADRE qui doit répondre au plus tard douze heures avant l'heure théorique de sortie.

C. Le Code de déontologie et le Code de santé publique [19]

Deux articles du Code de déontologie médicale, repris dans le Code de santé publique, font directement référence à l'information et au consentement du patient.

Article 35 (Article r.4127-35 du CSP). Le médecin doit à la personne qu'il examine, qu'il soigne ou qu'il conseille une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il lui propose. Tout au long de la maladie, il tient compte de la personnalité du patient dans ses explications et veille à leur compréhension. Toutefois, lorsqu'une personne demande à être tenue dans l'ignorance d'un diagnostic ou d'un pronostic, sa volonté doit être respectée, sauf si des tiers sont exposés à un risque de contamination. Un pronostic fatal ne doit être révélé qu'avec circonspection, mais les proches doivent en être prévenus, sauf exception ou si le malade a préalablement interdit cette révélation ou désigné les tiers auxquels elle doit être faite.

Article 36 (Article r.4127-36 du CSP). Le consentement de la personne examinée ou soignée doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences. Si le malade est hors d'état d'exprimer sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que la personne de confiance, à défaut, la famille ou un de ses proches ait été prévenue et informée, sauf urgence ou impossibilité.

D. Avis du Comité Consultatif National d’Ethique [18]

Dans un avis de 2005 portant sur le refus de traitement, le Comité Consultatif National d’Ethique analyse le refus de soins et fournit des recommandations à l’attention des soignants.

Il rappelle que chaque malade, face à la souffrance, à la maladie ou à l’approche de sa mort se trouve diminué par la conscience de sa propre faiblesse et par là-même exposé à une perte d’autonomie qui peut aller jusqu’à atteindre sa faculté de discernement. Il définit cette autonomie en la déclinant selon trois niveaux : autonomie d’action (possibilité de mobilité corporelle), de pensée (pouvoir conduire une argumentation cohérente et réfléchie) et de volonté (capacité à suspendre la spontanéité qui détermine une action pour se décider en fonction d’une résolution consciente et personnalisée).

Il encourage ainsi le médecin, confronté à un refus de soins, à s’interroger sur l’autonomie du patient qui émet ce refus, mais aussi à respecter les décisions de refus, lorsque le malade est lucide et autonome. Il rappelle enfin que « respecter un malade, c’est avant tout lui donner le sentiment que quelle que soit sa décision, il ne l’abandonnera pas à son sort ». Cet avis évoque donc aussi l’évolution de la relation médecin-malade et la place parfois paradoxale du médecin, coincé entre la demande toujours plus sécuritaire de la société et les droits de son patient, ces derniers pouvant s’avérer être en contradiction avec son devoir.

Le CCNE émet donc à l’issue de cet avis plusieurs recommandations. On pourra citer notamment principalement la promotion des attitudes de reconnaissance mutuelle, le rappel de la responsabilité médicale quant au maintien des soins (et non pas des traitements), la prise en compte de l’évolutivité et des différents facteurs influençant le consentement ainsi que l’encouragement à impliquer des tiers (famille, autres praticiens) lors de situations de crises.

E. Les recommandations HAS [45]

La Haute Autorité de Santé a élaboré en 2005 des recommandations pour la pratique clinique dans le cadre des soins sans consentement.

Bien qu'il soit paru avant la loi du 27 septembre 2013, ce texte reste une référence pour l'abord des soins sans consentement. Il reprend, en plus du cadre légal, les principales règles éthiques et déontologiques qui régissent ce type de soins. Il rappelle aussi les **conséquences potentiellement néfastes sur le patient ou sur son entourage** des soins sans consentement et le souci que doit avoir chaque praticien de minimiser les conséquences de ce type de soins.

Au niveau clinique, ces recommandations insistent sur l'importance de l'examen psychiatrique. Celui-ci doit être « réalisé le plus tôt possible, dans un lieu calme et sécurisé. **L'urgence à hospitaliser n'implique pas que le temps nécessaire à ce que l'examen psychiatrique soit raccourci** ». Elles décrivent aussi de manière succincte les troubles psychiatriques qui dans certaines conditions vont faire l'objet de soins sans consentement, sans omettre de mentionner la particularité de chaque patient et la nécessité toujours constante d'évaluer le rapport bénéfice-risque de telles mesures.

Enfin la HAS émet un certain nombre de stratégies permettant d'éviter la mise en place de soins contraints et des propositions d'actions telles que la mise en place d'équipes mobiles d'interventions psychiatrique ou de centres d'appels pour évaluer par téléphone, quelques jours après un passage aux urgences, la situation du patient. **Il est intéressant de noter, avec le recul, qu'aucune des propositions de la HAS hormis la mise en place d'une période d'observation n'a malheureusement été généralisée à l'heure actuelle.**

3. Le rôle du juge

Le contrôle d'une hospitalisation sans consentement au quinzième jour est apparu suite à la loi du 5 juillet 2011 pour vérifier la légalité du recours à la contrainte. Le juge judiciaire, qui n'est pas médecin, ne tient donc sa légitimité que de l'article 66 de la constitution selon lequel « nul ne peut être arbitrairement détenu ». Ainsi, cet article donne le soin au juge judiciaire d'assurer le respect de ce principe et en fait le garant de la liberté individuelle [21].

A noter la précision de « juge judiciaire », qu'il faut distinguer du juge constitutionnel ou administratif. Le juge judiciaire statue sur les affaires civiles et pénales tandis que le juge constitutionnel (conseil constitutionnel) juge de la conformité des lois à la constitution et le juge administratif tranche les affaires qui opposent l'administration aux administrés.

Mais pourrait-on soupçonner la psychiatrie du XXI^e siècle en France de traitement arbitraire ? En réalité, ce n'est pas la psychiatrie qui est en cause, mais c'est le pouvoir de contraindre, qui appartient dans une démocratie à la puissance publique, au motif qu'elle poursuit un intérêt général ou la protection des personnes. Pour que l'État, par l'intermédiaire du préfet ou du directeur d'hôpital, ne puisse en aucun cas abuser de ce pouvoir de contraindre, la constitution prévoit ici comme ailleurs le droit à un contrôle juridictionnel au profit des personnes privées de leur liberté.

Le juge judiciaire, qui décide seul lui aussi dans le cadre de ce contrôle, est-il une garantie suffisante contre le risque d'arbitraire ? Il fait évidemment tiers dans la procédure de soins psychiatriques sous contrainte. Bien que cette qualité soit essentielle et si la connaissance d'une seule partie le disqualifierait au motif de sa nécessaire impartialité (comme pour les médecins rédacteurs des certificats de SSC), cette position de tiers ne suffit pas à le qualifier pour ce contrôle. Il aurait sinon été désigné un collège de personnes compétentes ou une autorité administrative indépendante.

Le juge judiciaire est donc désigné gardien de la liberté individuelle car c'est la constitution, dans son article 64, qui lui garantit son indépendance, et à cela aucune loi ou aucun règlement ne peut déroger. L'article 64 de la Constitution est formel : « les magistrats du siège sont inamovibles et l'autorité judiciaire indépendante ». C'est à ce titre qu'il est légitime à contrôler l'exercice de la contrainte par la puissance publique [20].

Essayer de comprendre les principes qui sous-tendent le contrôle du juge judiciaire sur les soins psychiatriques sans consentement, c'est comprendre que l'article 66 constitue non seulement pour le juge une référence constante mais aussi le cadre de son travail.

A. Expliquer « pourquoi impliquer le juge » éclairer sur « comment impliquer le juge »

Lorsqu'une mission est soumise à un juge, la première question qu'il se pose est de savoir s'il est compétent pour y répondre. Pour le savoir, il recherche dans la loi. Indéniablement, la loi du 5 juillet 2011 puis celle du 27 septembre 2013, donnent compétence au juge des libertés et de la détention pour contrôler systématiquement les hospitalisations sans consentement et permettre leur poursuite.

Mais une loi n'est toujours qu'une partie d'un corpus juridique plus large, dont la cohérence tient à quelques grands principes. S'intéresser aux motifs qui ont d'abord conduit le Conseil Constitutionnel puis le législateur à prévoir le contrôle obligatoire du juge en fait apparaître les grands principes et fixe le cadre de l'intervention du juge. L'office du juge, c'est la délimitation de la réponse pour la mission dont il est saisi : s'il reste en deçà, il n'a pas fait son travail; s'il va au-delà, il sort de la compétence que la loi lui donne.

Ainsi se questionner sur le rôle du juge (le pourquoi) recouvre largement la question de l'office du juge (le comment) et construit en même temps sa légitimité. S'il se trouve hors du cadre légal, il n'a plus de légitimité. En dessous, il ne répond pas à la question posée et ne remplit pas sa fonction.

Cette interrogation permet donc de comprendre que le contrôle des soins psychiatriques sous contrainte par le juge est légitime, c'est-à-dire légal et fondamental. Ce contrôle doit exister et relever du juge. Cette interrogation a aussi permis de délimiter les contours de son contrôle : si ce contrôle relève du juge c'est que le juge n'est justement pas médecin, mais un autre professionnel, avec une approche différente. Respecter le cadre de sa mission est ainsi primordial pour le juge, afin d'éviter toute confusion.

B. Principes en cause

On pourrait poser la question ainsi : le juge, qui n'a aucune formation ou compétence médicale, doit-il avoir un rôle pour exercer un contrôle sur des hospitalisations décidées par des psychiatres ? Qu'est-ce qui est en cause dans l'hospitalisation sans consentement ?

Premièrement, il y a une double atteinte à la liberté : l'une à la liberté individuelle, l'autre à un droit fondamental. La liberté individuelle touche à la liberté d'aller et venir. Cette atteinte peut-être graduée lorsqu'une personne est hospitalisée sans consentement. Si elle est hospitalisée en service fermé, elle ne peut pas quitter l'établissement de son propre gré et ses déplacements sont limités à l'ensemble de l'hôpital voire du service. Si elle est installée en chambre d'isolement, ses déplacements sont alors limités à une chambre. Si enfin son agitation nécessite une contention sur son lit d'hôpital, ce sont ses mouvements même qui sont entravés. La deuxième atteinte porte sur le libre consentement aux soins,

droit fondamental garanti notamment par le Code de la santé publique et avec lui au droit à l'intégrité physique et psychique car une hospitalisation et un traitement sont imposés.

Deuxièmement, l'hospitalisation sans consentement implique des droits qui se font face. En effet, pour justifier de telles atteintes, un droit au moins de même nature ou importance dans la « hiérarchie » législative doit être en cause. L'atteinte aux libertés est confrontée à l'objectif de la protection de la santé, dont le Code de la santé publique fait également un droit fondamental à valeur constitutionnelle.

Devant des troubles psychiatriques qui par nature peuvent empêcher une personne d'avoir conscience de son état de santé, la protection de sa santé doit exceptionnellement être prise en charge par les psychiatres, à défaut pour le patient d'être à même de consentir aux soins dont il a besoin.

Cependant, comme nous l'avons vu, l'article 66 de la constitution [21] proclame que le juge est le gardien des libertés individuelles. En cas d'atteinte à ces libertés, ce juge est donc compétent pour dire si les atteintes portées sont effectivement nécessaires, adaptées et proportionnées à l'objectif poursuivi. Ce sont donc les atteintes à cette liberté individuelle (la liberté d'aller et de venir) et au droit fondamental (le libre consentement aux soins) ainsi que leur confrontation avec l'objectif poursuivi (la protection de la santé) qui justifient le contrôle du juge.

C. Le contrôle opéré par le juge des libertés

Le rôle du juge des libertés et de la détention est donc de confronter les atteintes à l'objectif poursuivi, dans le contrôle de la régularité de la mesure de SSC comme de celui de son bien-fondé.

A propos du contrôle de la régularité de la mesure d'hospitalisation sans consentement, la loi du 27 septembre 2013 et le Code de la santé publique sont clairs [60].

Il n'est pas demandé au JLD d'être juge administratif et d'annuler des décisions administratives illégales pour des questions de formes. La loi demande au JLD de rechercher si une atteinte aux droits de la personne résulte de l'irrégularité de la procédure mise en œuvre dans l'hôpital.

Il ne s'agit donc pas simplement pour le JLD de sanctionner une irrégularité formelle qui conduirait systématiquement à la mainlevée de l'hospitalisation. Le juge doit ainsi regarder si de cette irrégularité est née une atteinte aux droits de la personne et donc confronter l'irrégularité à ses conséquences sur les droits de la personne concernée, ce qui est souvent le cas en pratique.

A propos du contrôle du bien-fondé de la mesure de soins sans consentement, le rôle du juge est de vérifier que les conditions légales pour recourir à une hospitalisation complète sous contrainte sont remplies. Autrement dit, essentiellement de contrôler que l'existence de troubles psychiatriques nécessitant des soins en hospitalisation complète est rapportée et qu'il est également établi que le consentement de cette personne ne peut être recueilli du fait des troubles qui sont les siens. Mais comment le juge peut-il opérer ce contrôle ?

Le JLD n'est pas médecin, il n'a pas à évaluer les troubles psychiatriques ni la capacité de consentir, mais il doit rechercher dans les certificats médicaux et avis motivés si l'existence de ces troubles et cette impossibilité de consentir aux soins sont bien rapportés.

Pour ce contrôle du bien-fondé, il s'agit donc pour le JLD de reprendre dans son ordonnance, à partir des certificats médicaux, les éléments qui constituent les critères légaux d'une hospitalisation complète sans consentement. Ils annoncent ainsi comme dans toute décision de justice tout d'abord les termes de la loi, puis les éléments concernant le patient rapportés dans le certificat et enfin la conclusion: l'hospitalisation est-elle justifiée ou non ?

On comprend ainsi que si les certificats médicaux ne rapportent pas les éléments qui attestent de la nécessité des soins sans consentement, le juge ne peut qu'ordonner la mainlevée. Le contrôle touche ici un point fondamental : la puissance publique peut exercer une contrainte, à condition que cette contrainte soit justifiée, dans les termes prévus par la loi. Il appartient à l'État, à l'origine de la contrainte, que ce soit sur décision du préfet ou du directeur d'hôpital, et qui saisit le JLD, de rapporter que ces conditions sont remplies. Dans le cas contraire, la mesure n'est pas justifiée et l'abus est possible, donc la mainlevée s'impose.

D. Nature et rôle de l'audition de la personne hospitalisée

L'absence de compétences médicales du JLD entraîne aussi son incapacité à évaluer ou recueillir le consentement du patient, et décider en conséquence la mainlevée de la mesure au motif que les soins étant consentis, la contrainte de se justifie plus.

Il faut comprendre que la question n'est pas « le patient consent aux soins, oui ou non ? » Mais : est-ce que « oui » est libre ou ce « non » est libre ou en résumé « est-ce que l'état de santé mentale du patient lui donne la capacité de consentir aux soins ? »

Or l'évaluation de cette capacité à consentir aux soins fait l'objet d'une définition strictement médical et repose sur la seule compétence du médecin. C'est donc lui qui détermine si ce qu'exprime le patient est un consentement libre et éclairé, susceptible d'être maintenu dans le temps, et que l'état de santé mentale n'altère pas ; et si même, le patient est en capacité de s'exprimer sur ce point.

Cette évaluation, qui requiert des compétences psychiatriques, ne relève pas de la compétence du juge. Que le juge constate le consentement à l'audience d'une personne pour son hospitalisation en psychiatrie n'a donc ni sens ni légitimité. C'est la capacité à consentir qui est en cause, pas un oui ou un non.

Le juge n'a donc ni à confirmer ni à infirmer l'évaluation médicale rapportés dans les certificats lors de l'audience, que ce soit sur l'existence de troubles psychiatriques ou sur la possibilité ou non de consentir aux soins.

Mais alors pourquoi le législateur a-t-il prévu dans la loi que la personne hospitalisée, dans le cadre du contrôle opéré par le juge, soit entendue par ce dernier ? Cette audition est obligatoire et il ne peut y être dérogé qu'à titre exceptionnel, si, au vu d'un avis médical motivé, des motifs médicaux font obstacle, dans l'intérêt de cette personne, à son audition.

Le principe qui fonde cette audition, tout comme le contrôle systématique du juge, tient là encore de l'article 66 de la constitution. Le contrôle du juge est conçu au terme de cet article comme « le droit au recours au juge au profit des personnes privées de leur liberté » [21].

L'audition constitue donc une protection supplémentaire pour les droits du patient : la présentation devant le JLD d'une personne retenue pour qu'elle puisse s'exprimer sur les atteintes à sa liberté individuelle (liberté d'aller et venir) et à ses droits fondamentaux (libre consentement aux soins).

Le vécu que rapporte la personne hospitalisée doit évidemment appeler l'attention du juge, c'est le rôle premier de l'audition. Le juge peut ainsi ordonner une expertise en cas de doute dans la confrontation des atteintes rapportées et l'objectif poursuivi.

Une dernière exigence incombe au JLD au regard du principe qui fonde l'audition, à savoir la possibilité pour la personne contrainte aux soins de s'exprimer sur les atteintes à ses libertés individuelles et droits fondamentaux. Le juge doit absolument vérifier, lorsqu'il est dit que le patient ne peut être auditionné, que cette circonstance est motivée.

C'est pour cela que la loi exige dans ce cas et à titre exceptionnel « un avis médical motivé rapportant des motifs médicaux faisant obstacle à l'audition, dans l'intérêt de la personne hospitalisée ». La seule affirmation par un certificat d'une audition impossible est ainsi, au regard de la loi, tout à fait insuffisante.

Nous concluons ce chapitre en citant une étude récente à propos du vécu, par le patient, de cette audition par le JLD. Celle-ci nous semble être une grande avancée dans le domaine des droits des patients, mais en pratique sa portée apparaît limitée. Si l'attitude « bienveillante et à l'écoute » des juges est relevée par les patients, ces derniers perçoivent malgré tout l'autorité judiciaire comme partielle et dépendante de l'autorité médicale [73].

Les modifications récentes de la loi ont permis l'intégration du JLD dans le processus de soins sans consentement, et les programmes de soins permettent désormais une ouverture des soins sur l'ambulatorio. Cependant, la façon d'aborder les soins sans consentement est spécifique à chaque pays, nous proposons donc maintenant de décrire quelques exemples de procédures de SSC à l'étranger.

IV. Quelques regards Européens sur le soin sans consentement

1. Soins sans consentement en Espagne

Avec les années soixante-dix et la chute du Régime franquiste, l'Espagne a connu des changements socio-politiques déterminants pour son entrée dans la Communauté Economique Européenne, et la psychiatrie espagnole n'a pas fait exception.

Les notions d'hospitalisations volontaire et involontaire ont des particularités spécifiques en Espagne. Le tribunal est théoriquement présent à toutes les étapes de l'hospitalisation sans consentement. De même, le traitement ambulatoire involontaire qui existe depuis plusieurs années est source de polémique entre imposition de soins et alliance thérapeutique [48].

À noter quelques éléments de l'organisation des soins en Espagne. Les soins psychiatriques comme les soins somatiques sont gratuits pour les usagers, mais sans libre choix du médecin, dans le public et le privé avec financements publics. Le secteur médico-social est très peu développé. Le secteur extrahospitalier est lui très développé, avec des praticiens différents et souvent sans rapport « hiérarchique » avec ceux du secteur hospitalier. Malgré ces éléments communs à tout le pays, certaines modalités pratiques de développement, d'organisation et de gestion des structures de soins peuvent varier d'un lieu à un autre, car cette organisation est souvent sous la responsabilité des autorités régionales (17 au total) [47].

A. Concept de base

En règle générale, l'hospitalisation involontaire en Espagne dépend d'un processus relativement simple afin de faciliter la prise en charge, avec toujours quelques disparités locales. Les mesures ont un double but ; d'une part le traitement et la réinsertion du patient dans son milieu en apportant une attention particulière à l'objectif de soins, mais aussi de garantir la sécurité et la protection des personnes.

Le processus d'hospitalisation sous contrainte se fonde sur trois piliers :

-La question de la « compétence mentale », qu'on peut rapprocher de « l'impossibilité à consentir » de la loi française,

-La nécessité de traitement en milieu hospitalier,

-Le caractère d'urgence.

L'absence de compétence mentale pour un traitement hospitalier en urgence indique la nécessité d'un contrôle judiciaire afin de garantir le respect des droits civils du patient. Cette autorité judiciaire va contrôler la nécessité de la mesure thérapeutique de restriction des libertés. Cela permet de diminuer le poids de la mesure pour le psychiatre référent, son institution ou pour la famille du patient [36].

Les « acteurs » du processus sont principalement :

-L'autorité sanitaire. Il s'agit du médecin qui a réalisé l'examen clinique du patient et évalué sa compétence, la nécessité de traitement et l'urgence, bases d'un diagnostic et d'un pronostic adapté.

-L'autorité judiciaire. Pendant le traitement sous contrainte, c'est elle qui va exercer le contrôle de l'adéquation de l'hospitalisation avec l'avis du médecin et éventuellement de la tutelle du patient.

B. Options pour l'hospitalisation sans consentement

La législation espagnole offre **deux possibilités de soins sous contrainte, la forme ordinaire et la forme urgente** [36]. De plus, dans le cas où le patient est impliqué dans une affaire pénale, un ordre d'admission en institution spécialisée afin de suivre sa peine en centre d'assistance adaptée peut être prononcé. Dans ce cas, la sortie du patient est conditionnée par l'autorisation du juge pénal.

Le processus ordinaire des soins sous contrainte requiert généralement la participation de la famille qui alerte sur la nécessité d'un avis médical, avec lequel il est possible d'amorcer une procédure judiciaire. Le juge entendra le patient en compagnie du médecin et déterminera la nécessité d'un transfert et d'une hospitalisation involontaire.

Dans le cas où la personne ne se présente pas à la convocation, le juge peut requérir l'intervention des forces de l'ordre ou de services médicaux d'urgence pour accompagner le patient. Ce processus peut s'avérer assez lent mais semble opérationnel pour les cas graves, qui correspondent néanmoins à la majorité des requérants.

Par opposition, **le processus d'hospitalisation sous contrainte en urgence est plus souple**. Cette démarche s'appuie sur la nécessité, pour le patient, de recevoir une assistance en urgence lors d'une hospitalisation, appuyée par l'autorité sanitaire, normalement dans les services d'urgences. Le directeur de l'établissement d'accueil est, dans la limite des vingt-quatre heures, dans l'obligation de communiquer la décision d'hospitalisation involontaire à l'autorité judiciaire correspondante.

Le juge devra rencontrer et entendre le patient et les personnes que celui-ci désignera, en présence du médecin, dans les soixante-douze heures, afin de ratifier ou non la mesure. De plus, le juge doit solliciter l'avis du procureur, représentant du ministère de la Justice. Le transfert du patient vers l'établissement d'accueil reste la problématique majeure de ce processus à cause des disparités d'organisations régionales.

C. Traitement ambulatoire involontaire

Depuis plusieurs années, il existe une polémique sur le fait de pouvoir imposer un traitement ambulatoire involontaire dans le cas civil, c'est-à-dire lorsque le patient n'est pas impliqué dans une affaire pénale [36].

Pour les personnes favorables au traitement ambulatoire involontaire, il constitue une **alternative plus précoce et moins agressive que l'hospitalisation** et cela peut ainsi faciliter le maintien du bien-être, la réhabilitation et la réinsertion du patient.

À l'inverse, les détracteurs du traitement ambulatoire voient en cette possibilité un grand risque de stigmatisation du patient et de judiciarisation de sa prise en charge, pouvant ainsi se transformer en une simple formalité juridico-administrative. De plus, la confrontation au patient peut représenter un **frein à l'insight ainsi qu'à la relation thérapeutique**.

Il en ressort une position alternative qui consiste à favoriser et faciliter la continuité de la prise en charge entre l'hospitalisation et le recours ambulatoire, en améliorant le suivi du patient et l'efficacité du dispositif au domicile.

D. Difficultés rencontrées dans les soins sans consentement en Espagne

[36]

La question de la « compétence mentale » est évidemment l'objet de débat, comme dans d'autres pays dont la France. De plus, il existe une certaine variabilité dans les critères d'évaluation suivis par les établissements.

Des difficultés de transfert existent pour le rapatriement des habitants venus d'autres régions voire d'autres pays. Ces difficultés sont notamment en rapport avec le

remboursement des moyens matériels engagés, ce d'autant plus lorsque les assurances privées sont impliquées.

Il n'existe pas de curatelle professionnelle en Espagne. Cette fonction est exercée par la famille et les professionnels soignants. On peut alors imaginer que l'absence d'un rôle de défense des intérêts du patient, ou le fait que cette défense soit assurée par l'équipe de prise en charge, puissent provoquer un conflit d'intérêts entre le patient et l'institution.

2. Soins sans consentement en Italie

L'histoire récente de la psychiatrie italienne trouve ses racines dans le mouvement des années 1960 illustré par la transformation de l'hôpital psychiatrique de Gorizia initiée par Franco Basaglia. La nouvelle loi issue de ce mouvement, dite « loi 180 », supprime le concept de dangerosité et fixe les modalités d'admission en milieu psychiatrique. Aujourd'hui, le système sanitaire s'articule autour du département et du centre de santé mentale, chargés de l'organisation des soins territoriaux [17].

L'organisation des soins psychiatriques est donc basée sur les **établissements sanitaires locaux**, les *Aziende Sanitarie Locali* (ASL). Ces ASL sont ainsi des réseaux ayant pour but de garantir les soins de première intention et la continuité de l'assistance, via les dispensaires territoriaux, les médecins de famille conventionnés ou les hôpitaux locaux.

Les soins psychiatriques sont organisés par « département ». Il s'agit d'un maillage de structures autonomes, les « unités opérationnelles », qui collaborent pour garantir les objectifs de santé publique : prévention, soins, rétablissement et réinsertion du malade dans la société.

Les soins psychiatriques hors de l'hôpital sont organisés autour des **départements de santé mentale** [56], ayant pour rôle les soins du malade dans son territoire, sa communauté, en harmonie avec les indications de la loi 180. Ces départements s'organisent autour de différents types de structures :

- Les centres de santé mentale, chargés de l'organisation des soins territoriaux, en ambulatoire ou au domicile du patient,
- Les centres de jour pour les thérapies et le rétablissement,

- Les structures de type résidentiel (des communautés thérapeutique et de réhabilitation, des appartements thérapeutiques ou des logements protégés),
- Les services de psychiatrie en annexe de l'hôpital de jour.

A. Concept de base

La première loi de psychiatrie italienne, qui datait de 1904, clairement centrée sur l'enfermement, donnait au directeur de l'asile pleine autorité sur le service sanitaire, sur la surveillance du service économique ainsi que le pouvoir disciplinaire.

La loi 180 datant de 1978, toujours en vigueur, est née avec l'éclosion du mouvement psychiatrique, parallèlement aux mouvements de contestation étudiante de 1968 qui ont influencé la culture italienne dans son ensemble. La transformation de l'hôpital psychiatrique de Gorizia conduite par Basaglia s'est élargie par la suite à d'autres hôpitaux. L'ensemble de ces expériences, menées par des professionnels et de nombreux bénévoles très engagés dans ce projet, ont permis de préparer cette nouvelle loi [17].

Les changements amenés par ces expériences pilotes ne se sont donc pas faits dans la précipitation mais ont été longuement anticipés par un travail d'équipe. Cependant, cette nouvelle loi a été appliquée dans des environnements urbains insuffisamment préparés. De plus, elle prévoyait une mise en œuvre au niveau de chaque région sans les cadres nécessaires.

Il a fallu attendre les Projets Objectifs de 1994 pour que les structures à mettre en action au niveau national se dessinent et que commence une réorganisation systématique des services, avec une obligation de fermeture définitive des asiles avant le 31 décembre 1996. Si depuis 1978, il n'y avait plus de nouveaux admis dans les hôpitaux psychiatriques, il

s'y trouvait toujours une part d'oubliés, qui ne pouvaient vivre seuls du fait de leur handicap, mais les structures alternatives comme les communautés ou les « maisons familiales » n'avaient été ni organisées ni financées en nombre suffisant pour les accueillir.

Ainsi, la création des services psychiatriques dans les hôpitaux a été rendue obligatoire. Ces services sont en lien avec les structures ambulatoires d'un territoire et font partie d'un département de santé mentale.

En ce qui concerne les hospitalisations, volontaires ou involontaires, toutes les demandes doivent être soumises à une consultation préalable en médecine interne de l'hôpital, puis le psychiatre est appelé pour une consultation spécialisée. Notons que la psychiatrie publique s'occupe uniquement de personnes atteintes de maladies mentales et non pas, comme dans les anciens asiles, des personnes ayant des dépendances, des maladies neurologiques ou un handicap mental. D'autres structures sanitaires ont été créées par la suite pour ce type de pathologies [56].

B. Options pour l'hospitalisation sans consentement

La nouvelle loi stipule que l'internement sans consentement, transformé en « traitement sanitaire obligatoire » (TSO), est envisageable en cas d'urgence sanitaire, voire de maladie infectieuse [56]. L'autorité judiciaire est représentée par le maire, et non par le « préteur » (magistrat). Pour mettre en œuvre cette procédure, il faut une demande motivée par un médecin, une confirmation par un médecin de l'ASL et l'arrêté du maire en conséquence.

Le maire a aussi la responsabilité d'avertir le juge des tutelles, lequel émet, dans les quarante-huit heures, un décret motivé qui valide ou non l'hospitalisation.

La durée du traitement sanitaire obligatoire est de sept jours mais elle peut être prolongée selon les mêmes modalités. Il a été prévu que les certificats puissent être rédigés par les médecins de l'hôpital. À l'inverse, le TSO peut être révoqué dès que le patient accepte la thérapie et l'hospitalisation. En effet, les premiers temps de la prise en charge sont souvent axés sur la prise de conscience des troubles et autour de la nécessité d'observance du traitement, ce qui conduit assez souvent le patient à accepter les soins une fois arrivé à l'hôpital.

Le patient a la possibilité de saisir la Justice lors de l'hospitalisation sans consentement. Ceci arrive rarement du fait de la brièveté des hospitalisations. Cette dernière est due d'une part à la philosophie des soins territoriaux et d'autre part au manque de lits en psychiatrie. Par exemple pour l'agglomération Romaine, au vu du nombre d'habitants, cinq cents lits en psychiatrie devraient être disponibles : en réalité il n'y en a que deux cents [56].

C. Cas particuliers des hôpitaux psychiatriques judiciaires

La loi 180 ne les mentionne pas, et ils sont prévus pour des personnes qui, ne pouvant être condamnées pour aucune infraction, « privées d'entendement et de volonté », sont hospitalisées pour une durée illimitée, du fait de leur « dangerosité sociale ». La gestion de ces structures était jusqu'à très récemment confiée uniquement à du personnel pénitentiaire, et aucune ressource n'avait été allouée pour le recrutement de personnels soignants ou pour des projets de soins et de réhabilitation. En 2012, on recensait 1337 places réparties sur 6 « hôpitaux » de ce type.

A noter qu'une loi de février 2012 prévoyait une gestion exclusivement sanitaire de ces lieux. Cette gestion est effective depuis le 31 mars 2015 [28].

3. Soins sans consentement au Danemark

Afin d'illustrer la méthodologie des soins sous contrainte d'autres pays européens, il convenait d'évoquer, après des pays « méditerranéens », un pays scandinave, bien que le Danemark soit le pays le plus méridional de la Scandinavie. Il s'agit d'une monarchie constitutionnelle depuis 1849, d'environ 5,6 millions d'habitants, dont la Reine est formellement le chef de l'État.

Certains acquis sociaux et égalitaires obtenus dans les années 1970, comme la gratuité du système de santé, ne vont plus obligatoirement de soi. Ceci est notamment dû à la crise économique, à l'adhésion à la Communauté Européenne et à l'immigration qui ont ébranlé les idéaux socio-démocratiques de cette société [78].

Le Danemark est divisé en cinq régions, chacune ayant sa propre direction médicale administrative et étant dirigée, sur le plan national, par la commission de santé nationale et le ministère de la santé. Jusqu'au début des années 1990, le système était majoritairement public, mais son fonctionnement et son efficacité ont été sévèrement critiqués, laissant place à une médecine privée en croissance. Le secteur privé est financé en partie par l'État et par les assurances privées généralement payées par les employeurs.

Toutefois, de plus en plus de personnes contractent des assurances privées en raison des longues listes d'attente dans le secteur public. Il n'existe cependant pas d'hôpital psychiatrique privé au Danemark où la psychiatrie privée est exclusivement ambulatoire. **Les patients bénéficiant de soins sans consentement ne sont traités que dans le service public** [42].

Comme dans d'autres pays occidentaux, la psychiatrie intra-hospitalière danoise a été marquée par une suppression de lits d'hospitalisations au profit d'un développement des

prises en charge ambulatoires. Ainsi le service public de psychiatrie danois ne traite généralement que les personnes atteintes de maladies mentales « sévères ».

Au Danemark, la « loi psychiatrique » date de 1938. Elle a été remaniée en 1989 et porte sur les privations de liberté, mais aussi sur toutes les mesures coercitives utilisées en psychiatrie, notamment les traitements médicamenteux sans consentement, le recours à des tranquillisants lors d'agitation, l'isolement en chambre, ou les traitements ambulatoires [42].

A. Options pour l'hospitalisation sans consentement

C'est un **médecin, soit psychiatre soit non psychiatre, qui remplit le certificat d'admission** qui n'est valable que si le médecin n'est pas employé par l'hôpital au sein duquel la personne va être hospitalisée. Les médecins d'un centre ambulatoire rattaché à un hôpital ne peuvent faire admettre leur patient sous contrainte dans ce même établissement.

Il existe **deux modalités d'hospitalisation sans consentement**, l'une impliquant un critère de dangerosité immédiate et l'autre la nécessité de traitement. Dans les deux cas, la police intervient, et le certificat doit être **validé par un juriste du département de police** et un médecin de l'unité qui admet la personne. Les forces de l'ordre ont l'obligation d'accompagner la personne jusqu'à l'unité de soins pour son hospitalisation. Par la suite, l'hospitalisation sera réévaluée à des intervalles de temps précis (3^{ème} –10^{ème} –20^{ème} –30^{ème} jours, puis une fois par mois) [42].

Une hospitalisation volontaire peut se convertir en hospitalisation sans consentement par le psychiatre du service sans intervention de la police. **Une hospitalisation sous contrainte ne donne pas la possibilité d'utiliser le traitement médicamenteux contre la volonté du patient.**

B. Traitement médicamenteux sous contrainte

Même en cas d'hospitalisation sans consentement, la loi danoise mentionne qu'il faut tenter d'obtenir le consentement de la personne, pendant trois jours de suite au minimum, avec le même médicament et avec la même dose de départ. Après cette période, en cas de refus persistant du patient, le médecin responsable de l'unité peut décider d'un traitement psychotrope sans consentement [79].

Lorsque le patient s'oppose à cette décision, le conseil juridique psychiatrique émet un avis qu'il faut attendre avant d'initier le traitement. Il peut ainsi s'écouler deux à trois semaines entre l'admission à l'hôpital et l'initiation d'un traitement. En cas de dangerosité, le traitement peut cependant être initié sans attendre la réunion de la commission juridique [42].

C. Traitement ambulatoire sous contrainte

Ils sont autorisés sous certaines conditions. La personne doit avoir été hospitalisée sous contrainte au moins trois fois au courant des trois dernières années, et un suivi par une équipe ambulatoire se rendant à domicile doit avoir échoué. L'administration du médicament ne peut se faire que **dans le cadre du service public, soit en ambulatoire, soit à l'hôpital**. Dans ce dernier cas, la personne est conduite dans la structure par la police qui vient la chercher à son domicile. Ce type d'intervention concernait quinze personnes en 2012. Cette mesure a une validité d'un an, après quoi la procédure est à recommencer.

Cette mesure est au centre d'un débat éthique entre les praticiens au Danemark. En effet, bien qu'elle ne prive pas la personne de liberté et soit donc jugée peu invasive par certains, d'autres au contraire la trouvent plus invasive puisqu'elle implique une pénétration dans la sphère privée par les forces de l'ordre [78].

D. Quelles protections pour le patient ?

Dès son admission à l'hôpital, le patient est sous la responsabilité médicale du chef de service de l'unité. Les médecins sont donc responsables du respect de la loi et de la description précise des épisodes dans le dossier médical.

Un patient soumis contre sa volonté à un traitement médicamenteux reçoit d'office **un conseil externe à l'hôpital, qui va l'informer de ses droits** et de ses possibilités de recours à la commission juridique, composée d'un juriste, d'un médecin de ville et d'un représentant d'une association de patients.

Cette instance se réunit une fois par semaine à l'hôpital en présence du patient, de son infirmier référent, du médecin responsable de l'unité et d'autres personnes si le patient le souhaite. Chacun reçoit une copie du dossier médical ainsi qu'un rapport médical rédigé par le psychiatre, qui décrit les faits ayant conduit à la mesure sur un plan médical et sur un plan juridique [79].

Si ces faits ne répondent pas à la législation ou si la description faite par le médecin et le personnel infirmier est insuffisante, la commission juridique ne peut pas reconnaître la légitimité de l'acte sous contrainte, et ce même si l'indication médicale ou le danger occasionné par le comportement du patient sont évidents.

V. Considérations éthiques sur le consentement

Lorsque les soins proposés par le médecin sont refusés par le patient, deux volontés se confrontent et s'engage alors une négociation. Il n'est pas rare qu'à ces deux points de vue s'ajoutent une demande de l'entourage familial et une pression sociétale, bien que plus subtile. Cette confrontation, nous l'avons déjà abordé, comporte de nombreux enjeux éthiques. Un refus de soins est-il vraiment synonyme d'absence de consentement ? Et dans le cas contraire, serait-il possible d'étudier le refus de soins, afin de mieux cerner non seulement les limites mais aussi les faiblesses de la notion de consentement ?

En effet, nous rappelons qu'un refus de soins n'est pas un refus de tous les soins, et ne doit pas forcément conduire à une rupture entre le patient et le praticien. Ce refus implique simplement la plupart du temps un accord nouveau et un aménagement des soins. Et quand bien même cet accord peut sembler insatisfaisant car minimal, il convient à un moment donné à un patient donné. Le consentement, qui apparaît alors comme un accord entre le médecin et le malade, est ainsi soumis à certaines limites et certains écueils, que nous développerons maintenant avant d'illustrer la notion du consentement par deux observations cliniques.

1. Les limites du consentement

Le corps médical a toujours été ambivalent sur la notion de consentement. Le Code de santé publique précise dans l'article R 4127-36 que « lorsque le malade, en état d'exprimer sa volonté, refuse les investigations ou le traitement proposé, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ». **Mais comment définit-on cet « état » qui permet d'exprimer sa volonté ?** Pour un patient, qui peut être dans un état de faiblesse liée à la maladie, est-il toujours possible de prendre le recul suffisant et de faire des choix si importants qu'ils peuvent parfois engager sa vie ? En pratique, il apparaît illusoire de vouloir définir un « seuil » universel avec lequel nous pourrions dire que d'un côté la décision du patient est éclairée, et de l'autre non.

Il est absolument indispensable, pour une alliance thérapeutique de qualité et une valeur suffisante du consentement, qu'il soit possible de se heurter à un refus de soins total. **En psychiatrie cependant, la possibilité de mettre en place une contrainte aux soins ne risque-t-elle pas d'altérer la dynamique relationnelle si caractéristique à notre discipline ?** Par ailleurs, cette même dynamique qui est en jeu lors de la « négociation » pour des soins consentis pourrait aussi être altérée par la possibilité de contraindre.

A. Les consentements erronés

Cette possibilité de contraindre aux soins permet malgré tout de délimiter le champ de la recherche du consentement, et il ne s'agit pas ici de remettre en cause la légitimité des soins sans consentement. En effet, dans notre Etat de Droit, la procédure de soins sans consentement est régie légalement et fait l'objet d'un contrôle par une autorité compétente et indépendante.

Néanmoins, cette procédure qui est avant tout médicale et clinique incite à deux réflexions :

D'une part, **il est possible pour un médecin de faire erreur lorsqu'il contraint aux soins**. Pas tant sur la probable nécessité de soins lorsqu'il prend cette décision, mais bel et bien sur la « méthode », alors que des soins libres sont souvent possibles si le refus de soins exprimé par le patient est acté par le médecin. De fait, il est très fréquent que nous soignons des patients même très délirants sans établir de mesures de soins sans consentement. Cette décision de contraindre ou non à des soins prend donc appui sur d'autres éléments tels que le comportement, le contexte environnemental voire socio-politique mais aussi à notre propre vécu et notre propre subjectivité.

D'autre part, l'existence implicite ou explicite de la possibilité de soins sans consentement ne peut-elle pas obliger un patient à accepter une prise en charge ? Cette menace fait courir le risque d'induire un consentement contraint en interdisant le choix de refuser les soins.

Nous remarquons que ces réflexions, qui semblent spécifiques à la psychiatrie, peuvent s'étendre à toutes les disciplines médicales.

Dans la pratique, **le consentement aux soins s'avère être toujours partiel, en constante évolution et soumis à une dynamique interpersonnelle**.

Afin d'en d'explorer les faiblesses, nous décrirons schématiquement quatre types de consentements « erronés » qui, en travestissant un consentement éclairé et libre, peuvent impacter négativement la relation de soins [46] : Le premier, le consentement idéal, s'envisage comme un accord inconditionnel et définitif. Le second, son contraire, est un accord thérapeutique beaucoup trop mince, où rien n'a vraiment été choisi. Le troisième type de consentement « erroné » est le consentement abstrait, qui se situe en dehors de la relation interpersonnelle médecin-malade. Enfin le quatrième est le consentement contraint, que nous avons évoqué.

B. Le consentement partiellement et temporellement limité

Consentir, c'est accepter certaines choses, à savoir s'entendre sur un plan précis de soins. Cela a été dit, les différents facteurs qui composent le consentement le rendent fluctuant, partiel, évolutif. Ainsi un **consentement idéal ou total**, où le patient accepterait tout sans discuter, sans aucune réserve, serait alors absurde.

Cet idéal serait à l'opposé d'un **consentement inconsistant**, tellement partiel que le patient et le médecin ne pourraient trouver aucun terrain d'entente commun. Ces deux pôles circonscrivent d'une certaine manière le champ du consentement [46].

Le refus de soins, qui apparaît lui aussi comme un pôle supplémentaire, incite alors le médecin et le patient à trouver un compromis sur des soins. De même qu'il est limité dans l'espace qu'est le « champ » du consentement, l'accord est limité dans le temps, il n'est jamais définitif [2].

En effet, un consentement accordé à un moment donné peut très bien être retiré le lendemain. Nous soulignons là encore le caractère fluctuant et évolutif du consentement.

Cette limite temporelle se retrouve principalement, mais pas uniquement, dans les situations de crises.

Cependant, lors d'affections chroniques, certaines raisons peuvent aussi entraîner le refus de soins à la suite d'un consentement initial et conduire à de nouvelles négociations. Nous citerons pour exemple l'évolution positive d'une maladie, l'apparition d'effets secondaires liés à un traitement, la réaction des proches voire l'organisation intrinsèque d'un service.

C. Consentement et relation soignant-soigné

Avec l'aspect partiel et temporaire, l'aspect relationnel du consentement semble être une caractéristique fondamentale, voire la plus fondamentale.

Le consentement aux soins repose sur une alliance thérapeutique entre un patient et un médecin et/ou une équipe soignante. En psychiatrie, cette alliance se joue même parfois entre un patient et un secteur. Cette alliance ou contrat thérapeutique repose donc bien sur un caractère dynamique et relationnel, avec les obstacles que cela peut impliquer [2]. **Un consentement abstrait**, qui n'aurait aucune base sur laquelle s'établir, n'a pas lieu d'être.

Vu ainsi, l'aspect relationnel permet de garantir une certaine solidité au consentement. Le patient discute du projet de soins avec ce médecin et cette équipe, et c'est à eux, et à eux uniquement, qu'il accorde sa confiance pour être soigné. La qualité de la relation de confiance minore le risque d'un consentement trop partiel, trop temporaire. Elle permet aussi de supporter le phénomène de violences relationnelles, et ce d'autant plus dans cette relation médecin-malade asymétrique, où peuvent naître les soins mais où ceux-ci peuvent sans cesse être menacés de rupture [3].

Cet aspect relationnel peut également être une source de difficultés pour les soins parfois, lorsque le patient est inconnu. prenons l'exemple d'une situation de crise chez un nouveau patient ou un changement d'équipe soignante. Les soignants vont alors devoir s'appliquer à prendre le temps de créer la relation de confiance qui sera propice au consentement et à l'adhésion aux soins.

Cette dynamique relationnelle est donc bien bilatérale et nécessite une capacité d'adaptation de part et d'autre. Cette dynamique prend donc en compte la singularité et la subjectivité du patient et des soignants. Cela laisse une fois de plus transparaître l'aspect mouvant, non figé du consentement, qui implique aussi une durée minimale de relation, indispensable pour que chacun s'approprie [63].

Nous remarquons cependant que les soins sont de moins en moins centrés sur la traditionnelle relation duelle entre le médecin et son patient. Celle-ci tend désormais à s'ouvrir du fait d'une tendance à l'hyperspécialisation médicale, avec des soins qui deviennent séquentiels et multidisciplinaires. Nous citerons pour exemple les centres ressources, spécialistes dans l'établissement des diagnostics, qui orientent secondairement les patients pour les prises en charge.

Sans remettre en cause cette évolution des soins, se pose néanmoins la question de savoir quel est l'impact d'un tel fractionnement des soins sur la notion de consentement. Faudrait-il imaginer un consentement fragmenté à chaque étape ?

Lorsqu'il est négligé, l'aspect relationnel fait surgir le risque éthique de l'intimidation et du consentement contraint.

D. Le consentement contraint

Le consentement contraint s'apparente à un consentement forcé, lorsque la menace des soins sans consentement est trop présente, qu'elle soit explicite ou implicite.

Ce type de consentement est particulièrement observable dans les contextes de crises rencontrés aux urgences. Il est en effet difficile d'évaluer la capacité à consentir dans ce contexte, surtout lorsque le patient est inconnu de l'équipe qui l'accueille. De plus, cette dernière n'est pas celle qui prendra en charge le patient dans un service puis à sa sortie. Il semble donc délicat de demander le consentement d'un patient dans cette situation qui peut lui apparaître insécurisante [62].

Par ailleurs, l'organisation des soins en psychiatrie peut varier selon le secteur. Ainsi les prises en charge proposées et leurs modalités d'accès sont relativement hétérogènes, ce qui peut influencer sur le consentement ou le refus de soins.

Devant l'ambivalence de certains patients ou devant leur hésitation sur les soins à accepter peut surgir la menace du recours aux soins sans consentement. **Cette menace, qu'elle soit clairement évoquée ou qu'elle demeure implicite, empêche dans la dynamique relationnelle le moment du refus de soins.** Or, nous l'avons déjà évoqué, c'est parfois ce moment précis qui va permettre une négociation puis un accord sur des soins réellement consentis [63].

Parfois, le refus de soins initial ne permet pas d'établir un accord de soins et une nécessité de soins sans consentement s'impose. Cependant, le temps accordé pour évaluer la valeur du consentement est essentiel et c'est cette même temporisation qui peut éviter l'écueil que représente un consentement contraint.

E. Quelle place pour le consentement ?

Les consentements erronés, qu'ils soient forcés, idéalisés ou abstraits représentent donc un risque et un obstacle pour la prise en charge des patients, en psychiatrie comme en médecine « somatique ». Ce risque est porté de manière intrinsèque par la notion de consentement qui est **un accord temporaire, partiel, éventuellement modifiable ou annulable et qui repose sur une dynamique relationnelle.**

Ne serait-il pas envisageable, dans certains cas, de remplacer le consentement par une autre notion ? Nous pensons notamment aux patients souffrant de schizophrénie depuis plusieurs années, lorsque les troubles cognitifs ou le versant déficitaire sont prédominants. Quelle est alors la valeur du consentement ou du refus de soins ?

Actuellement est élaborée une réflexion en ce sens pour la prise en charge de la maladie d'Alzheimer. Au vu des troubles cognitifs qui limitent la capacité à consentir, certains praticiens proposent de substituer la notion de consentement par celle d'assentiment. Ces deux termes qui sont étymologiquement proches se distinguent cependant par la notion de présomption contenue dans l'assentiment [23]. Ces réflexions semblent donc intéressantes, mais nécessitent d'être précisées quant aux situations dans lesquelles l'assentiment pourrait être utilisés, ainsi qu'à une méthodologie qui permettrait d'éviter les dérives.

Au-delà de certains cas minoritaires à l'heure actuelle, nous insistons une fois de plus sur le formidable outil de travail que représente le consentement aux soins. Pour le patient, pouvoir consentir signe **la reconnaissance de son autonomie et tend aussi à le responsabiliser vis-à-vis des soins.** Pour le médecin, il s'agit d'une certaine façon d'une **reconnaissance de son expertise et de la légitimité de son savoir.** Enfin, la confiance qui est le socle du consentement mais qui est aussi renforcée par le consentement, permet si ce n'est la guérison d'espérer une amélioration des troubles et un rétablissement pour le patient.

2. Illustrations cliniques

Avant de conclure, il nous semblait opportun de compléter notre travail par deux cas cliniques issus de notre pratique récente. Ils illustrent selon nous tout l'aspect dynamique et évolutif du consentement, dans ses côtés positifs mais aussi négatifs.

A. Monsieur J

Nous sommes amenés à rencontrer M. J en décembre 2016 lors d'un stage au sein de l'Equipe Mobile Psychiatrie-Précarité. Il est à ce moment-là hospitalisé depuis quelques jours en soins sans consentement pour « péril imminent » dans un contexte de décompensation schizophrénique.

L'unité fermée qui accueille le patient nous demande de venir le rencontrer. En effet, M. J est sans domicile fixe et son état s'améliore. Les soins sans consentement ont été levés et une sortie prochaine est envisagée. Cet entretien a donc pour but de faire connaissance avec le patient et de lui proposer une poursuite des soins à sa sortie d'hospitalisation.

M. J est un homme de 35 ans originaire du Maghreb qu'il a quitté en janvier 2015 dans des circonstances assez floues, mais qui évoquent une fuite pathologique dans un contexte de délire de persécution. Il a passé quelques mois à Paris chez une partie de sa famille avant de fuir de nouveau à Besançon en novembre 2015. Là-bas, il a été hospitalisé sur le CH de Novillars peu de temps après son arrivée dans la ville, pour une décompensation psychotique. Cette hospitalisation s'est initiée sous contrainte pendant un mois puis en soins libres jusqu'en mars 2016.

A sa sortie, il a rapidement stoppé son suivi et son traitement neuroleptique. Il est arrivé à Dijon en novembre 2016 où les soins sans consentement ont été mis en place suite à plusieurs passages aux urgences, dans des contextes d'alcoolisations anxiolytiques et une exacerbation de la symptomatologie schizophrénique.

Lors de l'entretien, M. J est calme, avec une présentation légèrement incurie et une politesse à la limite du maniérisme. Il semble accepter les soins, même s'il persiste des éléments délirants mystiques et de persécution contre sa famille au pays. Nous lui expliquons le but de notre entretien, il est d'accord pour que nous assurions son suivi. Les éléments délirants sont peu critiqués mais M. J se trouve envahi et angoissé par eux, c'est pour cette raison qu'il accepte le traitement.

Il est hospitalisé encore quelques jours afin de recevoir une injection de neuroleptique retard. Les injections suivantes seront réalisées dans le service, et l'équipe mobile assurera la prescription des traitements anxiolytiques et le suivi psychothérapeutique de M. J.

A noter aussi que le patient, arrivé en France avec un visa touristique, est désormais en situation irrégulière.

Lorsque nous revoyons M. J deux semaines plus tard, il est sorti d'hospitalisation et dort en hébergement d'urgence. Il dit se sentir mieux et nous remercie de venir le voir.

Nous revenons sur les circonstances de départ de son pays. Les troubles ont commencé environ dix ans auparavant par un délire mystique dans un contexte d'intoxication au cannabis. Il évoque plusieurs hospitalisations sous contrainte là-bas, où il « prenait beaucoup de médicaments, bien plus qu'ici ». Il est difficile d'obtenir des détails mais nous comprenons qu'il devenait complexe pour sa famille de s'occuper de lui. Il a décidé de fuir après un épisode de « placement en pension » chez un berger pendant sept mois. M. J dit y avoir vécu souvent enchaîné et dit avoir été battu à de nombreuses reprises.

En ce qui concerne le traitement, le patient le connaît par cœur, et le nombre de comprimés déblistérés correspond au nombre théorique qu'il aurait dû prendre. Cela indique selon nous une bonne observance, d'autant qu'il semble plus apaisé qu'à notre précédente rencontre. Les consommations d'alcool sont maîtrisées et il réitère son envie d'être suivi pour « soigner sa schizophrénie ».

Les entretiens suivants se sont déroulés dans des circonstances similaires. M. J s'est montré observant du traitement et du suivi en faisant réaliser systématiquement ses injections et en n'omettant aucune consultation, ce qui s'avère plutôt rare dans une activité d'Equipe Mobile.

Il a pu exprimer des plaintes sur son traitement lors d'apparition d'effets secondaires, et il a alors été possible, à sa demande, d'adapter le traitement per os et les antiparkinsoniens. M. J a aussi pu entreprendre peu à peu des démarches administratives de lui-même.

Ce qui nous semble intéressant dans l'observation clinique de M. J, c'est l'évolution positive de sa capacité d'une part à accepter, mais aussi à consentir aux soins proposés. D'une hospitalisation initialement sans consentement, il a pu nouer avec l'équipe soignante hospitalière et avec nous-même une relation de confiance qui a permis l'émergence puis l'aménagement de la demande de soins.

Du refus de soins initial, ou du moins de son ambivalence par rapport aux soins, à pu naître grâce aux soins sans consentement la dynamique relationnelle et l'alliance thérapeutique. C'est probablement la méfiance pathologique et les expériences antérieures d'hospitalisations malheureuses qui conduisaient M. J à fuir les soins. Dans ce cas, la contrainte mise en place, associée à la temporalité nécessaire et à l'anticipation des situations à risque de ruptures comme la sortie, ont permis de diminuer les risques d'échappement aux soins pour un patient qui les nécessitait.

Bien évidemment, la thérapeutique adaptée et l'accompagnement dans les démarches sociales et administratives dont il a bénéficié ont contribué à l'établissement de la confiance.

Cet accompagnement est inhérent à la pratique d'une Equipe Mobile. Cette pratique associe aussi une position de proximité et le déplacement auprès du patient pour les consultations. Ceci a pu selon nous favoriser, grâce aux consultations fréquentes, le maintien dans les soins et l'observance thérapeutique chez M. J.

Ce repérage des signes d'avancée de la confiance dans la relation, qui viennent modifier la capacité à consentir aux soins peuvent devenir aussi des signes cliniques importants. Ces derniers informent à la fois sur la dynamique relationnelle en cours et sur les leviers possibles pour le maintien de la confiance, dans un souci de maintien de la relation.

C'est aussi en cela que l'histoire de M. J illustre cette notion de consentement en tant que relation soumise à une dynamique interpersonnelle, évolutive mais aussi partielle, lorsque le patient a pu exprimer ses doutes et ses plaintes sur les effets du traitement.

B. Monsieur K

M. K est un patient étranger de 31 ans, anglophone. Nous le rencontrons lors d'une garde au CH la Chartreuse alors qu'il est fortement alcoolisé et demandeur de soins. Sa situation a déjà été évoquée par les partenaires de la veille sociale quelques temps auparavant. Il est arrivé à Dijon en décembre 2016.

Il passe régulièrement aux urgences pour la même problématique, avec des alcoolisations parfois extrêmes le mettant dans des situations dangereuses pour lui-même.

M. K est en effet sans domicile fixe et a été admis quelques fois dans des situations d'hypothermie inquiétante. Ces admissions ont conduit plusieurs fois à des hospitalisations en psychiatrie, en soins libres ou en soins sans consentement.

Lorsque nous le rencontrons, il est en demande d'une prise en charge hospitalière. Il consomme de l'alcool et de nombreux toxiques qu'il trouve dans la rue. Devant cette intoxication aiguë, il est décidé d'un temps d'observation et de surveillance afin de réévaluer sa demande à distance de cette intoxication.

Le lendemain, lors d'un second entretien, il réitéré sa demande de soins. Il est donc hospitalisé pour un sevrage et la prise en charge une humeur dépressive, dont il est difficile de préciser l'apparition par rapport à l'éthylisme chronique.

Un retour dans son pays d'origine est aussi évoqué durant cette hospitalisation. En effet, M K ne maîtrise pas le français et dit avoir eu un suivi dans son pays d'origine. Il évoque aussi des antécédents judiciaires là-bas. De plus, il n'a aucune attache et sa vie en France est faite d'errances depuis plusieurs années qu'il dit avoir du mal à supporter. A noter que le patient refuse un retour, pour des circonstances qui semblent floues.

Cette hospitalisation dure quelques jours avant que Mr K demande une sortie contre avis médical. Il retourne donc en rue, sans suivi hormis les quelques entrevues qu'il a parfois avec des soignants de l'Equipe Mobile, rencontres cordiales mais peu investies par le patient.

M. K continue de passer régulièrement aux urgences, et quelques hospitalisations sans consentement découlent de ces passages. Les motifs de SSC sont principalement les troubles du comportement ou les mises en danger qui résultent à chaque fois d'une intoxication alcoolique. Elles sont néanmoins levées après quelques jours, une fois les intoxications aiguës « dissipées », devant l'absence de troubles psychiatriques qui empêcheraient le patient de consentir aux soins.

Nous remarquons ainsi une première difficulté de ce type de problématiques : l'inadéquation des soins sans consentement avec les troubles addictifs. Le phénomène de déni observé parfois chez les patients éthyliques chroniques ou toxicomanes n'est pas présent chez M K, il n'est donc pas possible d'entamer un travail sur ce symptôme.

De plus la question de l'urgence est importante dans ce genre de situations. M K ne présente pas de maladie psychiatrique à proprement parler. Il ne présente notamment pas de délire ni d'idées suicidaires en dehors des intoxications, bien qu'il soit possible d'associer ces conduites addictives avec des mises en danger répétées à des velléités autodestructrices.

Ainsi, quand bien même il serait reconnu pour ce patient une altération de sa capacité à consentir, il est en pratique bien difficile d'établir la nécessité de soins urgents.

Le maintien des soins à distance des intoxications aiguës, sur lesquels M. K est par ailleurs très ambivalent, semble donc complexe ici. Un programme de soins a un temps été envisagé. Nous l'avons écrit, le patient est sans domicile fixe avec un long parcours d'errances et la probabilité d'un échappement aux soins par une fuite semblait donc élevée. Nous avons ainsi convenu qu'il apparaissait plus judicieux de ne pas contraindre le patient de cette façon, reconnaissant aussi en cela la faiblesse de nos prises en charge.

Cela rejoint une remarque faite précédemment à propos de la possibilité d'erreur d'appréciation pour une mesure de soins sans consentement. Ici, ce n'est pas tant la nécessité des soins psychiques qui pose question, mais bien la manière d'aborder les soins de M. K.

La pratique se retrouve comme bloquée entre des soins libres, délicats du fait de la réticence manifeste du patient, et des soins contraints, peu efficaces dans les troubles addictifs et qui se justifient difficilement aux yeux de la loi du fait de l'absence de nécessité immédiate de soins.

Il est d'ailleurs possible de discuter le point de la nécessité « immédiate » des soins. Il nous semble difficile de définir un seuil ou une limite nette qui permettrait de délimiter « nécessité immédiate » et « nécessité non-immédiate » sans ambiguïtés.

En effet, le pronostic vital ou fonctionnel n'est pas engagé lors des admissions de M. K dans les services d'urgences. Après une surveillance de quelques heures, il est ainsi possible de laisser sortir le patient. Cependant, ce qui pose question ici c'est la répétition des conduites à risques pour le patient, dont nous pouvons raisonnablement présager qu'elle engage son pronostic au moins dans les semaines ou mois à venir.

Cette appréciation du caractère immédiat de la nécessité de soins est donc soumise à une interprétation des praticiens, et qui peut causer une incohérence de la prise en charge. Si M. K est hospitalisé sans consentement, il sera transféré dans un autre service. Une fois sobre, s'il demande une sortie de l'hôpital, le médecin qui l'évaluera peut être amené à se prononcer en faveur d'une sortie, devant un état psychiatrique « stable » à ce moment-là. C'est en ce sens que nous soulignons la possibilité d'une prise en charge incohérente.

Une autre piste possible de travail est le rapatriement sanitaire de M. K dans son pays d'origine à l'occasion de soins sans consentement. La mise en place de ce rapatriement est possible, mais engage des moyens administratifs et financiers importants.

Au niveau administratif, nous soulignons d'abord un paradoxe. En effet, et alors que M. K est en soins sans consentement, le Consulat demande, en plus d'un certificat médical, une lettre écrite du patient donnant son accord pour le rapatriement.

Au niveau clinique, il s'agit d'un certificat médical établissant la nécessité des soins psychiatriques adressé au Consulat. Cela permettra, en cas d'accord administratif, d'accueillir le patient directement en hospitalisation dans son pays. Faute de trouver une alternative plus satisfaisante pour le patient, c'est cette solution qui est actuellement envisagée.

Nous l'avons vu, l'appréciation du consentement s'est avérée particulièrement difficile dans cette situation. Nous notons que la dynamique relationnelle, si importante, ne s'est pas établie entre le patient et les soignants. M. K a en effet été admis de nombreuses fois aux urgences du CHU ou à l'unité d'accueil du CH, mais toujours avec des intervenants différents du fait du « roulement » de personnel.

De plus la problématique addictive, à la périphérie du champ psychiatrique, nécessite un consentement stable et durable pour une prise en charge efficace, ce que n'a pas pu exprimer M. K. Peut-être n'était-il pas « prêt » pour des soins psychiatriques, ou peut-être est-il réellement dans une situation d'altération durable de sa capacité à consentir ?

Quoiqu'il en soit, il semble important d'organiser une prise en charge concordante et coordonnée, dans un souci de cohérence des soins qui peut s'avérer rassurant pour le patient.

Afin aussi que prime l'exigence éthique de le mettre hors de danger, au vu de la dégradation de son état constatée pendant les quelques semaines où le consentement aux soins a été négocié et attendu.

Ceci, bien sûr, avec le dessein que soit toujours respecté le principe premier : d'abord ne pas nuire.

UNIVERSITE DE BOURGOGNE

THESE SOUTENUE PAR M. GILLET JUSTIN

CONCLUSIONS

Le consentement aux soins est un concept multifactoriel, fluctuant dans le temps pour un même patient. Il n'en reste pas moins la clé de voûte d'une bonne alliance thérapeutique. En l'absence de consentement, nous avons vu l'obligation pour le médecin de tout mettre en œuvre afin que les soins indispensables soient acceptés.

Pour les patients souffrant d'un trouble mental et qui refusent les soins ou lorsque la maladie dont ils souffrent empêche l'obtention d'un consentement de qualité, la procédure de soins sans consentement va permettre de les contraindre à des mesures thérapeutiques indispensables. Cette dérogation légale a évolué depuis presque deux cents ans pour aboutir en 2011 à une judiciarisation de la pratique, qui a permis d'une certaine façon de protéger l'autonomie du psychiatre face à des prises de positions politiques ayant fragilisé la position médicale.

L'évaluation des mesures de contrainte par l'autorité judiciaire peut aussi avoir le bénéfice de ne pas amener le praticien à une position d'agent de police et d'amoindrir son rôle de « geôlier » au regard du patient, favorisant ainsi l'alliance thérapeutique. Le psychiatre reste cependant de la même manière que le juge au centre des critiques de ceux qui l'accusent soit de laxisme vis-à-vis de comportements « dangereux » soit d'être un agent liberticide au service d'une société sécuritaire.

Il importe de toute façon de ne jamais réduire le patient à sa maladie, notamment dans le cadre de soins psychiatriques sous contrainte où les situations de tensions clinique

et administrative peuvent renvoyer les considérations éthiques et déontologiques au second plan. La personne soignée sous contrainte est avant tout un sujet en souffrance mais aussi un citoyen dont les droits doivent être respectés.

Le Président du jury,



P. B. Bonin

Un et permis d'inscription
Dijon, le 23 Mai 2017
Le Doyen
Pr F. Huet



BIBLIOGRAPHIE

- [1] American Psychiatric Association, *DSM-5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, 5^e édition. Ed. Masson, Paris, 2015.
- [2] Berthon G, *Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique*. L'Information psychiatrique, n°87, juin-juillet 2011. 459-465.
- [3] Bioy A, Bachelart M, *L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques*. Perspectives psy, n° 49, avril 2010. 317-326.
- [4] Boivin S, *Gaëtan de Clérambault et l'automatisme mental*. Perspectives Psy, n° 49, 2010. 226-229.
- [5] Bourgeois ML, *L'insight (conscience de la maladie mentale), sa nature et sa mesure*. Annales Médico-Psychologiques, volume 160, n°8, octobre 2002. 596-601.
- [6] Bourgeois ML, Bénézech M, Antoniol B, Haustgen T, *Discernement, lucidité, conscience et insight en psychopathologie et en pratique expertale*. Annales Médico-Psychologiques, volume 169, n°7, août 2011. 433-437.
- [7] Brousse G, Sautereau M, Lehugeur L, Benyamina A, Malet L, *Alcool et soins sous contrainte*. EMC Psychiatrie, 2010. 1-12.
- [8] Capdevielle D, Raffard S, Bayard S, Boulenger JP, *Insight et capacité à consentir au soin et à la recherche : étude exploratoire et points de vue éthiques*. Annales Médico-Psychologiques n°7, 2011. 438-440.
- [9] Castoriadis C, *Le monde morcelé*. Ed. du Seuil, Paris, 1990. 352 p.
- [10] Caverni JP, Gori R, Del Volgo MJ et al., *Le consentement, droit nouveau du patient ou imposture ?* Ed In Press, Paris, 2006. 209 p.
- [11] Code civil 2016, 115^e édition. Ed. Dalloz, 2015.
- [12] Code pénal 2017, 114^e édition. Ed. Dalloz, 2016.
- [13] Coffin JP, *Consentement, un petit détour par l'Histoire*. Santé mentale, n°161, octobre 2011. 32-37.

- [14] Coldefy M, *L'hospitalisation sans consentement en psychiatrie en 2010 : première exploitation du RIMP et état des lieux avant la réforme du 5 juillet 2011*. Questions d'économie de la santé, n°193, décembre 2013. 1-8.
- [15] 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 de la santé, n°222, février 2017. 1-8.
- [16] Coldefy M, Tartour T, *De l'hospitalisation aux soins sans consentement en psychiatrie : premiers résultats de la mise en place de la loi du 5 juillet 2011*. Questions d'économie de la santé, n°205, janvier 2015. 1-8.
- [17] Colucci M, Di Vittorio PA, *Le 68 de la psychiatrie italienne: l'effet Basaglia*. Cahiers d'histoire. Revue d'histoire critique, n°107, 2009, 37-44.
- [18] Comité Consultatif National d'Ethique, *Refus de traitement et autonomie de la personne*, avis n°87, 2005. 1-34.
- [19] Conseil National de l'Ordre des Médecins. *Code de déontologie médicale*. Edition d'avril 2017. 44 p.
- [20] *Constitution de la Vè République*, article 64a, 4 octobre 1958.
- [21] *Constitution de la Vè République*, article 66, 4 octobre 1958.
- [22] David AS, *Insight and psychosis*. British journal of psychiatry, n°156, juin 1990. 798-808.
- [23] Debru A, *L'assentiment fait son entrée dans le langage de la bioéthique*, Espace éthique région Île-de-France, 2013. <http://www.espace-ethique.org/ressources/article/l'assentiment-fait-son-entree-dans-le-langage-de-la-bioethique>.
- [24] Deramecourt V, Lebert F, Pasquier F, *Démences frontotemporales*. EMC Neurologie, 2007. 1-14.
- [25] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, *Panorama des établissements de santé*. Coll. études et statistiques, Paris, 2012.
- [26] Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques, *Les patients suivis en psychiatrie en 2014*. 2016. 1-4. <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/fiche20-4.pdf>

- [27] Direction Générale de la Santé, *Protection des échanges documentaires, dans le cadre des mesures de soins sans consentement*. 11 août 2011.
- [28] Dumont AF, *Italie : la fermeture définitive des six hôpitaux psychiatriques judiciaires, fin mars, inquiète*. Le quotidien du médecin, 25 mars 2015.
- [29] Durand G, *Qu'est-ce que l'autonomie du patient ? Soins Gériatrie*, volume 21, n°122, novembre 2016. 14-19.
- [30] Ey H, *Etudes psychiatriques, volume 1 Historique - Méthodologie - Psychopathologie générale*. Ed. Desclée de Brouwer, 1948. p. 57.
- [31] Ey H, Brisset C, Bernard P, *Manuel de psychiatrie 6^e édition*. Ed. Masson, Paris, 2010.
- [32] Fernandez L, Sztulman H, *Approche du concept d'addiction en psychopathologie*. Annales Médico-Psychologiques, n°155, 1997. 255-265.
- [33] Ferreri F, Agbokou C, Nuss P, Peretti CS, *Clinique des états dépressifs*. EMC Psychiatrie 2006. 1-19.
- [34] Franck N, *Clinique de la Schizophrénie*. EMC Psychiatrie 2013. 1-16.
- [35] Gaffiot F, *Dictionnaire latin français Gaffiot*. Ed. Hachette, Paris, 1934.
- [36] Garcia-Ribeira Comdor C, Soriano Campos R, *L'internement et le traitement sans consentement en Espagne*. Soins psychiatrie n°283, décembre 2012. 23-26.
- [37] Gauchet M, *La démocratie contre elle-même*. Ed. Gallimard, 2002. p.286.
- [38] Gillet C, Polard E, Mauduit N, Allain H, *Passage à l'acte et substance psychoactives : alcool, médicaments, drogues*. L'Encéphale, volume 27, 2011. 351-359.
- [39] Giloux N, Primevert M et al., *Les soins psychiatriques sans consentement*. Ed. LEH, 2017. 203 p.
- [40] Guelfi JD, Cailhol L, Robin M, Lamas C, *Etats limites et personnalité borderline*. EMC Psychiatrie, 2011. 1-14.
- [41] Guibet Lafaye C, *Usages du consentement en psychiatrie. La place du consentement en psychiatrie et la construction de sa validité (dans le cas des psychoses graves)*. Éthique et santé n°12, 2005. 46-55.

- [42] Hanon C, Pascal JC *et al.*, *Consentement et contrainte dans les soins en psychiatrie*. Ed. Doin, Paris, 2014. 297 p.
- [43] Haute Autorité de Santé, *Conférence de consensus. La crise suicidaire : reconnaître et prendre en charge*. Octobre 2000. 1-31.
- [44] Haute Autorité de Santé. *Recommandations pour la pratique clinique : Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : prise en charge des troubles du comportement perturbateurs*. Mai 2009. 1-44.
- [45] Haute Autorité de Santé, *Recommandations pour la pratique clinique : Modalités de prise de décision concernant l'indication en urgence d'une hospitalisation sans consentement d'une personne présentant des troubles mentaux*. Avril 2005. 1-102.
- [46] Hum P, Boury D, Danel T, Demailly L *et al.*, *Le refus de soin : forces et faiblesses du consentement*. *Ethique et Santé*, volume 12, n°1, mars 2015. 56-63.
- [47] Inchauspe JA. *Vingt ans après. La psychiatrie communautaire en Espagne*. *L'information psychiatrique*, volume 85, Février 2009. 123-129.
- [48] Inchauspe JA, Molto J, *La psychiatrie en Espagne*. *L'information psychiatrique* n°1, janvier 2000. 67-82.
- [49] Jacquet-Francillon T, Tilhet-Coartet S, *Informations, consentement et refus de soins*. EMC Médecine d'urgence 2007. 1-10.
- [50] Jonas C, Vaiva G, Pignon B, *Sémiologie du consentement*. EMC Psychiatrie 2015. 1-11.
- [51] Lacan J, *Ecrits*. Ed. du Seuil, Paris, 1966. p.800-801.
- [52] Lachaux B, Cassan I, *Le problème de l'information et de l'éthique : l'information et l'éthique entre convenance et convenable*. *Annales Médico-Psychologiques* n°157, 1999. 269–276.
- [53] Lamau M, *Le recours au principe d'autonomie en éthique clinique*. *Revue d'éthique et de théologie morale*, volume 234, n°2, 63-70.
- [54] Le grand Larousse illustré. Ed. Larousse, Paris, 2016.
- [55] Legohérel D, *Etudes sur les soins psychiatriques sans consentement*. Service de documentation, des études et du rapport de la Cour de cassation, Paris, 2014.

- [56] Loeser AK. *Suppression des hôpitaux psychiatriques et grandes disparités régionales en Italie*. Soins Psychiatrie, volume 33, n°283, novembre 2012. 16-19.
- [57] 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*.
- [58] Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 *relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé*.
- [59] 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*.
- [60] Loi n° 2013-869 du 27 septembre 2013 *relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge*.
- [61] Mahé V, *Auteurs d'infractions dont le discernement était altéré ou aboli au sens de l'article 122-1 du Code pénal : étude descriptive sur 180 sujets*. Revue de Médecine légale volume 6, n°2, juin 2015. 70-77.
- [62] Maillard-Déchenans N, *Consentir aux soins ? Un marché de dupes*. Santé mentale, n°161, octobre 2011. 68-73.
- [63] Marques A, *Consentir à la contrainte ou contraindre à consentir*. Pratiques en santé mentale, janvier 2017. 15-17.
- [64] Martin JP, *Consentement aux soins et servitude contrainte*, Vie sociale et traitements, n° 112, avril 2011. 112-116.
- [65] Marzano M, *Je consens, donc je suis...* PUF, Paris, 2006. 261 p.
- [66] Mercuel A, Caroli F, Smagghe PO, Baldacci-Epinette C, *Loi du 27 juin 1990*. EMC Psychiatrie, 1993 (Archivé).
- [67] Mezzarobba MR, *Du vouloir vivre au consentement à la vie*. Ed. l'Harmattan, Paris, 2011. 333 p.
- [68] Porte L, *A la recherche de l'éthique médicale*. Ed. Masson, Paris, 1954. p.157.
- [69] Piganeau K, *Neuf français sur dix ont totalement confiance dans leur généraliste*. Quotidien du médecin, 30 septembre 2003.

- [70] Pinel P, *Traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale*. Ed. Brosson, Paris, 1975. p.202.
- [71] Rigaud AS, Duron E, Seux ML, Hugonot-Diener L, *Troubles cognitifs et principales « démences » ou maladies dégénératives non Alzheimer*. EMC Psychiatrie 2010. 1-11.
- [72] Rossini K, Casanova P, Verdoux H, Senon JL, *Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie*. Annales Médico-Psychologiques, n°172, 2014. 766-771.
- [73] Rossini K, Verdoux H, *Étude du vécu et de la compréhension par les patients hospitalisés sans consentement de l'audience devant le juge des libertés et de la détention*. L'Encéphale, n°41, mai 2015. 332-338.
- [74] Rozaire C et al, *Qu'est-ce que l'addiction ?* Archives de politique criminelle, n°31, janvier 2009. 9-23.
- [75] Sarazin M, Lagarde J, Roué-Jagot C, *Maladie d'Alzheimer*. EMC Psychiatrie, 2016. 1-15.
- [76] Schweitzer MG, Puig-Vergès N, *Soins obligés, injonction de soins et expertises judiciaires. Enjeux idéologiques ou enjeux politiques pour la psychiatrie*. Annales Médico-Psychologiques, volume 172, n°7, septembre 2014. 573-576.
- [77] Sicard D, *Travaux du comité Consultatif National d'Ethique 20^{ème} anniversaire*. PUF, Paris, 2003. 1028 p.
- [78] Urfer Parnas A, *Les soins ambulatoires sous contrainte au Danemark : code civil ou pénal ou code pénal et civil ?* L'information psychiatrique, volume 82, janvier 2006. 71-76.
- [79] Urfer Parnas A, *Liberté de prescription au Danemark*. L'information psychiatrique, volume 81, mars 2005. 254-256.
- [80] Vasse D, *La chair envisagée. La génération symbolique*. Ed. du Seuil, 1988. 232 p.
- [81] Vasse D, *Un parmi d'autres*. Ed. du Seuil, 1978. 224 p.
- [82] Widlöcher D, *Conscience de soi, conscience des troubles et insight*. Annales Médico-Psychologiques, volume 160, n°8, octobre 2002. 575-579.

ANNEXE 1

Modèle de demande de tiers pour ADT

POUR QUE L'ADMISSION SOIT VALABLE, VOUS DEVEZ IMPERATIVEMENT RECOPIER A LA MAIN TOUTES LES MENTIONS EN

GRAS

Je soussigné(e) M., Mme, Mlle (*☞ Nom, Nom de jeune fille, Prénom*)

né(e) le : à :

domicilié : (*☞ n° de rue, Rue, Résidence, Ville, Code postal. Préciser SRS pour les sans domicile*)

exerçant la profession de : (*☞ préciser sans si aucune profession*)

agissant en qualité de :

☞ **préciser le degré de parenté ou la nature des liens existants** (*conjoint, concubin, pacsé, ami, etc...*) ;

☞ **pour le tuteur/curateur, joindre la copie de la décision de nomination par le Juge des Tutelles ;**

☞ **pour les assistantes sociales, personnels sociaux-éducatifs :** *préciser la mention « pouvant justifier de l'existence de relations antérieures avec la personne, à cette demande de soins »*

demande l'admission en soins psychiatriques au Centre Hospitalier La Chartreuse (Dijon) et ce, conformément aux articles L 3212.1 et suivants du Code de la Santé Publique, de

M., Mme, Mlle, (*☞ Nom, Nom de jeune fille, Prénom*)

né(e) le : à :

domicilié : (*☞ n° de rue, Rue, Résidence, Ville, Code postal*)

exerçant la profession de : (*☞ préciser sans si aucune profession*)

Fait à : **le :**

Signature

LA DEMANDE DOIT ETRE ACCOMPAGNEE DE LA PHOTOCOPIE RECTO/VERSO DE LA PIECE D'IDENTITE DU DEMANDEUR ET, LE CAS ECHEANT, D'UN EXTRAIT DU JUGEMENT DE MISE SOUS PROTECTION JUDICIAIRE.

ANNEXE 2

Modèle de certificat médical d'Admission en Soins psychiatrique à la Demande d'un Tiers

	Je soussigné(e) Docteur
	Certifie que M
	Né(e) le : à
	Profession (préciser si connue) :
	Domicilié(e)
	Présente
Le certificat médical doit :	
- décrire l'état mental de la personne	
- décrire les caractéristiques de la maladie	
	J'atteste que ses troubles rendent impossible son consentement à l'admission en soins psychiatriques et que son état impose des soins immédiats assortis d'une surveillance constante en milieu hospitalier en application de l'article L3212-1 du Code de la Santé Publique.
	J'atteste que je ne suis ni parent, ni allié, au 4 ^{ème} degré inclusivement, avec le médecin établissant le second certificat, ni avec le directeur d'établissement accueillant le patient, ni avec l'auteur de la demande d'admission, ni avec la personne à admettre en soins.
	Fait à Dijon, le
	Horodatage :
	Signature :

ANNEXE 3

Modèle de certificat médical de Programme de Soins Psychiatriques

Considérant le certificat ou l'avis médical du Docteur
psychiatriques sous une autre forme que l'hospitalisation complète.

établissant la poursuite des soins

Etabli le :

Par :

Identité du patient

Domicile du patient

Date de l'entretien d'information

1 - Modalités de prise en charge et toute information utile dans le respect des dispositions de l'art R 3211-1

☐ Hospitalisation à temps partiel

Forme.

Lieu.

☐ Soins ambulatoires

Forme.

Lieu

Fréquence

Durée

☐ Soins à domicile

Forme.

Fréquence

Durée

2 - Traitement médicamenteux prescrit dans le cadre des soins psychiatriques

☐ Oui

☐ Non

3 - Informations complémentaires

☐ antécédents d'hospitalisation en U.M.D. dans les 10 dernières années

☐ antécédents d'admission en soins psychiatriques sans consentement sur décision du représentant de l'Etat (ou d'H.O.)

☐ reprise d'une activité dans le cadre d'une réinsertion professionnelle

☐ autre à préciser :

4 - Certificat médical

☐ Oui

☐ Non

SIGNATURE DU PSYCHIATRE,

**SIGNATURE DU PATIENT, précédée de la mention,
manuscrite ou non « je déclare avoir été informé du
programme de soins ou, cas échéant, des
modifications de celui-ci ».**

Titre de la thèse :

**Le consentement et la contrainte en psychiatrie :
aspects historiques, juridiques et éthiques**

Auteur : GILLET Justin

Résumé :

La loi relative aux soins psychiatriques sans consentement, après plus de cent cinquante ans d'existence, a subi trois modifications en moins de vingt-cinq ans pour aboutir à l'actuelle loi du 27 septembre 2013. Bien que ces modifications successives aient été principalement d'ordre sémantique, certaines d'entre elles ont profondément remodelé la pratique psychiatrique, notamment l'apparition du contrôle des hospitalisations sous contrainte par le juge des libertés et de la détention.

La maladie mentale peut ainsi constituer l'une des rares dérogations à l'obligation de consentement aux soins, qui repose sur le principe normalement intangible du respect du corps humain. L'exercice de la psychiatrie en l'absence de consentement aux soins peut donc voir se confronter les libertés et les droits fondamentaux face aux devoirs de protection de la santé et des préoccupations sanitaires ou sécuritaires.

Ce travail permet de s'interroger sur la place du consentement dans les soins psychiatriques et apporte un éclairage juridique et éthique aux différentes règles qui sous-tendent les soins sans consentement. La méthodologie des soins sous contrainte dans certains pays européens est également envisagée.

Mots-clés : Psychiatrie - Soins sans consentement – Contrainte - Législation - Ethique.