

PRATIQUE & RECHERCHES

*En Santé
Mentale*

N° 30

ISSN 1157-5135

JOURNÉE
DE CAEN



**REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE
DE BASSE-NORMANDIE**

30 F

résumé

1.....Éditorial

2.....Infos Fédération

Journée de Caen, 20 juin 2001 : droits et parole des usagers

4.....Place, paroles et droits des usagers en santé mentale
Claude DEUTSCH, Vice-Président de l'association Croix-Marine de Basse-Normandie

7.....Le consentement au soin en psychiatrie
Docteur BRIAND

14.....Les droits des malades mentaux garantis par la loi du 27 juin 1990
Maître VAILLANT, Avocate

17.....Ouverture d'un Espace Convivial Citoyen à Caen
M. JAUNET, employé à l'Espace Convivial Citoyen et usager en santé mentale

PRATIQUE ET RECHERCHES

REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 02 33 21 84 00 (poste 8466) - Fax 02 33 21 85 14

Directeur de la publication: Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction: Philippe LAMOTTE
Secrétaire de rédaction: Maryse CORBET
Secrétaire adjointe: Marie-Line LAMARE-HAMELIN
Comité de rédaction: J.- N. LETELLIER
J. ANDERSON, M. PITON,
G. BOITTIAUX, B. NOUHAUD
T. JEGARD

Composition et impression: LOCOMOTIVE
02 33 07 54 09
COURCY
P. LAMOTTE
PICAUVILLE
02 33 21 84 66
Secrétariat:
Dépôt légal: 4^e trimestre 2001

En couverture :
La gabarre des marais, Carentan
Photo : Philippe Lamotte

éditorial

Nous étions peu nombreux le 20 juin dernier à cette journée Croix-Marine sur le thème « droits et parole des usagers » organisée par Claude DEUTSCH et c'est bien dommage qu'un tel thème ait mobilisé si peu de personnes alors même que la présence de monsieur LE TAILLANDIER DE GABORY, directeur de l'A.R.H. venait témoigner de l'importance que les pouvoirs publics accordaient à la reconnaissance du rôle des usagers dans la politique de santé mentale.

Comment expliquer cette réticence des soignants devant l'irruption des usagers sur la scène publique ?

Il faut faire la part de la réticence devant l'inconnu ; réticence aussi devant ce qui peut apparaître comme une contestation, une remise en cause de nos manières de faire qui n'auraient relevé jusqu'à présent que de la seule réflexion des professionnels ; peut-être aussi une certaine irritation devant le terme un peu pompeux de nouvelle démocratie sanitaire qui, par effet d'affichage et à peu de frais, viendrait masquer l'absence d'une véritable politique de santé aux yeux de soignants beaucoup plus préoccupés par la question concrète et cruciale de la démographie médicale et infirmière.

Ce débat mérite mieux que cela. Malgré les irritations du moment, il faut accepter le dialogue avec des associations représentatives non professionnelles et s'appliquer à en discerner les avantages sans en méconnaître les difficultés. Le chemin parcouru avec l'UNAFAM a d'ailleurs ouvert la voie. Le dialogue a ses exigences et il ne saurait être question d'être d'accord en tout et sur tout et l'utilisateur militant associatif n'est plus ce patient que l'on soigne ou que l'on a soigné. Les règles de la relation sont toutes différentes et le soignant comme l'utilisateur d'ailleurs peut et doit défendre des positions qu'il juge nécessaires (ce sera d'ailleurs d'autant plus facile que certaines techniques de soins auront été évaluées et validées). En d'autres termes, à côté du colloque singulier (lui-même cependant infiltré des évolutions du temps, on ne conçoit plus l'information du patient aujourd'hui comme il y a vingt ans) avec ses règles particulières se développe un dialogue entre associations d'utilisateurs et associations ou organisations professionnelles, dialogue que l'on pourrait qualifier de dialogue institutionnel, dialogue qui a d'autres objectifs et d'autres modalités de fonctionnement.

Ce dialogue qui procède de la rencontre de l'élaboration soignante et de l'élaboration « usagère » (le mot élaboration venant ici rendre compte de la nécessaire distance qui doit s'instaurer entre la souffrance ou la situation particulière du patient usager et les positions communes qu'il doit défendre. Madame FINKELSTEIN a insisté sur ce point lors de son intervention) s'est déjà traduite par la publication de la charte de l'utilisateur co-signée par la FNAPSY et la conférence nationale des présidents des C.M.E. des centres hospitaliers spécialisés, document riche et constructif qui, au delà de ses conclusions concrètes, vient témoigner du fait que la rencontre a bien eu lieu.

Docteur J.-F. GOLSE

infos fédération

Interpellée par les conclusions de certaines Cours des Comptes, la Fédération a réfléchi à la place qui, selon elle, doit être celle des associations dans le dispositif de santé mentale, et a élaboré un texte ambitieux qui, présenté lors des journées de Nantes, a reçu le soutien de l'UNAFAM (UNION NATIONALE DES AMIS ET FAMILLES DE MALADES MENTAUX), de la FNAPSY (FÉDÉRATION NATIONALE DES ASSOCIATIONS DES [ex] USAGERS PSY), et de l'ADESM (ASSOCIATION DES DIRECTEURS D'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ MENTALE), ce qui est très encourageant. Ce texte est le suivant :

Comme toutes les spécialités médicales, la psychiatrie nécessite l'utilisation de divers moyens d'action mis à la disposition des équipes soignantes afin qu'elles puissent exécuter leur mission.

À cet égard, les spécificités de la psychiatrie ont amené à développer plusieurs types de démarches destinées à intervenir auprès de patients dont les troubles altèrent, à maints égards, leurs capacités relationnelles et affectives.

C'est dans cet esprit que, depuis plusieurs dizaines d'années, des soignants ont utilisé l'ensemble des relations et des comportements qui peuvent exister autour de la création, du fonctionnement et de la vie ordinaire des structures associatives pour exercer la démarche de soin avec des résultats qui permettent de considérer que l'existence et l'expression d'une vie associative destinée à contribuer aux soins, à la prévention, à la réadaptation et à la réhabilitation des patients constituent désormais un moyen irremplaçable du plateau technique des secteurs et établissements de soin dans le cadre des soins de réadaptation.

Il faut souligner ici que ce constat est absolument étranger à toute considération liée à la notion d'association gestionnaire de moyens. Il ne s'agit pas là de gérer un service public en utilisant une prétendue souplesse associative mais uniquement d'utiliser à des fins thérapeutiques le champ relationnel et affectif offert par la structure associative.

Cette association — dont la raison d'être est l'utilisation par les soignants au bénéfice des patients de l'existence, du fonctionnement et de l'activité associatives — n'a bien entendu pas vocation à se substituer au service public. Elle ne constitue qu'une des ressources de ce service.

De même, elle n'a nullement vocation à se substituer ou à remplacer un réseau de soins. Elle est au contraire un des éléments qui peuvent faciliter le suivi, la continuité des soins et l'articulation avec les acteurs du réseau dans un but de prévention et de réhabilitation.

Ainsi, dans le plateau technique du secteur ou de l'établissement, l'association a pour fonction de tenir lieu de continuité pour la personne et de permettre d'ajuster insertion et processus thérapeutique sans rupture existentielle pour celle-ci.

Contribuant au soin prodigué à la personne, elle permet d'assurer la cohérence et la continuité des interventions visées à l'article L.3221-1 du Code de la Santé publique.

Permettre une utilisation adéquate et rigoureuse de l'outil thérapeutique associatif constitue donc un enjeu important conforme aux objectifs de santé publique affichés depuis plus de quarante ans par les pouvoirs publics.

Afin d'assurer l'harmonie de cette action avec l'environnement administratif et réglementaire, il paraît nécessaire de réunir plusieurs éléments qui soient garants de cette démarche exclusivement thérapeutique, lorsque les soignants décident de doter l'établissement hospitalier ou le secteur d'un outil associatif destiné à assurer les soins, la prévention, la réadaptation et la réhabilitation des patients.

Ainsi, la constitution d'une telle association doit-elle être accompagnée de la préparation d'un document qui expose la démarche de soins en vue de laquelle l'établissement ou le secteur a décidé de se doter de cet « équipement ». Il s'agit là d'une étape importante puisque l'association constituera un des éléments du plateau technique au même titre que d'autres équipements peut-être plus matériels.

Plusieurs impératifs administratifs ou financiers doivent être pris en considération.

D'une part, le bon usage des fonds publics et le respect des règles comptables doivent être rigoureusement garantis. D'autre part, le fonctionnement de la structure associative doit garantir les droits statutaires des agents publics hospitaliers tout en ouvrant la possibilité pour ceux qui le souhaiteraient d'y mener, au-delà de leur service, un éventuel engagement individuel.

Pour aménager un cadre satisfaisant qui prenne en considération l'ensemble des éléments ci-dessus rappelés, il est proposé d'adopter un texte législatif ainsi rédigé :

« Afin de mettre en œuvre une démarche de soins préalablement définie dans le cadre du secteur ou d'un établissement, une association, à visée de soin, de prévention, de réadaptation et de réhabilitation des patients, régie par les dispositions de la loi de 1901 peut être constituée, regroupant notamment des patients, des personnels hospitaliers et des tiers, personnes physiques ou morales. Cette démarche de soins s'inscrit dans le cadre défini à l'article L.3221-1 du Code de la Santé publique.

Le médecin responsable de la démarche de soins doit veiller à la bonne exécution de celle-ci au sein de l'association.

Une convention est signée entre l'établissement et l'association. Elle précise les modalités de mise à disposition par l'établissement d'équipements, de moyens matériels et financiers et les conditions de leur utilisation par l'association.

Elle indique les conditions dans lesquelles le personnel hospitalier est réputé effectuer son service en contribuant au fonctionnement et aux activités de l'association.

L'association rend annuellement compte par écrit à l'établissement de sa gestion et de l'utilisation des moyens mis à sa disposition.

Les agents publics qui exécutent leur service en participant aux activités de l'association, dans les conditions définies par la convention mentionnée ci-dessus, l'exercent ainsi en position d'activité. Lorsqu'ils ont, par ailleurs, adhéré à l'association, l'activité qu'ils mènent en dehors des conditions fixées par la convention est réputée l'être à titre personnel. »

Consécutivement, la Fédération s'est engagée dans une action auprès du Sénat qui doit examiner le 15 janvier 2002 « Le projet de loi relatif au droit des malades et à la qualité du système de soins ».

Cette action prend la forme d'une proposition d'amendement, présentée ci-après :

1-Exposé des motifs

Depuis plus de cinquante ans, le support associatif est utilisé par les soignants en santé mentale avec des résultats très positifs reconnus par les professionnels, les familles et les usagers. Ce dispositif a pu se mettre en place dans le cadre de l'Arrêté et de la Circulaire du 4 février 1958. L'association permet aux personnes souffrant de troubles psychiques d'investir un champ relationnel et affectif. L'organisation associative constitue dans ce cadre un outil de soins permettant de développer des actions dans la visée de prévention, réadaptation et réhabilitation qui s'inscrivent dans la continuité des interventions de l'Article L.3321-1 du Code de la Santé Publique.

L'organisation associative représente un équipement essentiel qui enrichit l'établissement de Santé Mentale. Le maintien et la pérennité de la structure associative est un véritable enjeu de Santé Publique dans le champ de la Santé Mentale. C'est pourquoi, il vous est proposé le présent amendement.

infos fédération

2-Proposition d'amendement

Dans le cadre du secteur ou de l'établissement Public de Santé Mentale, une association pourra être constituée pour exercer des activités à visée de soins de prévention, réadaptation et réhabilitation des patients. Cette démarche de soins entre dans le cadre de l'Article L.2121-1 du Code la Santé Publique. L'association pourra regrouper notamment des patients, des familles et du personnel hospitalier. Il constitue un élément du plateau technique du secteur ou de l'établissement Public de Santé Mentale.

La structure associative participe à la démarche de soins qui se trouve placée sous l'autorité du Médecin-Responsable. Une convention établie entre l'établissement et l'association précise les modalités de mise à disposition des moyens et matériels ainsi que les conditions dans lesquelles le personnel est réputé y exercer son service sous l'autorité du Médecin-Responsable indépendamment de leur éventuelle participation à la vie de l'association à titre personnel.

Journée de Caen

20 juin 2001

droits et parole des usagers

La tribune des orateurs, présidée par M. Le Taillandier de Gabory, directeur de l'A.R.H. ; avec à sa droite Mme Finkelstein, présidente de la FNAPSY.



Place, paroles et droits des usagers en santé mentale

Par Claude DEUTSCH

Vice-Président de l'association Croix-Marine de Basse-Normandie



Il n'y a pas de parole sans adresse, de locuteur sans récepteur. C'est parce que le cri du nourrisson est reçu par la mère, interprété par elle, en fonction de son vécu à elle, que ce cri prend du sens.

C'est pourquoi la question de la parole de l'insensé est tellement importante. C'est justement un cri, jeté là, et qui n'a pas trouvé de sens. Mais la ressemblance avec le nourrisson s'arrête là. L'insensé, hier enfermé à l'hôpital, aujourd'hui, le plus souvent, inscrit dans un dispositif — neuroleptiques retard, suivi de secteur, tutelle — emploie des mots, prend le bus, consomme des biens comme tout un chacun. Pourtant, chacun fait la différence. Parfois avec violence : « *il est dingue ce mec* », parfois avec commisération ou indulgence compatissante : « *il est handicapé, vous comprenez...* ».

Pourtant l'insensé n'est pas le seul à être traité de fou. Dans un couple en divorce, où la passion domine, chacun est tenu pour fou par l'autre. Pourtant, si je me trouve en Chine, dont je ne parle ni ne lis la langue, je vais être terriblement handicapé.

Mais l'écart est de taille entre des situations transitoires et des situations pérennes. Dans les deux cas cités, la stigmatisation cesse lorsque la passion retombe et que chacun retrouve assez de sens commun pour « reparler » à l'autre ou lorsque la barrière de la langue disparaît par l'acquisition du chinois ou le retour au pays natal.

Tout le contraire se produit pour l'insensé qui ne cesse d'être insensé même lorsque sa parole n'est plus insensée.

À cela deux raisons. Même lorsque tout

signe de déraison a disparu, la peur du fou rejaillira dans l'esprit de l'interlocuteur si l'« ex » fou évoque son expérience passée. C'est que chacun peut, potentiellement, vivre une telle expérience, un tel degré de souffrance qu'il perde le sentiment d'exister. Et cela fait peur. L'« ex » fou n'a alors d'autre solution que de taire son passé, renoncer à son histoire, pour échapper à la disqualification.

[...] Les recommandations européennes, les projets de loi et les lois contre le harcèlement et la discrimination en France ouvrent notamment à la possibilité d'un changement radical de la fonction de la justification et de la situation de la personne exclue. Récemment, le Conseil Économique et Social, dans et à travers le rapport ASSANTE « *Situation du handicap et cadre de vie* », préconise de lever les barrières environnementales, réglementaires et culturelles qui freinent l'intégration des personnes handicapées dans la société. Selon ce rapport, un cadre législatif trop spécifique entrave l'intégration des personnes handicapées : « *La politique engagée va privilégier une spécialisation exagérée des solutions et des réponses aux besoins.* » Une certaine approche du handicap a conduit de manière exagérée à la constitution de filières. « *Le droit commun, dit le rapport, devrait permettre d'apporter toutes les réponses nécessaires pour satisfaire les besoins, réponses communes et particulières tout à la fois.* »

Le débat qui traverse actuellement les travaux pour une nouvelle classification internationale des handicaps est extrêmement intéressant puisqu'il porte sur

un effort pour sortir de la logique de la définition du manque, du déficit, de la déficience de la personne pour se centrer sur une logique d'analyse des capacités en terme d'activité qui met en perspective les besoins et les moyens.

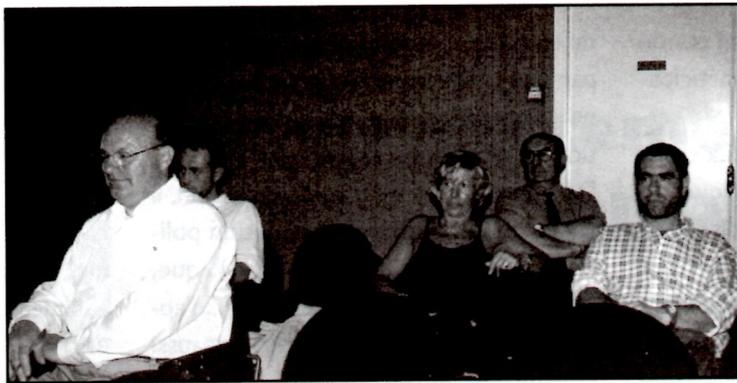
Il faut se réjouir de ce mouvement de pensée qui substitue une démarche dialectique entre individu et corps social à une démarche stigmatisante. On peut, à juste titre, opposer ici l'intégration qui suppose une modification du corps social à l'insertion qui serait uniquement une adaptation de l'individu au corps social. En même temps, il convient de se demander dans quelle mesure il ne s'agit pas d'un *aggiornamento* de plus, d'une adaptation de vocabulaire dont les sociétés occidentales sont gourmandes. Remplacer « le nègre » par « l'homme de couleur » n'a pas modifié le problème du racisme. De la même façon, la recommandation, maintes fois répétée par le Ministère de la Solidarité, de mettre l'Usager au centre des préoccupations peut être entendue comme une belle entourloupe si elle ne s'accompagne d'aucune modification des pratiques dans le champ social, médico-social et sanitaire.

Les enjeux majeurs de cette évolution sont cristallisés autour de trois concepts dans les débats :

- l'interface santé mentale/psychiatrie,
- la réhabilitation,
- la notion d'Usager.

On voit aujourd'hui, par pans entiers, disparaître les équipes de psychiatrie au profit des équipes de santé mentale, pourtant les deux concepts ne se recou-

vrent pas. D'un côté il y a le soin, qui est affaire médicale, d'un autre côté il y a la santé, qui est l'affaire de tous. Il faut se réjouir que les équipes de psychiatrie, en revendiquant la santé mentale, puissent s'intéresser, par là même, à des questions qui les concernent sans être du



soin : la prise en compte de la vie sociale des gens, la prévention. Par ailleurs, il y a à s'inquiéter à deux titres : si des gens, particuliers (soignants) sont mandatés pour des gens particuliers (malades), vont-ils prendre en compte des gens non malades mais pour qui est en jeu la question de la santé mentale. Inversement, n'y a-t-il pas danger à médicaliser tous les problèmes ?

Cette question, sans doute, est à resituer dans une dialectique et s'il faut partir de l'existant, il convient de situer les appareils, celui de la psychiatrie publique, comme celui du secteur social et médico-social dans une capacité d'évolution. Pour se situer dans l'actualité, il faut militer pour ce changement, il faut créer des passerelles, il faut passer des filières au réseau, il faut échanger des compétences. Le patient n'est plus dans les services. Il circule librement.

Pourtant, il y a des empêchements. Le poids des revendications catégorielles pèse aujourd'hui assez peu ; le poids des traditions professionnelles et des besoins d'identité pèsent déjà sûrement plus. Chacun a besoin de se faire une idée de son métier, de son idéal professionnel - et à partir de là, de sa pratique - eu égard à une attente sociale définie de son mandat social. Représentant de ces attentes, l'administration a besoin de rationalité. Elle va réglementer les fonctions en rapport avec les objectifs. Sa démarche, logique avec sa raison d'être, se trouve en contradiction avec ses objectifs politiques.

Aujourd'hui, on ne peut pas ne pas faire l'analyse du risque pour le secteur psy-

chiatricque d'être l'héritier fidèle de l'hôpital psychiatrique dans sa fonction de maîtrise de l'insensé. « *Le secteur, c'est la plus belle vacherie que l'on m'ait faite* », dit Lucien BONAFE, qui avait d'autres idées sur la question au lendemain de la Libération. Il faut se réjouir qu'aujourd'hui l'hôpital ne serve d'asile que dans les moments de crise où la personne a besoin qu'on lui fournisse une sécurité de l'extérieur. Il faut dénoncer la logique du dispositif C.M.P.-neuroleptique retard-tutelle, comme appareil de gestion de vie d'une catégorie de personnes reconnues handicapées par maladie mentale ou, simplement, malades mentales.

[...] La logique du dispositif de soin prône deux types de prise en compte de l'Usager « centre du dispositif ». Ces deux types sont différents. Ils obéissent tous les deux à la logique consumériste, l'un dans le champ médical, l'autre dans le champ politique. La première vise à la constitution de groupes d'usagers sur les modèles des groupes de malades organiques (notamment les malades dialysés), censés, en apprenant à connaître leur maladie, pouvoir avoir la maîtrise de leur traitement. On est ici dans une acceptation de la psychiatrie totalement médicalisée. Il s'agit d'une démarche de formation du patient. Le malade apprend à entendre son symptôme et même à le comprendre dans le cadre de sa maladie. Cette démarche vise à une certaine responsabilisation de la personne par rapport à son traitement, et la capacité de prendre soi-même son traitement pharmacologique occupe une grande place dans cet apprentissage. Il n'est ni fortuit ni innocent de voir que ces démarches

sont puissamment soutenues par les laboratoires pharmaceutiques.

C'est traiter la maladie mentale comme une maladie comme les autres. Si le vécu du malade est écouté et pris en compte, il est toujours interprété dans le cadre de la maladie. C'est faire l'im-

passé – logique dans cette perspective – du sens du ressenti, du sens de la souffrance, de la fonction de cette souffrance dans l'histoire du sujet. Si le malade peut être pris en position d'acteur (à condition qu'il y joue un rôle pré-pensé en dehors de lui, dans un cadre scientifique), en aucun cas, il n'est sujet. La réhabilitation est ici une mise en situation sociale dont le mérite serait de permettre à la personne de vivre une vie normale sous réserve d'observer minutieusement son traitement. Mais comment peut-il alors réinvestir le sens des choses pour lui ?

La logique consumériste dans le champ politique vise à la prise en compte de la représentation des patients dans les instances décisionnelles (Conseils d'Administration, Conseil d'Établissement, Commission de conciliation, etc.). Le pouvoir politique a manifesté clairement sa volonté à ce niveau depuis quelques années, et la possibilité pour les organisations d'Usagers d'intervenir dans le fonctionnement des institutions qui les concernent est une revendication légitime. C'est un type d'advocacy (voir l'article de Colin Gell dans le chapitre sur le code de déontologie de UKAN). Cependant cette démarche, voulue « d'en haut » et « d'en bas », va se trouver sur le terrain court-circuitée à deux niveaux et potentiellement entraîner des situations de « trompe-l'œil ». Le premier niveau tient à la fragilité de la capacité participative dans la gestion française du pouvoir. Traditionnellement, en France, les acteurs du pouvoir craignent dans la gestion participative une remise en question de leur pouvoir, voire de leur personne. On va donc assister à la sollicita-

tion prudente d'un avis consultatif et non à une proposition franche de participation à une prise de décision dans le respect des pouvoirs de chacun. La différence est de taille dans les pratiques et les résultats. Il ne s'agit pas de distinguer sémantique.

La place des représentants des Usagers dans les instances va être limitée, contrôlée, marginalisée. La même frilosité va s'exprimer dans l'interpellation des interlocuteurs. La tentation est grande de considérer qu'en matière de santé tout le monde est concerné et que l'Usager de la santé se confond avec le Citoyen. Il est donc possible de considérer comme représentant des Usagers :

- 1. l'élu,
- 2. les associations de consommateurs,
- 3. les associations familiales.

La première interprétation a prévalu jusqu'à ce que la logique de la décentralisation mette les élus locaux dans une contradiction entre leur responsabilité de représentants de la population et leur responsabilité de décideurs politiques. C'est donc les deux autres catégories qui prévalent aujourd'hui, les associations de consommateurs faisant valoir leur capacité d'experts et de contre pouvoir, les associations familiales, leur force représentative et leur implication.

[...] En France, les associations d'usagers sont regroupées au sein de la Fédération Nationale des Associations des (ex) Patients Psy (FNAP Psy). Au niveau européen, c'est le Réseau Européen des Usagers et Survivants de la Psychiatrie qui regroupe les associations.

[...] L'Association Advocacy - France se situe dans le modèle « Citoyen solidaire ». Dans la perspective historique qui est la nôtre, celle de la fin du mythe de l'État-Providence et de la fin de l'asile, il faut bien voir que les murs de l'asile sont devenus obsolètes, ils ont été remplacés par un autre type de contention et de maîtrise de la personne, celui-ci à distance, mais tout aussi efficace, neuroleptique + tutelle + allocations + équipes

de suite. Si ce dispositif n'est pas animé par une réelle volonté de respect de la personne, il reste un outil de ségrégation et de discrimination.

De même qu'il y a un au-delà du soin, il y a un au-delà de la représentation politique. Ce qui est important, c'est que, s'il y a continuité entre sentiment d'appartenance, identité et dignité, il y a aussi continuité entre dignité, intégrité retrouvée et capacité d'acte pouvoir.

Ce qui est essentiel, ce qui manque justement à la relation de soin, qui est justement une relation duelle, c'est le tiers. Ce qui manque à la fonction politique, qui est une fonction de représentation, c'est le sujet. L'Advocacy : soutenir sa parole est une proposition qui suppose un sujet, un objet, un tiers. Toujours et quelque soit le sujet, l'objet est le tiers. Qui que ce soit peut être en position de sujet, d'objet et de tiers ; ces positions pouvant, à des moments donnés, être occupées par l'un ou l'autre des acteurs, dans une situation de recours à un moment donné.

Par exemple une personne (A) est l'objet d'un préjudice. Elle devient sujet dans l'énonciation de sa plainte auprès de l'avocate. Ils sont ensemble face à un tiers acteur du préjudice (B). Le préjudice est le sujet porté au recours. (Vous venez à quel sujet?). Ne pouvant dialoguer avec la personne (A), l'auteur du préjudice se tourne vers l'avocate. La personne (A) est en position de tiers. Ce dialogue même aurait permis la reprise de l'échange entre (A) et (B). L'avocate aura joué un rôle de tiers.

Une question se pose alors : est-ce que cette mission de l'advocacy pourrait être faite par un service institué par les collectivités publiques ? Certains pays européens disposent au sein des hôpitaux d'ombudsmen, indépendants du pouvoir médical et de l'administration de l'hôpital, voie de recours possible dans des situations de privation de liberté notamment. En France, les Commissions de Conciliation, les Commissions Départementales de l'Hospitalisation Psychiatrique entendent jouer ce rôle.

Notre propos, sans remettre en cause l'intérêt de ces commissions, est autre. La proposition d'advocacy suppose la création d'un espace social : l'espace associatif. Ce qui définit aussi une telle association, c'est d'être ce lieu de rencontre entre Usagers et non Usagers dans un échange indispensable de compétences entre eux. C'est de l'échange, de la confrontation et de la fraternité que naît l'identité de l'Association ; non pas son identité formelle, mais son identité charnelle, incarnée.

Le centre d'un projet associatif est une action. Il n'y a pas d'advocacy sans action. Quelle que soit la forme de cette action : présence, recours, témoignage, intervention. Cette action a un but : lutter contre la discrimination. Cette discrimination prend des formes concrètes qui portent préjudice à la personne, qui la mette en situation d'humiliation et de ségrégation. C'est la réalité de ce préjudice qui donne corps à une telle Association. En même temps, le sentiment de préjudice est parfois tellement fort et envahissant que la plainte n'a plus d'adresse possible. La fonction de l'Association est alors d'abord d'être cette adresse possible. C'est à partir de là que la personne se sent reconnue. C'est aussi dans une fonction de témoin, de témoin engagé, qu'une telle Association trouve sa raison d'être.

Sans doute, le soin est légitime lorsqu'il prend appui sur la demande de la personne qui souffre. Dans le même temps, le soin introduit un paradoxe. Il crée un état de dépendance. La personne définie comme soignant est investie du pouvoir donné par le (supposé) savoir. La personne définie comme soignée est stigmatisée comme invalide, ayant besoin d'être aidée. Elle va, à partir de là, s'inscrire dans un parcours visant à la recouvrance de son autonomie en s'appuyant sur les autres. Or, la dignité a cela de particulier qu'on ne la reçoit pas. On la vit. Notre démarche fût donc de sortir de la logique du soin et de l'assistance au bénéfice de la logique de la citoyenneté.

de B. HOERNI et R. SAVRY « Le Consentement » (Édit. MASSON), respectivement Président et Vice-Président de la section ÉTHIQUE ET DÉONTOLOGIE du Conseil National de l'Ordre des Médecins.

1. Un bref rappel du cadre réglementaire et juridique s'impose

a) L'information est un droit consacré pour tous les patients, notamment depuis la réforme hospitalière du 31 juillet 1991, c'est même une obligation légale codifiée à l'article L710.2 alinéa 2 du Code de Santé Publique, qui précise: « *dans le respect des règles déontologiques qui leur sont applicables, les praticiens des établissements assurent l'information des personnes soignées. Les personnels paramédicaux participent à cette information dans leur domaine de compétence et dans le respect de leurs propres règles professionnelles* ».

Ces principes ont été repris par la charge du patient hospitalisé → (publiée au Bulletin Officiel du Ministère de la Santé du 6 mai 1995 n° 95/21, texte n° 1347, p 11 à 231), → que les établissements de soins ont obligation légale de remettre à chaque patient (article L710.11 du C.S.P.)

Ainsi est-il rappelé que:

→ « *Les établissements doivent veiller à ce que l'information médicale et sociale des patients soit assurée et que les moyens mis en œuvre soient adaptés aux éventuelles difficultés de communication ou de compréhension des patients, afin de garantir à tous l'égalité d'accès à l'information.* » (article 3, alinéa 1). »

→ « *Le médecin doit donner une information simple, accessible, intelligible et loyale à tous les patients. Il répond avec tact et de façon adaptée aux questions des patients.* » (article 3, alinéa 3). »

De même, il résulte de l'article 35 alinéa 1 du Code de déontologie médicale → (Décret n° 95.1 000 du 6 septembre 1995, J.O. du 8 septembre 1995) → que « *le médecin doit à la personne qu'il consulte, qu'il soigne ou qu'il conseille, une information loyale, claire et appropriée sur son état, les investigations et les soins qu'il propose* ».

Cette obligation d'information concerne aussi les proches du malade, l'article 7 alinéa 3 paragraphe 3 de la charte prévoit en effet que « *la famille et les proches doivent pouvoir disposer d'un temps suffisant pour avoir un dialogue avec les médecins responsables* ».

Par ailleurs, l'article 36 alinéa 2 du code de déontologie médicale précise: « *si le malade est hors d'état d'expression de sa volonté, le médecin ne peut intervenir sans que ses proches soient prévenus ou informés, sauf urgence et impossibilité* ».

Même s'il existe des cas où le médecin peut taire une information (notamment dans le cas où le patient le demande), la règle de l'information du patient (et de sa famille) devient absolue et conditionne le consentement aux soins.

Sur le plan contentieux, la jurisprudence relative à cette notion a opéré récemment un revirement spectaculaire au bénéfice du patient. Ainsi, les juges, mais aussi le Conseil d'État considèrent désormais que le patient doit être informé de tous les risques, y compris de décès ou d'invalidité, afin de recueillir son consentement éclairé. La seule circonstance que ces risques ne se réalisent qu'exceptionnellement ne dispense pas les médecins de leur obligation. La charge de la PREUVE revient maintenant à l'établissement qui doit prouver que le patient a bien été informé des risques des soins proposés.

L'ensemble des professionnels de santé est concerné par ce droit à l'information. Les règles professionnelles des infirmiers (ères) et le statut de la fonction publique hospitalière imposent un devoir d'information général des patients.

→ Le livret d'accueil est ainsi un moyen d'améliorer l'information du patient:

- par son contenu,
- par l'explicitation qui doit en être faite par tous les acteurs de santé au patient concerné.

Le manquement à l'obligation d'information et de conseil peut constituer:

- une faute disciplinaire,
- le fondement d'une procédure en dommages et intérêts.

b) L'information dans les établissements psychiatriques.

- Dépend surtout de la loi du 27 juin 1990 ayant remplacé la loi du 30 juin 1838. Elle rappelle que l'hospitalisation libre en milieu psychiatrique devrait être la règle, l'hospitalisation sous contrainte l'exception, et qu'en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée.
- La loi française suit en cette disposition la recommandation adoptée par le comité des ministres du Conseil de l'Europe du 22 février 1983 relative à la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées sous contrainte. La recommandation prévoit que « *tout patient faisant l'objet d'un placement a le droit d'être traité dans les mêmes conditions déontologiques et scientifiques que tout autre malade et dans des conditions matérielles comparables* ».

La loi française, rappelons-le, prévoit que la personne « *doit être informée dès l'admission et, par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits* ».

2. La relation avec le patient

La spécificité de la psychiatrie c'est d'aider à résoudre les difficultés relationnelles voire une relation franchement pathologique d'un(e) patient(e) avec son entourage, son environnement. Or, la relation est elle-même un des outils utilisés par les soignants pour venir en aide aux patients. C'est ce qui fonde la clinique psychiatrique et se prolonge dans son cadre thérapeutique.

P.O. MATTEI nous dit « *la vérité dont on parle n'a plus de sens si elle est énoncée dans la fausseté d'une relation* »... et « *le préalable à l'information est l'installation d'une relation dynamique et durable dans un cadre permettant d'accueillir et d'associer ceux qui seront engagés dans les alliances nécessaires aux soins* ».

Il existe en psychiatrie, en psychologie médicale, en psychanalyse, plusieurs sys-

tèmes de référence théorique et même si une classification comme le D.S.M. IV ou la C.I.M. 10 se veut a-théorique, se pose la question d'un a priori que l'on peut qualifier d'idéologique. De cette pluralité de références théoriques sont nées une quantité de techniques thérapeutiques. On observe également une mouvance de théories, voire de phénomènes de mode, des « tendances » qu'il s'agisse de la clinique ou de la thérapeutique.

Les désaccords théoriques (et pratiques) qui existent ne devraient pas faire obstacle à l'information du patient par le médecin dans la mesure où il doit avoir une représentation de la maladie personnellement référencée à un registre conceptuel identifié et reconnu.

Je cite à nouveau MATTEI à ce sujet :

« La question de l'information donnée au patient n'interroge pas la vérité dans ce qu'elle pourrait avoir d'absolu, mais interroge celle dont dispose le praticien et qu'il privilégie. »

C'est ici que l'ÉTHIQUE (*êthos* : coutume, usage – *êthikos* : moral) s'impose aux médecins et aux soignants qui doivent mettre au service des patients leur savoir et leur humanité pour soulager la souffrance, soigner, guérir.

J.J. KRESS en introduction de son article « le consentement aux soins par le patient schizophrène » rappelle ceci :

« L'actuel intérêt pour la question du consentement en médecine est inscrit dans l'ensemble du mouvement bioéthique. S'il est évident que la montée de la bioéthique résulte de l'avancée de la science, de ses effets sur les corps et les personnes et sur la transmission de la vie, elle reconnaît d'autres soins plus lointains dans la déclaration du Code de Nuremberg au lendemain de la seconde guerre mondiale, en rapport avec le jugement des expérimentations criminelles pratiquées par les médecins nazis. Le respect de la dignité, de l'autonomie et de la liberté de la personne a d'abord été reconnu dans le cadre des expérimentations (Loi HURIET-SERUSCLAT n° 88-1138 du 20 décembre 1988, relative à la protection des personnes qui se prêtent à des recherches

biomédicales), il s'est ensuite étendu à celui des soins, puisque dans les deux cas, il est question d'une action sur le corps et la personne d'autrui. Il est certes troublant de constater qu'une intention aussi apparemment bienveillante que celle du soin rencontre des limites et des avertissements, autant à partir du prestige fascinant des pouvoirs de la science que dans le souvenir de l'horreur qui a marqué notre siècle. À ces déterminations fondamentales, il faut ajouter la diminution progressive des attitudes paternalistes de la médecine, qui avaient trop tendance à considérer le patient comme un mineur soumis à l'autorité du médecin. »

Définir l'ÉTHIQUE n'est pas une chose aisée. Thierry ALBERNHE et Yves TYRODE proposent une vision dynamique de l'éthique notamment dans le chapitre « les essais thérapeutiques » de leur ouvrage « Législation en Santé Mentale » (pratique médico-hospitalière).

Pour prendre une décision éthiquement valable, ils proposent une pyramide décisionnelle à quatre niveaux :

1. Le premier niveau est celui de la compétence technique, car il n'y a pas de réponse adaptée sans compétence : l'information doit être fiable et les rapports bénéfiques/risques/coûts évalués au plus juste des connaissances actuelles.
2. Le deuxième niveau est celui des repères juridiques : « l'éthique n'est pas le droit mais elle ne peut s'exclure d'une référence à la loi ». Elle serait « la ciselure finale des normes juridiques » (N. LERY).
3. Le troisième niveau est celui de la DÉONTOLOGIE : codes professionnels qui sont des règles de bonne conduite entre les membres d'une même profession.
4. Le quatrième niveau est celui de la CULTURE et de la MORALE (la morale est de l'ordre du principe faisant référence à un fondement collectif).

Dans cette optique, l'éthique pourrait être définie comme « le moins mauvais compromis possible entre les valeurs en jeu, portées par les acteurs concernés dans la situation concrète

où ils se trouvent ».

L'expérience du médecin et donc un certain savoir être vont venir compléter l'association de son savoir scientifique et des repères éthiques dont il vient d'être question. Cela est fondamental pour entrer en communication avec le patient dans un rapport dont on sait qu'il est marqué par l'INTERSUBJECTIVITÉ avec des phénomènes transférentiels, mais aussi contre-transférentiels.

Dans le cadre de cette relation/communication, si l'information doit être compréhensible et comprise par le patient, il est important que le médecin s'assure des capacités de compréhension du patient.

Toujours selon MATTEI, « l'information n'a de valeur que si elle est adressée à un patient capable de l'intégrer ».

En psychiatrie, comme en neurologie, des maladies peuvent altérer les fonctions supérieures. On distingue deux types d'affections :

1. Les maladies égосyntones où le moi du patient est inclus dans le processus morbide :
 - anosognosie (ignorance de la maladie), dans le cas d'une encéphalite, (par exemple)
 - déni de la réalité, dans le cas d'une schizophrénie, (par exemple)↳ ici, le sujet est malade.
2. Les maladies égodystones où le sujet se sait atteint d'une maladie :
↳ ici, le sujet a une maladie.

Il faut donc avoir alors en mémoire pour apprécier au mieux chez tout patient pris en charge en psychiatrie, quels que soient son âge et les caractéristiques associés à cette autre donnée, ce que J.-J. KRESS appelle les composantes psychiques du consentement aux soins. Le patient lui-même peut se sentir plus ou moins apte à être informé et la charte du patient stipule en effet que la volonté du patient de ne pas être informé sur son état de santé doit être respectée. Il apparaît donc assez clairement qu'une prise en compte trop strictement formelle de la nécessité d'informer peut compromettre :

- le recueil du consentement,
 - le bon déroulement d'une démarche thérapeutique,
- et qu'en psychiatrie, notamment, on ne peut faire l'économie des questions relatives à l'ensemble des paramètres de la maladie psychique et de la relation thérapeutique.

Comme Bernard LACHAUX le met en évidence (Santé Mentale – avril 1999 n° 37 pages 18 – 23), la psychiatrie pourrait bien être en matière d'information du patient, à la fois une exception et un modèle. C'est parce qu'elle tente de restaurer la

« place du sujet » du patient que la psychiatrie place celui-ci au centre des préoccupations et non la maladie. De surcroît, la nature du travail en équipe pluridisciplinaire est une autre caractéristique de la psychiatrie mettant l'accent sur la collaboration entre médecins et infirmiers. En effet, si le consentement aux soins se pose au patient, il peut se poser aussi aux différents membres de l'équipe soignante. Cela pose une autre question qui dépasse le simple cadre légal du consentement: les soins sont-ils légitimes? Ce questionnement plaide pour une approche plus globale, plus clinique du patient. Aujourd'hui, ce ques-

tionnement est sous la pression d'une « injonction sociale », mais n'est ce pas justement sur ce terrain que la psychiatrie s'est illustrée et pourrait servir de modèle puisque le psychisme est à la fois l'objet du soin et le support du consentement pour celui-ci.

Mots clés :

- INFORMATION,
- SAVOIR MÉDICAL,
- RELATION,
- ÉTHIQUE,
- INTERSUBJECTIVITÉ,
- PSYCHISME.

II. Le consentement aux soins proprement dit

I. Le consentement du patient

a) Il doit être « libre », c'est-à-dire que le patient doit l'exprimer sans avoir été l'objet d'une pression anormale, ou victime d'une information trop restreinte voire mensongère.

b) Il doit être « éclairé ».

- Il n'est pas nécessaire pour autant de faire au patient un exposé scientifique détaillé, qui pourrait s'avérer incompréhensible. L'information doit rester « simple, approximative, intelligible et loyale », ainsi que le caractérise l'arrêt de la Cour de Cassation, chambre civile, 21.02.1961.
- Le malade doit toujours être prévenu des risques encourus, y compris lorsque leur survenue est tout à fait exceptionnelle. Il appartient au médecin d'informer avec tact son patient pour éviter à ce dernier d'être démoralisé. Nombre de médecins craignent cependant que ce « tout dire » soit de nature à vicier le consentement du patient parce que cela pourrait entamer le rapport de confiance qui doit s'établir entre un patient et son médecin.
- Cependant, la jurisprudence refuse de considérer le patient comme dénué d'appoint critique et de pouvoir de décision. Seuls le mineur de 18 ans et l'incapable majeur peuvent être considérés

comme juridiquement incapables, mais cela n'interdit pas de tenter de les informer. À l'heure actuelle, il est même préconisé d'obtenir l'avis du mineur ou de l'incapable majeur avant toute décision thérapeutique.

- Au contraire, en droit français, tout individu adulte est présumé disposer pleinement de ses capacités intellectuelles et juridiques: il est a priori supposé libre et conscient. Dans ces conditions, tout patient doit être « éclairé » avant de consentir à des soins.

c) Il doit être « conscient ».

Dans les cas particuliers suivants :

- coma,
 - anesthésie en cours,
- la présence d'un péril grave et imminent nécessitant une décision d'urgence, qui ne saurait être différée, excuse l'absence de consentement.

Il s'agit ici de la conscience au sens strictement « neurologique ». Qu'en est-il pour le psychiatre? Je pense à ces situations d'urgence comme les profonds états mélancoliques où le risque suicidaire est majeur, certaines bouffées délirantes aiguës, les grands états d'agitation clastique ou au contraire de prostration... où le pronostic vital est en jeu et la « conscience » du malade « relative » a fortiori si une note

CONFUSIONNELLE est évidente. Il faut alors recourir à des thérapeutiques d'urgence... mais cela n'empêche pas d'en parler, de le dire au patient et notamment pendant cette phase aiguë d'urgence.

2. Le consentement du médecin

Cela peut paraître surprenant, mais la question peut quand même se poser, bien que la profession médicale exige plus qu'une autre de porter secours à autrui.

- Vis-à-vis du patient: l'article 47 – alinéa 2 et 3 du Code de déontologie médicale (C.D.M.) rappelle que: « *Hors le cas d'urgence et celui où il manquerait à ses devoirs d'humanité, un médecin a le droit de refuser des soins pour des raisons professionnelles ou personnelles.* » « *S'il se dégage de sa mission, il doit en avvertir le patient et transmettre au médecin désigné par celui-ci les informations utiles à la poursuite des soins.* »

En psychiatrie?

→ troubles de la personnalité,

→ troubles des conduites

+/- traits de fonctionnement pervers

- Entre médecins: l'article 64 du C.D.M. précise que: « *Lorsque plusieurs médecins collaborent à l'examen ou au traitement d'un malade, ils doivent se tenir mutuellement informés; chacun des praticiens assume ses*

responsabilités personnelles et veille à l'information du malade. Chacun des médecins peut librement refuser de prêter son concours, ou le retirer à condition de ne pas nuire au malade et d'en avertir ses confrères. »

Mais même dans ce cadre (réalisation d'une électroconvulsivothérapie par exemple, pour un état mélancolique chimio-résistant), c'est l'urgence qui prime avec obligation de porter secours sous peine de non assistance à personne en danger.

3. La capacité à consentir

Il en a déjà été question dans la première partie de cet exposé, mais il faut y revenir ici pour considérer quelques aspects « pratiques ».

La maladie, contrairement à ce que prônerait une attitude franchement paternaliste, n'atteint pas toujours de manière constante et importante la capacité de discernement d'un patient. Même si un affaiblissement peut être constaté et que certaines capacités paraissent ralenties, il faut mettre à jour toutes les potentialités restantes pour que le patient puisse donner ou refuser son consentement.

- Nous avons déjà vu que le patient devait être conscient.
- Le patient doit intégrer l'information délivrée par le médecin qui doit s'assurer que celle-ci a bel et bien été comprise. Le médecin doit aider le malade à réfléchir pour qu'il se montre actif dans sa démarche à consentir au lieu de se désister, de s'en remettre entièrement, passivement au médecin.
- Cette réflexion doit être libre, même si la maladie impose des contraintes au patient. Le médecin, pas plus que l'entourage proche, ne doit ajouter de contraintes supplémentaires.
- L'évaluation de la capacité de discernement ne peut se satisfaire d'une estimation rapide et superficielle, surtout en psychiatrie. Nous avons déjà signalé l'importance de la mise en relation : il faut donc du temps, un cadre, des moyens suffisants pour permettre cette

première phase si importante, pour ne pas dire primordiale de la mise en relation avec le patient : l'accueil.

4. Quelques difficultés

a) Tenant à l'information :

1) Il s'agit souvent de mauvaises nouvelles. Mais il est reconnu maintenant non seulement possible, mais souhaitable d'annoncer de « mauvaises nouvelles » avec tact, humanité, progressivité et réalisme pour que le patient reste inséré dans la réalité et soit « acteur » de ses soins, même si en psychiatrie nous sommes notamment dans le domaine des psychoses, confrontés à la chronicité.

2) L'information peut être complexe.

La complexité n'étant pas seulement réservée au domaine de la médecine, certains patients peuvent comprendre qu'ils ne peuvent pas tout comprendre. La plus grande difficulté tient aux incertitudes du pronostic de la maladie qui peut venir renforcer, compliquer d'autres incertitudes de l'existence (schizo.).

3) L'information peut être biaisée.

Même en étant honnête et compétent et si l'on fait preuve de rigueur et d'objectivité, il est impossible à un médecin de se départir de toutes les influences auxquelles il peut être soumis et une orientation personnelle vient tôt ou tard marquer sa pratique de son empreinte. C'est ainsi qu'au cours de

son expérience professionnelle tout praticien finit par se construire son propre « métacadre » de référence comme le disait si justement le Professeur Michel MARIE-CARDINE qui prône depuis longtemps « l'éclectisme et l'intégration ». Cela ne peut cependant empêcher une certaine « polarisation » de la pratique.

4) L'information peut être pathogène.

Il apparaît au médecin soucieux d'éclairer convenablement son malade, de « détoxifier » l'éventuel effet nocif des informations qu'il souhaite lui délivrer.

b) À propos de la capacité à consentir

- Il faudra tenir compte :
 - des capacités sensorielles (audition ++),
 - de l'âge,
 - du statut du patient (détention, garde à vue),
 - des pressions familiales...
- Sur le plan psychologique, il faudra tenir compte :
 - de l'émotion, de la charge affective susceptible d'entraver le raisonnement logique souhaitable, notamment s'il existe un trouble anxieux, un trouble dépressif.
 - d'un trouble du cours de la pensée, de l'appréhension de la réalité qui risque de nuire à une bonne compréhension de l'information délivrée.
 - d'un DÉNI du trouble, de ses conséquences.



- d'un trouble de la personnalité qui peut poser des problèmes de velléités, de capacités à choisir, décider.

- Il appartient au médecin d'attirer l'attention du patient sur les difficultés qu'il rencontre alors qu'il est en train de l'informer. Parfois, un intérêt caché peut se révéler et justifier une prise de position a priori étonnante de la part du patient (relations familiales ou professionnelles complexes par exemple, et ce, quel que soit l'état mental du patient).

c) Difficultés culturelles

- La langue maternelle différente, de même que l'obédience religieuse, la culture ou la structure communautaire, constituent d'autres facteurs à prendre en compte, car ils peuvent rendre cruciale la question du consentement aux soins, notamment en cas de méconnaissances réciproques.
- C'est cependant un devoir général pour tout médecin que de protéger les malades dans le cadre réglementaire de la communauté qui l'a habilité à exercer.
- Nous rappellerons simplement que la relation médecin – patient répond quand même à un modèle contractuel où l'accord de deux parties est une règle nécessaire, chacune l'apportant en connaissance de cause, grâce à un respect et une confiance mutuels.

5) Le consentement absent

« Les conditions requises pour (obtenir) un consentement éclairé idéal sont si nombreuses qu'elles sont rarement complètement réalisées et que le consentement peut être souvent considéré comme imparfait. »

Il existe des cas extrêmes où il est absent; deux types de situation sont décrits:

- 1) Le consentement n'est pas légalement prévu:
 - soit que certains soins puissent être réalisés en son absence,
 - soit que d'autres soins s'imposent même lorsque le patient les refuse.
- 2) Le consentement ne peut être donné, le patient étant hors d'état de s'exprimer.

On fait alors appel à un « substitut ».

Avant d'envisager ces deux situations, deux points particuliers:

- 1) Patient refusant de recevoir toute information, se désistant littéralement et laissant carte blanche au médecin. Il s'agit d'un consentement informel, qui équivaut à un blanc-seing. Cette situation est à évaluer tout au cours d'un processus thérapeutique, où finalement, le patient peut changer d'avis.
- 2) Le « privilège thérapeutique »: le médecin peut estimer qu'une information serait trop préjudiciable pour le patient, à qui il finit par taire certains éléments. Le consentement alors obtenu n'est pas « éclairé ». Ce n'est qu'exceptionnellement que ce « privilège » peut être utilisé par le médecin « en son âme et conscience ». Cette démarche suscite quand même certaines réserves.

• Consentement non prévu

(en psychiatrie)

- Les états psychiatriques et la loi du 27 juin 1990.
- L'alcoolisme et la loi du 15 avril 1954 (traitement des alcooliques signalés comme dangereux).
- Les toxicomanies et la loi du 31 décembre 1970. (Cette loi a formulé pour la première fois la notion d'injonction thérapeutique).
- Les maladies vénériennes (syphilis, gonococcie, chancre mou, urérite non gonococcique).
- Les vaccinations (quatre obligatoires: polio, diphtérie, tétanos, BCG).

• Consentement impossible

➤ Un patient peut être à un moment donné incapable de consentir pleinement à un soin proposé dans son intérêt, par un médecin:

- parce qu'il est incapable d'effectuer un choix qui s'offre à lui,
- parce qu'il ne comprend pas les informations qui lui sont délivrées,
- parce que sa capacité de discernement est entravée et qu'il ne peut réfléchir raisonnablement,

- parce qu'il ne peut émettre un choix rationnel à son sujet,

- pour toutes ces raisons à la fois.

Cette incapacité connaît des degrés, une incapacité totale est rare.

Les principales causes sont:

- une raison légale:
 - mineur (âge, maturation à apprécier),
 - incapable majeur.
- un trouble temporaire de la conscience:
 - baisse de la vigilance,
 - coma,
 - anesthésie générale.
- Une situation d'urgence extrême dans laquelle le médecin doit agir sous l'empire de la nécessité.

➤ Le médecin peut décider seul dans tous les cas ou s'appuyer sur des substituts qui sont:

- Le malade lui-même, qui a pu donner son avis à l'avance à la suite d'un premier problème. En psychiatrie, un sujet soumis à d'importantes variations de son psychisme (PMD par exemple) peut avoir demandé à son médecin de le soigner le moment venu...

De même, un « testament de vie » traduit par écrit la volonté ou le refus que certains soins (notamment un acharnement thérapeutique) aient lieu d'être dispensés. Oralement, un patient peut avoir aussi donné des directives à son entourage, mais cela est surtout valable pour les dons d'organes...

Un consentement a posteriori n'est pas non plus sans intérêt. Cela permet une « normalisation » de la relation médecin – malade, tout en redonnant au patient sa place de sujet, qui « ratifie » l'acte médical souvent effectué dans l'urgence. Recueillir l'avis du patient dans ce cas-là peut s'avérer pertinent en cas de reproduction de cette situation.

- Une autre personne, en général proche du patient et désignée par lui. La plupart du temps, il s'agit de représentants « naturels » (conjoint, parents, collatéraux...), mais un(e) ami(e) a pu être nommément désigné(e) par le patient pour être son mandataire. Des difficultés

peuvent surgir en cas par exemple de conflit entre les « représentants naturels » et un « mandataire » inconnu.

6) Le refus de soins

- La relation patient – praticien tend à se rééquilibrer, le paternalisme médical tend à s'estomper devant le consumérisme mais surtout devant l'autodéterminisme de l'être humain, qui se situe désormais au sommet de l'échelle des valeurs. C'est en Europe du Nord et aux USA qu'est née cette évolution avec la tradition de l'HABEAS CORPUS: Chacun est politiquement propriétaire de son corps, jusqu'à risquer sa vie. Le principe de dignité du sujet et du respect de sa volonté doit cependant être concilié avec le devoir d'assistance médicale. Ainsi, l'urgence dispense de l'accord du patient (grève de la faim, témoins de Jéhovah...). Mais, en dehors de l'urgence ou de la loi, le respect du refus s'impose.

Si le médecin ne peut passer outre un refus de soins, il a encore des obligations vis-à-vis de son patient, une fois le refus prononcé, notamment dans le cadre d'un accompagnement (obligation de soulagement physique et moral du patient).

- Principales raisons?
 - Représentations irrationnelles (ATCD familiaux + ou – « mythiques », informations mal comprises...)
 - Obstacles matériels: peur de perdre un emploi précaire, faire face à un surcroît de dépenses...
 - Peur des conséquences d'un traitement et d'une altération de la qualité de vie.
- Gestion du refus

Dans tous les cas:

 - Refus du majeur capable,
 - Refus du majeur incapable,
 - Refus du titulaire de l'autorité parentale.

- Information du patient et/ou du titulaire de l'autorité parentale sur les conséquences de ce refus (« refus éclairé »),
- Un certificat de refus n'est pas inutile par rapport à la justice, s'il est circonstancié et intelligible pour le patient. Un acte trop stéréotypé peut se retourner contre le médecin.
- Le refus ne dispense pas le praticien du respect d'autres devoirs:
 - assistance médicale et morale,
 - ne pas conforter le malade dans son refus en lui proposant un traitement illusoire.

Mots clés :

- **CONSENTEMENT** : > libre
> éclairé
> conscient
- **CAPACITÉ A CONSENTIR,**
- **CONSENTEMENT ABSENT,**
- **HABEAS CORPUS,**
- **REFUS DE SOINS.**

Pour conclure

À la relecture des deux parties de cet exposé consacré au consentement au contrat de soins en psychiatrie, il me paraît justifié de souligner qu'il existe une spécificité certaine mais non absolue du recueil du consentement en psychiatrie:

1. A contrario, parce qu'il existe des textes, des lois spécifiques pour des situations classiques particulières:
 - La loi du 15 avril 1954 (traitement des alcooliques signalés comme dangereux).
 - La loi du 31 décembre 1970 (premier texte créant une injonction thérapeutique visant les toxicomanes).
 - La loi du 27 juin 1990 (relative aux hospitalisations sous contrainte en psychiatrie et définissant les droits des malades, y compris pour l'hospitalisation libre).
2. Mais surtout comme l'a si bien dit B. LACHAUX parce que le psychisme est à la fois l'objet du soin et le support du consentement pour celui-ci.

Cette situation crée un paradoxe qui tranche, même par comparaison avec les situations particulières que l'on peut être amené à rencontrer dans le registre médico-chirurgical-obstétrical.

Cet aspect du consentement en psychiatrie n'apparaissait pas suffisamment clairement dans le manuel d'auto-évaluation de l'ANAES, en vue de l'accréditation (module

droit et information du patient). On pourrait même craindre d'y voir une conception par trop unificatrice, voire réductrice de la complexité de la relation patient/soignant en psychiatrie. C'est bien ce qui avait justifié de la part du groupe D.I.P. du C.H. Bon Sauveur de PICAUVILLE, la nécessité de promouvoir un préalable mettant en évidence ces réflexions qui viennent de nous être exposées.

BIBLIOGRAPHIE

- 1 _____
Thierry ALBERNHE-Yves TYRODE:
« **Les essais thérapeutiques** », In : *Législation en Santé Mentale*
Tome II Pratique Médico-Hospitalière
Éd. SEDIP MÉDICAL 1993
- 2 _____
Bernard HOERNI-Robert SAVRY:
« **Le consentement** »
Éd. MASSON – 1998

- 3 _____
Jean-Jacques KRESS:
« **Le consentement aux soins par le patient schizophrène** »
In: *HALOPSY* – n° 12 – août 1994
(revue réalisée par les Laboratoires JANSSEN)

- 4 _____
P.O. MATTEI:
« **Information du patient: la question du diagnostic** », In: *Act. Méd. Int. – Psychiatrie (17)* n° 4, avril 2000.

Les droits des malades mentaux garantis par la loi du 27 juin 1990

Par Maître VAILLANT, Avocate



Parce que l'hôpital psychiatrique n'est pas un hôpital comme les autres, parce que l'on peut y être, sous prétexte d'y être soigné, privé de liberté, parce que ces droits les plus élémentaires peuvent être au nom de l'intérêt même de l'intéressé réduits à leur plus simple expression, il est indispensable qu'ils soient consacrés par des textes et que les moyens soient mis en œuvre pour en garantir l'effectivité.

Pendant plus de 140 ans, la loi du 30 juin 1838 n'a concerné que le placement contraignant des malades aliénés.

Le secteur libre, appelé aussi placement libre, n'a été créé que par exception à cette loi, dans les années 1950, réglementé tout d'abord par voie de circulaires, avant d'être entériné par la loi du 2 février 1981, puis par la loi du 27 juin 1990.

Cette loi intitulée "loi relative aux droits et à la protection des personnes hospitali-

sées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation" rend également possible l'hospitalisation dans un établissement psychiatrique de son plein gré. Les droits des malades en hospitalisation libre diffèrent de ceux hospitalisés sous la contrainte. Il faut donc examiner dans un premier temps la définition de l'hospitalisation libre puis les droits des malades sous ce régime et les restrictions prévues pour ceux qui sont privés de liberté.

A. L'hospitalisation libre

La loi du 27 juin 1990 pose comme principe la liberté de l'hospitalisation. Elle stipule dans l'un de ses premiers articles (**L.3211-1 du code de la santé publique**):

« Nul ne peut être, sans son consentement, hospitalisé dans un établissement accueillant des malades atteints de troubles mentaux hormis les cas prévus par la loi... »

Il s'agit là de la reprise des dispositions générales de l'article 5-1-e de la Convention européenne laquelle stipule:

« Toute personne a droit à la liberté et la sûreté. Nul ne peut être privé de sa liberté sauf dans les cas suivants et selon les voies légales:

...e- s'il s'agit de la détention régulière d'un aliéné ».

La définition de l'hospitalisation libre figure à l'article suivant (**L.3211-2**): « Toute personne hospitalisée avec son consentement pour des troubles mentaux est dite en hospitalisation libre ».

Aujourd'hui, les deux tiers des malades sont hospitalisés en service libre. En principe, toute personne hospitalisée en psychiatrie en

service libre dispose des mêmes droits liés à l'exercice des libertés individuelles que si elle était hospitalisée dans n'importe quel service d'un hôpital général. (article **L. 3211-2**).

De façon concrète, elle reste libre de ses mouvements et peut ainsi quitter l'établissement à tout moment même contre avis médical. Il lui sera éventuellement demandé, de signer une décharge de responsabilité si le médecin estime la sortie préjudiciable, car prématurée.

Personne donc ne peut être retenu contre gré en service libre.

Sur le terrain, ce principe se heurte pourtant parfois à des réalités différentes. Dans "l'intérêt du malade" et selon l'état dans lequel se trouve la personne hospitalisée, plus ou moins apte à manifester sa volonté ou à résister face au pouvoir des médecins, les visites pourront se trouver réduites, les sorties dans le parc supprimées, les portes parfois verrouillées. Il ne s'agit pas là, malheureusement, de situations d'exception. C'est d'ailleurs ce qui a motivé l'affirmation de principe des articles **L 3211-1** et **L 3211-**

2, qui, à première lecture, paraît superflue.

De la même façon, lorsqu'un malade désire quitter l'établissement où il a été hospitalisé librement, il n'est pas rare que des pressions soient exercées sur lui, sous diverses formes pour l'en dissuader. De "conseils dans son intérêt" en refus formel, il faut manifester clairement sa détermination, pour pouvoir quitter l'hôpital. Ce n'est pas facile lorsque, de surcroît, l'on est soumis à un traitement parfois conséquent de neuroleptiques.

Même si sur ce point une évolution récente permet d'espérer la remise systématique d'un livret d'information lors de l'hospitalisation, il n'en demeure pas moins qu'il est difficile de s'opposer seul à l'argumentaire d'un ou plusieurs médecins qui agissent « dans l'intérêt du malade ».

L'on touche là à la fragilité essentielle de ses droits si difficilement reconnus: l'absence de garanties permettant d'assurer leur respect et l'absence de sanction ou de recours efficace permettant d'assurer leur mise en pratique.

B. Les droits des personnes hospitalisées sous la contrainte

En milieu fermé, avant l'entrée en vigueur de la loi du 27 juin 1990, aucun texte ne précisait que les personnes hospitalisées sous la contrainte disposaient de droits, ce qui est en soi révélateur.

Les quelques textes relatifs aux droits des malades ne leur étaient pas applicables.

Depuis la ratification par la France de la Convention européenne des Droits de l'homme, il s'est avéré indispensable de légiférer enfin en cette matière,

Précisément, le comité des Ministres du Conseil de l'Europe a adopté le 22 février 1983 une recommandation relative à la protection juridique des personnes atteintes de troubles mentaux hospitalisées par contrainte. Cette recommandation prévoit que : « *tout patient faisant l'objet d'un placement a le droit d'être traité dans les mêmes conditions déontologiques et scientifiques que tout autre malade et dans des conditions matérielles comparables* » (article 5-1) de cette recommandation.

Il a donc été précisé que les droits élémentaires des malades c'est-à-dire ceux de toute personne hospitalisée en général devaient être respectés, que la personne soit hospitalisée en milieu ouvert ou en milieu fermé.

Ainsi en est-il du droit pour le malade, ou sa famille de s'adresser au praticien ou à l'équipe de santé mentale de son choix, relevant aussi bien de son secteur psychiatrique qu'à l'extérieur de celui-ci (article L.321 161).

L'effectivité de ce droit n'est malheureusement garantie par aucun recours juridique effectif.

Seule une procédure devant le Tribunal de Grande Instance peut permettre éventuellement d'obtenir a posteriori une réparation financière, à condition que l'intéressé rapporte la preuve qu'il a effectivement formé une telle demande et qu'elle a été refusée.

Les restrictions à ces droits élémentaires pour les personnes hospitalisées sous la contrainte doivent être limitatives.

L'article L.321 1-3 précise :

« Les restrictions aux libertés doivent être limitées à celles nécessitées par l'état de santé du malade et la mise en œuvre du traitement. »

« en toutes circonstances, la dignité de la personne hospitalisée doit être respectée et sa réinsertion recherchée. »

Puis suit l'énoncé d'une liste non limitative des droits qui peuvent être exercés à la demande des malades, de leurs parents ou de leurs proches.

Cette liste comprend :

• **Le droit d'émettre et de recevoir du courrier.**

Jusqu'à présent seuls les courriers destinés aux autorités administratives et judiciaires bénéficiaient d'une protection légale et ne pouvaient être retenus par l'hôpital.

Des sanctions pénales ont été instituées garantir ce droit mais elles ne peuvent toutefois être prononcées qu'après une instruction plus ou moins longue au cours de laquelle l'interné devra prouver qu'il a rédigé les lettres qui ont été détournées ou retenues.

Il y a donc peu de jurisprudence. Les autres courriers pouvaient jusqu'à l'entrée en vigueur être ouverts, lus mais également censurés ou retenus ; tel ne devrait plus être le cas...

Un hôpital psychiatrique a toutefois été déjà condamné à verser des dommages et intérêts par la Cour administrative d'appel de BORDEAUX (BERNARDET/CHS de Cadillac ; 27 novembre 1995) pour avoir mis en place un contrôle systématique des correspondances entre un interné et un tiers pendant deux ans.

Une somme de 10 000 francs a été allouée au tiers, huit ans après l'ouverture systématique de toutes ses lettres.

Sur ce point, le Comité des ministres du Conseil de l'Europe a pourtant depuis plus de quinze ans adopté une recommandation (N°R [83] 2) invitant les états membres à adapter leur législation de façon à ce que notamment (article 6) :

« Les droits du patient de communiquer avec toute autorité appropriée et avec un

avocat et celui d'envoyer toute lettre sans que celle-ci ait été ouverte, ne peuvent être soumis à des restrictions. »

Il faut préciser que le droit de téléphoner ne fait pas partie des droits élémentaires garantis.

Son usage reste donc soumis à des conditions parfois prohibitives.

• **Le droit d'être informé dès l'admission, puis à sa demande de sa situation juridique et de ses droits.**

C'est l'adaptation du droit français aux exigences de la convention européenne des droits de l'homme, puisque celle-ci garantit à toute personne, en son article 5-2, le droit d'être informé sur sa situation juridique et les raisons pour lesquelles il est privé de sa liberté.

L'article 8 de la loi du 17 juillet 1978 avait déjà instauré l'obligation pour l'administration lorsqu'elle prend une décision administrative défavorable à une personne de le lui notifier préalablement à toute exécution mais ce texte n'a jamais été respecté en ce domaine.

La garantie demeure formelle dans la plupart des cas.

Le Conseil d'État a aux termes d'un arrêt rendu le 28 juillet 2000 jugé que le défaut de notification d'une décision d'hospitalisation d'office n'affectait pas la validité de l'arrêté et qu'il appartenait au Juge Judiciaire de réparer le préjudice résultant de la faute commise par l'administration en ne satisfaisant pas à cette obligation d'information postérieure au placement d'office (aff. M.E.A. Conseil d'État 28 juillet 2000).

Les juridictions judiciaires régulièrement saisies de telles demandes ont déjà accordé des dommages et intérêts à d'anciennes personnes hospitalisées en constatant que le médecin, l'hôpital ou l'administration ne rapportaient pas la preuve que l'intéressé avait été informé de sa situation juridique et de ses droits.

En ce qui concerne l'information sur le traitement préalablement à celui-ci et afin de recueillir le consentement de l'intéressé, ce sont en principe les règles de droit

commun qui doivent s'appliquer et qui sont d'ailleurs rappelées dans la Charte de l'Usager.

• **Le droit de communiquer avec les autorités mentionnées à l'article L.3 222-4.**

Il s'agit de différentes autorités (préfet, juge, tribunal d'instance ou président du tribunal de grande instance, maire et procureur) amenées à exercer des contrôles ou à faire des visites régulières dans les établissements.

• **Le droit de saisir la commission prévue à l'article L.3 222-5.**

La loi du 27 juin 1990 a créé les commissions départementales des hospitalisations psychiatriques.

Il s'agit de compléter en théorie, les contrôles déjà existants et confiés aux autorités énumérées plus haut par celui d'une commission indépendante et spécialisée. Elle est composée de psychiatres et de magistrats qui ne peuvent être membres du conseil d'administration de l'établissement hospitalier.

Elle n'a qu'un rôle consultatif. Elle peut être saisie par les intéressés et doit être informée de tout placement et de toute levée de placement. Elle peut saisir le procureur de la république ou le tribunal de grande instance lorsqu'elle estime qu'il y aurait lieu à une sortie immédiate.

Elle ne dispose d'aucun pouvoir de décision propre.

• **Le droit de prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix.**

Bien que les droits de la défense ne fassent plus l'objet d'une quelconque discussion en droit pénal notamment, il est apparu nécessaire de réaffirmer ce droit à l'intérieur de l'hôpital psychiatrique. C'est peu dire que cela ne coulait pas de source !

Le principe affirmé, les difficultés pratiques demeurent, mais au moins est-il possible de se fonder sur un texte pour argumenter. Le droit de prendre conseil d'un avocat reste un droit délicat à faire respecter qui ne figure d'ailleurs pas dans la Charte de l'Usager de Santé Mentale.

L'avocat n'a toujours pas sa place dans l'hôpital et ce d'autant plus que l'intérêt du malade est revendiqué par toutes les parties intervenantes.

Des difficultés surgissent toujours en ce qui concerne le droit de consulter un médecin du fait de résistances diverses qui paralysent concrètement son exercice.

Ainsi, il est difficile d'obtenir l'aménagement de permissions accompagnées afin d'aller consulter un médecin à l'extérieur lorsque celui-ci ne peut se déplacer.

De même il a été jugé que le directeur de l'établissement peut subordonner la visite d'un médecin généraliste extérieur à l'établissement, à la présence derrière une porte vitrée d'un infirmier. (Conseil d'État 17 novembre 1997 CHS RENNES JCP 98 IV 1 504).

• **Le droit de se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.**

• **Le droit de consulter le règlement intérieur et de recevoir les explications qui s'y rapportent.**

L'obligation d'établir un règlement intérieur existait déjà antérieurement mais n'était pas respectée. Bon nombre d'établissements ne disposent pas encore de ce règlement intérieur conforme ou ne l'ont jamais affiché.

Faute de sanction immédiate cette garantie comme les autres risque de rester formelle.

En fait, le respect des droits du patient hospitalisé sous la contrainte reste toujours à la discrétion de l'hôpital.

C'est le médecin qui apprécie à partir de l'état de santé de l'intéressé, les restrictions à apporter à ses libertés fondamentales.

Si le médecin s'oppose à ce que le malade prenne tout contact avec l'extérieur, comment l'interné pourra-t-il faire respecter les droits dont il dispose mais dont le plus souvent, il ignore même l'existence. L'hospitalisation sous la contrainte crée une situation particulière, le médecin est à la fois celui qui soigne mais également celui

qui rédige les certificats légaux permettant la levée de la mesure d'hospitalisation et la sortie de la personne internée ou la poursuite de la privation de liberté.

C'est également lui qui formule toutes les propositions de sortie.

C'est lui qui rédige les certificats de situation destinés au Procureur de la République ou au Juge des libertés chargé du contrôle de la détention.

C'est enfin lui également qui dans le même cadre appréciera l'opportunité de la communication du patient avec un avocat ou un autre médecin.

Il y a là une ambiguïté majeure qui fausse l'exercice de tous les droits et ne permet pas leur exercice effectif.

La loi française n'a prévu aucune sanction spécifique efficace et adaptée en cas de violation de ses dispositions.

Il existe des recours judiciaires pendant l'hospitalisation.

Il est possible, en théorie, de saisir le juge des référés, juge de l'urgence pour faire cesser le trouble manifestement illicite résultant de la violation de la loi.

Mais comment envisager pratiquement de contacter un avocat, un huissier nécessaire pour ce type de procédure; l'intéressé est-il dans un état qui lui permette réellement de faire valoir ses droits ?

Postérieurement à la sortie, il est aussi possible d'engager une instance en responsabilité contre l'établissement hospitalier pour obtenir des dommages et intérêts parce que ces droits n'ont pas été respectés mais cette procédure est longue et difficile.

Il faut en effet apporter la preuve du non-respect de ses droits et l'hospitalisé ne peut accéder directement à son dossier médical (où cette interdiction pourrait être consignée) qu'après une autre procédure complexe qui ne lui permettra qu'une communication partielle des informations.

De plus il faut déjà faire face à des difficultés de réinsertion et la priorité n'est pas forcément d'engager une instance longue, coûteuse et souvent de pur principe.

En conclusion

Les dispositions législatives en matière d'hospitalisation sans consentement étant parfois complexes et minutieuses, il est indispensable de bien les connaître, afin de pouvoir les faire respecter et regagner ainsi sa propre autonomie et sa dignité

d'homme. On peut imaginer que peut-être un jour, ces droits pourtant élémentaires pourront être réellement exercés et leur effectivité garantie par un recours simple et efficace.

Ce temps n'est malheureusement pas encore arrivé, et une plus grande trans-

parence au travers de l'information et des échanges permettrait aux autorités hospitalières de dépasser ce réflexe d'auto-défense et d'hermétisme à toute pénétration de l'information et à toute contestation d'une décision dont ils sont les seuls détenteurs.

Ouverture d'un Espace Convivial Citoyen à Caen

Par M. JAUNET, employé à l'Espace Convivial Citoyen et usager en santé mentale

Espace, Convivial, Citoyen. Trois mots bien connus dont la juxtaposition pour désigner un lieu soulève de plus en plus d'intrigues et d'intérêt. Qui sommes-nous? Que représentons-nous? Voilà deux questions dont la réponse résume aisément le pourquoi et le bien-fondé de notre démarche.

Imaginez une société dont les personnes souffrant psychologiquement erreraient d'un épisode de vie à un autre, sans alternative aux méthodes thérapeutiques et aux traitements médicamenteux qu'on leur propose lors des douloureux revers de leur existence, sans autre recours que celui de la médecine pour supporter le poids de cette existence; un monde où l'on conseillerait aux êtres soi-disant incapables de s'y intégrer de se mettre à l'écart, le temps d'emmagasiner suffisamment de stéréotypes et d'idées reçues pour communiquer avec leurs semblables; un univers de vie à l'aspect satiné, à l'intérieur doux et soyeux comme du coton, sans relief discordant ni odeurs nauséabondes, que les autorités régulatrices du quotidien auront pris soin de façonner à l'image du propre, du normal et du bien-pensant; puis regardez autour de vous, au sein de votre entourage et de votre environnement,

vous constaterez alors combien il y a de similitudes entre ce que vous verrez et ce que vous aviez imaginé.

Un tel constat montre à quel point il est temps de rendre la parole à ceux que l'on a pris soin jusqu'à présent de dissimuler. Parmi eux, les usagers et ex-usagers en santé mentale occupent une part essentielle en quantité et en qualité. C'est ainsi que deux associations, Auser et Advocacy, que l'on ne présente plus, ont eu il y a trois ans l'idée de créer une structure d'accueil, d'écoute et de soutien aux personnes isolées par la maladie mentale. Cet accueil a vu le jour il y a six mois par leurs efforts combinés et répétés. Il offre actuellement à une trentaine de personnes le moyen de rompre

autant que possible avec la monotonie de leur vie.

Nous vous invitons à lire dans la photocopie jointe quelques extraits du journal qu'ils écrivent pour parler de leur expérience de cet endroit.

Contact :

5 rue Singer,
14000 Caen (Calvados).
Téléphone : 02 31 86 11 79.
Ouvert de 10 heures à
18 heures du lundi au
vendredi.

Les autres intervenants sur ce sujet.



M. GUERARD



M. PARODZAI



Mme DUTOIT



Le consentement au soin en psychiatrie

Par le Docteur BRIAND

Introduction

1. Définition (Larousse, dictionnaire encyclopédique en 1 volume – 1979):

• **CONSENTIR**: vient du latin *consentire* et signifie accepter qu'une chose ait lieu, approuver, autoriser

2. L'intitulé de l'intervention me fait poser une question:

consentement au soin ou consentement aux soins?

Peut-on envisager un soin de manière globale en psychiatrie (le SOIN psychiatrique et sa spécificité) ou ne faudrait-il pas plutôt parler des soins en psychiatrie?

En effet, dans le domaine M.C.O., le renouvellement du consentement doit intervenir avant tout geste médical ou chirurgical (charte du patient hospitalisé. → IV: Du principe général du consentement préalable), ce qui signifie qu'aucun accord initial n'est donné une fois pour toutes, il apparaît donc qu'un nouvel assentiment est indispensable lorsque le SOIN INITIALE-MENT PRÉVU est modifié ou lorsqu'un

nouveau traitement semble plus judicieux. Un soin ne serait donc pas défini une fois pour toutes, il est susceptible d'évoluer, de se diversifier en autant d'actes que nécessaire.

Dans certaines publications, on peut retrouver l'expression, je cite, « l'acte de SOINS » (DROIT HOSPITALIER – COURS DALLOZ 1997):

→ l'intitulé de l'intervention pourrait-il devenir:

« Le consentement à l'acte de soins en psychiatrie »?

Pour ma part, je préfère parler en psychiatrie de « CONTRAT DE SOINS », l'intitulé de l'intervention deviendrait « le consentement au contrat de soins en psychiatrie ».

Cette notion permet d'évoquer, de rappeler deux dimensions ou ordres de fait:

1- Les soins psychiatriques sont dispensés par une équipe sectorielle pluridisciplinaire

(essentiellement psychiatres, psychologues, infirmiers psychiatriques, aides-soignantes, aides médico-psychologiques, mais aussi personnels de secrétariat, personnels administratifs, techniques).

Il s'agit donc de SOINS diversifiés, complémentaires, spécifiques, coordonnés proposés au patient.

2- « CONTRAT » renvoie à la dimension contractuelle de la relation soignant/soigné/acteurs des soins au patient hospitalisé en psychiatrie et au patient lui-même.

Ce contrat est une convention, un accord (permanent?) entre les différentes personnes concernées; il est synallagmatique puisqu'il définit, contient des obligations réciproques.

L'intervention serait alors consacrée au « consentement au contrat de soins en psychiatrie ». Le contrat de soins ne serait-il pas alors une forme (nouvelle) idéalisée du SOIN EN PSYCHIATRIE.

I. Information - consentement

À propos du consentement aux soins par le patient schizophrène, J.-J. KRESS dit ceci « la psychiatrie se trouve devant la tâche à l'intérieur des dispositions réglementaires et juridiques que lui donne son cadre d'explorer les possibilités de (ce) dialogue avec les personnes, en étudiant aussi bien les composantes psychiques du consentement aux soins que ses modifications en rapport avec les troubles psychopathologiques dans leur diversité ».

Cette phrase extraite des conclusions de son article sur le consentement aux soins des schizophrènes est à l'origine des réflexions du groupe d'auto-évaluation du module « Droits et information du patient », mis en place dans la démarche d'accréditation du C.H. Bon-Sauveur de Picauville. Les réflexions ont fait l'objet de la rédaction d'un préalable dans lequel avec le concours de J.-N. LETELLIER, psycho-

logue, le groupe de travail tenait à faire part de la spécificité qui existe justement en psychiatrie à recueillir le consentement d'un patient aux soins qu'une équipe sectorielle se sent en mesure de lui proposer.

Ce « préalable » est justement essentiellement axé sur l'information et le consentement. Je m'en suis largement inspiré pour rédiger le texte qui suit. Il m'a paru également judicieux de me référer à l'ouvrage