

# HABILITER DES COMITÉS D'ÉTHIQUE POUR DÉCIDER D'ADMINISTRER DES SOINS PSYCHIATRIQUES SANS CONSENTEMENT

*AUTHORISING ETHICS COMMITTEES TO DECIDE TO ADMINISTER PSYCHIATRIC CARE WITHOUT CONSENT*

Par Michel DOUCIN\*

## RÉSUMÉ

Les troubles psychiques s'accompagnant souvent du refus des malades de reconnaître leur pathologie et de suivre des traitements qui pourtant s'avèrent de plus en plus efficaces, la question des limites de la liberté de se soigner se pose pour cette catégorie de patients. Ne pas accepter les soins c'est en effet se mettre en risque de subir souvent des crises dans une dynamique d'aggravation irréversible de la maladie, avec des effets suicidaires avérés. Soignants et familles de malades doivent-ils demeurer passifs en respectant une « volonté de la personne » dont on n'est pas certain qu'elle soit « éclairée » ni même réelle, le déni trouvant sa source souvent dans l'inhibition de certaines connexions localisées du cerveau ? L'auteur plaide pour que le principe de liberté de se soigner soit mis en débat et puisse être dépassé dans le cadre de comités d'éthique pluridisciplinaires intégrant des représentants des malades et de leurs familles tant dans les hôpitaux psychiatriques et dans les établissements pénitentiaires, ces derniers accueillant une proportion considérable de personnes vivant avec des troubles psychiques.

## MOTS-CLÉS

Troubles psychiques, Déni, Liberté de se soigner, Consentement aux soins, Soins psychiatriques sans consentement, Obligation de soins, Suicide, Hôpitaux psychiatriques, Psychiatrie pénitentiaire, Comités d'éthique.

## ABSTRACT

*As psychiatric disorders are often accompanied by the patient's refusal to acknowledge their pathology and to follow treatments which nevertheless prove to be more and more efficient, the issue of the limits of the freedom to seek treatment arises for this category of patients. Not accepting care is in fact putting oneself at risk of often having outbreaks with a possible irreversible worsening of the illness, with proven suicidal effects. Should carers and patients' families remain passive and respect the 'person's will' when it is not certain that it is 'informed' or even real, since denial often has its source in the inhibition of certain localised connections in the brain? The author argues for the principle of freedom to seek treatment to be debated and overridden within the framework of multidisciplinary ethics committees which include representatives of the patients and their families both in psychiatric hospitals and in penitentiary establishments. The latter receive a considerable proportion of individuals with psychiatric disorders.*

## KEYWORDS

*Psychiatric disorders, Denial, Freedom to seek treatment, Consent to care, Psychiatric care without consent, Obligation of care, Suicide, Psychiatric hospitals, Prison psychiatry, Ethics committees.*

\* Ancien ambassadeur chargé des droits de l'homme, ancien ambassadeur chargé de la bioéthique. doucinm@yahoo.fr



**L**e principe, posé dans tous les textes internationaux, est clair : toute personne dispose d'un droit de disposer de son corps qui inclut celui de choisir les soins apportés à celui-ci. Une limite est toutefois acceptée, le cas où cette personne met sa vie en danger, qui autorise des tiers à s'interposer et à administrer des soins. Une attitude passive risque de déclencher une action judiciaire pour non-assistance à personne en danger. L'aide au suicide est en outre spécifiquement interdite par la loi en France.

### SE SOIGNER OU NE PAS SE SOIGNER

La question, qui n'est pas si simple, comme l'indiquent les débats sur les gestes médicaux autorisés pour accompagner les personnes souhaitant abrégier leur agonie ou mettre fin à état de souffrance intolérable, devient particulièrement complexe lorsqu'il s'agit de « personnes vivant avec des troubles psychiques ». Les guillemets encadrent une expression à laquelle sont très attachées les associations qui défendent ou représentent ces personnes, expression qui vise à souligner qu'elles ne sont pas des malades ou ne le sont que secondairement par rapport à un état d'être humain jouissant de la plénitude de leurs droits et qualités. Parmi celles-ci la dignité.

S'ajoute à cela le concept fortement affirmé par une majorité de psychiatres selon lequel une thérapie n'est efficace que s'il y a adhésion de la personne qui en bénéficie, ce qui exclut qu'elle lui soit administrée de force. Une minorité de praticiens et de « personnes vivant avec des troubles psychiques » va plus loin, dénonçant la psychiatrie comme une des formes du contrôle social visant à « normaliser » chacun. L'antipsychiatrie affirme, dans sa version radicale, que l'on peut gérer ses symptômes sans médicament et, par exemple dominer ses hallucinations auditives avec la technique des « entendeurs de voix ».

Il existe une multiplicité de formes de maladies psychiques à l'intérieur de quelques grandes catégories régulièrement remises en cause : schizophrénie, bipolarité, troubles compulsifs du comportement et dépression profonde. Pour les malades et leur entourage, selon l'importance de l'expression des symptômes (positifs et négatifs) l'exigence de soins apparaît d'autant plus variable.

L'une des caractéristiques des maladies psychiques est, affirment un bon nombre de psychiatres, le déni : les personnes vivant avec ces troubles connaissent des dysfonctionnements de la partie du cortex frontal dénommée hippocampe, celle où est logée la mémoire immédiate. Elles ne conservent pas le souvenir des crises qu'elles traversent, immédiatement effacées de

la mémoire. Face aux psychiatres et à tous ceux qui les invitent à suivre des soins, elles affirment avec conviction qu'elles ne sont pas malades.

Même si de grands progrès sont apparus depuis quelques années avec une nouvelle génération d'antipsychotiques, les médicaments qui permettent de réduire les symptômes les plus gênants de ces maladies sont porteurs d'effets secondaires négatifs souvent mal tolérés : endormissement, prise de poids, difficultés d'expression verbale, etc. Mais, affirme le courant psychiatrique majoritaire, ne pas en prendre se traduit par une multiplication des crises dont chacune impacte l'espérance de vie, alors que les soins, en progrès continu, ouvrent aujourd'hui des perspectives croissantes de « stabilisation » permettant de mener une existence « presque normale » que certains qualifient même de « rétablissement » au sens qu'elle autorise une vie sociale active.

### LE DILEMME DES PROCHES

Les proches – parents, frères et sœurs, conjoints, enfants – de personnes vivant avec des troubles psychiques se trouvent face à un dilemme considérable du fait à la fois de l'absence de certitude absolue sur la véracité des bases scientifiques des affirmations selon laquelle ne pas soigner serait une non assistance à personne en danger et de l'hostilité des patients aux soins que l'on cherche à leur faire accepter, manifestation à leurs yeux d'un complot visant les empêcher de vivre normalement et à restreindre leur liberté. Et les liens d'amour, d'affection, mais aussi de rancœur ou de jalousie qui forment le contexte de toute famille compliquent évidemment la prise de décision.

Cette difficulté à prendre la « bonne décision » se traduit par de fréquentes ruptures des relations entre la famille proche et la personne vivant avec des troubles psychiques, illustrée par la proportion considérable de personnes sans domicile fixe affectées de troubles psychiatriques : 40 à 50 % selon les sources. Prendre des dispositions pour obliger un fils ou une fille à soigner une maladie psychique que celui-ci ou celle-ci nie, c'est prendre le risque d'une rupture source d'angoisses et de remords. L'un des moments les plus traumatiques est celui où, lorsque la violence d'une crise met la personne, son entourage ou le voisinage en danger, l'entourage du malade doit décider de le faire hospitaliser en urgence. Un témoignage d'une grand-mère donne une idée de l'intensité vécue : « *Notre petit fils Laurent a décompensé. Nous avons passé trois jours difficiles. Dimanche il y avait le médecin, les gendarmes et les pompiers mais le médecin n'a pas jugé qu'il y avait danger (Laurent pourtant, complètement délirant, était enfermé chez lui). Jeudi,*

*quatre pompiers et deux gendarmes mais pas de médecin disponible, donc impossible de fracturer la porte. Hier 5 heures de négociations entre le médecin qui jugeait qu'il fallait intervenir, trois gendarmes, deux ambulancières jeunes pas formées. Le gendarme chef refuse d'intervenir du fait d'un risque pendant le transport. De plus, il n'y avait pas de place à l'hôpital Saint Egrève... Nous avons insisté. Les gendarmes ont demandé du renfort et ont finalement enfoncé la porte. Laurent n'était pas violent mais complètement dans son délire mystique et n'avait pas mangé depuis samedi. Il est à Voiron aux urgences. J'espère qu'il ne s'est pas échappé... ».*

### LE DÉTOURNEMENT DE LA LOI

La loi prévoit, en France, quatre procédures différentes pour l'hospitalisation sans consentement : 1. l'admission en soins psychiatriques à la demande d'un représentant de l'Etat (qui peut provisoirement être le maire), 2. l'admission à la demande d'un tiers, 3. l'admission à la demande d'un tiers en urgence et 4. l'admission pour péril imminent. Dans la dernière forme citée, conçue initialement pour les personnes sans lien familial ou social, c'est le directeur de l'établissement psychiatrique qui se substitue à l'Etat ou au « tiers » sur la foi de deux certificats médicaux. Les « tiers » sont généralement un membre très proche de la famille, le tuteur si la personne est un majeur protégé, exceptionnellement un ami.

On observe statistiquement que la procédure conçue initialement comme marginale, l'admission en soins psychiatriques en péril imminent, représente aujourd'hui un effectif important et qui va croissant : nombre de parents qui amènent aux urgences d'un hôpital général un proche en état de crise refusent de signer le formulaire de la procédure de l'admission « à la demande de tiers ». Ils placent alors les médecins devant le risque qu'un refus d'admission pourrait être suivi de violences dont la responsabilité leur serait imputée. D'où l'inflation des « ASPPI ».

Dans son rapport de février 2017, la mission de l'Assemblée nationale d'évaluation de la loi de 2013 sur les soins psychiatriques sans consentement(1) constate « l'étonnante progression des admissions selon la procédure de soins pour péril imminent (SPI) », avec 19.500 admission en 2015 contre... 8.500 en 2012 » alors que « dans l'esprit du législateur, cette procédure reste dérogatoire et n'a été prévue que pour permettre la prise en charge des personnes socialement isolées ». Or, « environ 20% des patients suivis en soins sans

consentement relèvent de la procédure des soins pour péril imminent, soit une personne sur cinq ». En 2015, dans 17 départements elle représentait même plus de 50% des admissions sans consentement.

Parallèlement augmentent, mais dans une moindre proportion, les admissions à la demande du représentant de l'État, procédure qui se passe aussi de la signature d'un proche du malade. Entre 2012 et 2015, elles ont cru de 8 %, pour atteindre un peu plus de 16 000 personnes(2).

Membre de la Commission départementale des soins psychiatriques, l'auteur du présent article, interrogeant les médecins des services qui accueillent des personnes en soins sans consentement, a constaté que nul n'est dupe de cette démission juridique des proches. Ce détournement de la loi est considéré comme incontournable du fait de l'évolution même de la structure familiale, de plus en plus lâche dans ses relations et multiple dans ses recompositions.

Cette commission, qui visite les établissements psychiatriques du département deux fois par an et reçoit les patients qui désirent présenter une réclamation, entend fréquemment ceux-ci la questionner avec insistance sur l'identité de la personne qui les a fait « interner ». Ce mot, qui renvoie au temps ancien des asiles, est lourd de reproches et significatif d'un véritable traumatisme vécu de part et d'autre.

### LE REFUS DE SE SOIGNER EN MILIEU PÉNITENTIAIRE : ÉVITER LA STIGMATISATION

Le refus de se soigner, que nous avons déjà cité comme caractéristique de la plupart des maladies psychiques, se traduit par un autre paradoxe : nombre de personnes vivant avec des troubles psychiques qui les ont conduites à commettre un crime ou un délit, d'une part demandent souvent à leur avocat de ne pas mentionner leur état malade dans sa plaidoirie, et d'autre part déclarent préférer purger une peine en prison que d'être soignés dans un établissement psychiatrique, même si le séjour dans celui-ci est plus court. La différence entre les deux institutions est que l'emprisonnement ne peut pas être, en France, sauf pour les délits sexuels, assorti d'une obligation de suivre un traitement. La psychiatrie en milieu pénitentiaire, sauf lorsque la personne subit une crise majeure entraînant des troubles de comportement

(1) [https://psychiatrie.crapa.asso.fr/IMG/pdf/2017-02-15\\_apm\\_ssc\\_banalisation\\_des\\_procedures\\_d\\_urgence.pdf](https://psychiatrie.crapa.asso.fr/IMG/pdf/2017-02-15_apm_ssc_banalisation_des_procedures_d_urgence.pdf)

(2) Questions d'économie de la santé n° 222 février 2017 - Les soins sans consentement en psychiatrie : bilan après quatre années de mise en œuvre de la loi du 5 juillet 2011 Magali Coldefy (Irdes), Sarah Fernandes (ORU-Paca, Université Aix-Marseille), avec la collaboration de David Lapalus (ARS Paca) - <http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/222-les-soins-sans-consentement-en-psychiatrie.pdf>



importants, auquel cas elle sera transférée dans une Unité Hospitalière Spécialement Aménagée (UHSA) dans un hôpital psychiatrique pendant quelques temps, n'est pratiquée qu'à la demande des patients.

La surpopulation des maisons d'arrêt, la culture machiste et les phénomènes de caïdat qu'on y observe n'incitent en rien les personnes vivant avec des troubles psychiques à le faire savoir et à réclamer des traitements qui seraient l'aveu d'une pathologie stigmatisante. Être malade en prison est un aveu de faiblesse qui prédispose à devenir victime des codétenus.

Le dilemme que connaissent les parents de ces personnes dans la vie courante – obliger mon proche à se soigner ou respecter sa liberté d'y consentir – se retrouve renforcé lorsqu'elles se trouvent incarcérées. Elles ont toutes raisons de penser que leur proche ne signalera pas sa pathologie lors des examens médicaux qu'il subira à l'entrée en prison et qu'il ne demandera probablement pas de soins. Or, la rupture du traitement suivi précédemment, combinée avec le stress de l'entrée dans un monde de promiscuité, de violences et de bruit, est une quasi-assurance de survenue rapide de crises graves qui pourront se manifester par des attitudes le condamnant à des sanctions repoussant la perspective d'une libération conditionnelle. Et la succession des crises lèse ses chances de stabilisation, de possibilité de retrouver une vie sociale proche de la normale et même son espérance de vie.

Considérant le déséquilibre de la balance des coûts par rapport aux avantages d'une attitude passive, la plupart des parents ayant maintenu des liens avec leur proche détenu par-delà la douleur ressentie tout au long de la procédure pénale, s'efforcent de le convaincre de signaler son besoin de poursuite de son traitement. Certains cherchent à joindre à ce sujet les médecins pénitentiaires pour les informer discrètement. Au sortir d'un parloir où leur fils ou fille est apparu particulièrement déprimé et a tenu des propos évoquant la possibilité d'un suicide, il avertissent aussi un surveillant gradé. Il n'est pas rare, dans ces cas, que le proche refuse de se présenter aux parloirs ultérieurs et cherche à rompre avec des parents qui, à ses yeux, l'ont « trahi ».

### DES COMITÉS D'ÉTHIQUE POUR ALLÉGER LA CHARGE PSYCHOLOGIQUE DES PROCHES ?

Ainsi posés dans leur complexité sous ses traits principaux, le dilemme que connaissent les proches de personnes vivant avec des troubles psychiques, le faire soigner malgré son refus ou le laisser s'enfoncer dans la maladie (si du moins la théorie psychiatrique majoritaire dit vrai), est lourd.

Peut-on envisager des voies pour alléger la charge psychologique qu'il représente ?

Comme on l'a vu, pratiquant sourdement un principe d'autodéfense, un nombre croissant de familles dévient le droit sanitaire partiellement de son objet en évitant d'assumer seules la responsabilité des hospitalisations sans consentement en se défaussant sur les procédures d'admission en péril imminent et à la demande d'un représentant de l'Etat.

Dans le domaine pénitentiaire, si l'on comprend que notre droit garde vivante la mémoire douloureuse des abus médicaux pratiqués dans les colonies pénitentiaires soviétiques ou chinoises, on peut s'interroger sur le maintien rigide du principe de liberté laissée aux détenus de se soigner alors qu'il souffre déjà deux exceptions : en cas de risque suicidaire et lorsque le crime était de nature sexuelle. Ajoutons que le juge peut assortir une liberté conditionnelle d'une obligation de soins pendant une période durant laquelle la personne demeurera « sous main de justice ». Ne joue-t-on pas avec les mots pour préserver un principe aux effets perniciox alors que des troubles psychiatriques ont été repérés chez près du quart des détenus français...

En effet, les personnes incarcérées souffrant de pathologies psychiatriques représentent un détenu sur sept selon l'étude la plus récente<sup>(3)</sup> qui précise que la proportion des personnes souffrant de pathologies psychotiques en prison est de 4 % (3,6 % pour les hommes ; 3,9 % pour les femmes) et celle de l'épisode dépressif caractérisé, de 10 % (10,2 % pour les hommes ; 14,1 % pour les femmes). D'autres évaluations situent cette proportion à un niveau beaucoup plus élevé. Ainsi, cité par le rapport du député Denys Robillard du 18 décembre 2013, le professeur Frédéric Rouillon<sup>(4)</sup> déduisait d'une étude épidémiologique conduite entre juillet 2003 et septembre 2004 la présence de troubles psychiques chez 21,4 % des détenus en France métropolitaine, dont 7,3 % de schizophrénies et 7,3 % de psychoses chroniques.

Les psychiatres intervenant dans les prisons considèrent à juste titre qu'une grande conquête institutionnelle a été leur rattachement et celui de tous les personnels soignants au ministère de la santé, tout lien hiérarchique avec l'administration pénitentiaire étant aboli. De là le respect des règles déontologiques de la médecine dont le respect de la volonté du patient.

Sans remettre en cause le principe de libre consentement aux soins, on peut suggérer, considérant l'importance

(3) Thomas Fovet et Pierre Thomas - Psychiatrie en milieu pénitentiaire - Univ. Lille, CHU Lille, Pôle de Psychiatrie - janvier 2017.

(4) Frédéric Rouillon, Anne Duburcq, Francis Fagnani, Bruno Falissar - Etude épidémiologique sur la santé mentale des personnes détenues en prison réalisée dans 23 établissements pénitentiaires sur un échantillon de 1 000 personnes - 2004.



du problème de la carence de l'offre psychiatrique en prison, de permettre qu'il subisse des exceptions encadrées. Le dispositif des comités d'éthique mettant autour de la table l'ensemble des parties concernées par un choix difficile, qui a fait ses preuves dans d'autres espaces, pourrait faire son entrée dans le monde carcéral. De telles structures, accessibles tant aux détenus qu'à leurs proches, pourraient être habilitées à décider d'administrer des soins sans consentement lorsque cela apparaît nécessaire, sur la base de critères à définir et en

mettant en place les conditions permettant la meilleure efficacité possible.

Cette suggestion vaut du reste pour l'ensemble des institutions psychiatriques, où les comités d'éthique sont aujourd'hui une rareté. Est-ce parce que les divergences doctrinales entre les différentes écoles de psychiatrie et le maintien d'une tradition mandarinale rendent improbable la possibilité de construire des consensus entre les parties qui les constitueraient ? La question mérite d'être soulevée. ■