

Au cœur du débat sur les soins sans consentement en ambulatoire

Caroline Guibet Lafaye

RÉSUMÉ

La loi du 5 juillet 2011 et la réforme des soins sans consentement en ambulatoire ont donné lieu à une importante controverse dans le monde de la psychiatrie. En nous portant au-delà des clivages idéologiques, nous souhaitons mettre en évidence les raisons pour lesquelles les acteurs se sont affrontés. La variété des attitudes à l'égard du programme de soins se distribue en un éventail allant du pragmatisme à la défense de droits constitutionnels, et à travers lequel la radicalisation de la critique va de pair avec la mobilisation de principes et de convictions normatives. Nous montrerons également que ces attitudes ne sont pas sans lien avec une certaine représentation de l'homme malade en psychiatrie, pour lequel le poids de la contrainte et de l'obligation aurait une valeur distincte de celui qu'elles peuvent avoir pour les autres citoyens.

Mots clés : soin ambulatoire, hospitalisation sous contrainte, liberté, droit du malade, représentation sociale, psychiatrie

ABSTRACT

At the heart of the debate on out-patient care without consent. The decree law of the 5th, July 2011 and the reform of out-patient medical care create a considerable controversy in the world of psychiatry. Beyond ideological divisions, we want to highlight the reasons at stake in the controversy. The opinions regarding the psychiatric "health care program" are widely spread, from pragmatism to the defense of constitutional rights. The radicalization of criticism is based on a mobilization of principles and normative beliefs. These attitudes are also related to a representation of the psychiatric patient, for whom the burden of constraint and obligation is not the same as that for other citizens.

Key words: out-patient care, hospitalization without consent, liberty, patient's rights, social representation, psychiatry

CNRS, Centre Maurice-Halbwachs (EHESS-ENS), 48, boulevard Jourdan, 75014 Paris, France
<caroline.guibetlafaye@ens.sr>

Tirés à part : C. Guibet Lafaye

RESUMEN

En el núcleo del debate sobre la atención ambulatoria sin consentimiento. La ley del 5 de julio y la reforma de la atención ambulatoria sin consentimiento han dado lugar a una importante controversia en el mundo de la psiquiatría. Al situarnos más allá de las discrepancias ideológicas, deseamos evidenciar los motivos por los que se han enfrentado los actores. La variedad de los posturas hacia el programa de atención se distribuye según un abanico que va desde el pragmatismo a la defensa de los derechos constitucionales, y mediante el cual la radicalización de la crítica va a la par con la movilización de principios y convicciones normativas. Demostraremos también que estas posturas no dejan de vincularse con una cierta representación del hombre enfermo en psiquiatría, para quien el peso de la coacción y de la obligación tendría un valor diferente al de aquel que las mismas podrían tener para los demás ciudadanos.

Palabras claves : atención ambulatoria, hospitalización sin consentimiento, libertad, derecho del enfermo, representación social, psiquiatría

La loi du 5 juillet 2011 a étendu la possibilité de pratiques de soins sans consentement et a introduit le programme de soins. Celui-ci « définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'État. » Les soins psychiatriques peuvent être dispensés au patient :

- « sous la forme d'une hospitalisation complète » ou ;
- « sous une autre forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile » (loi n° 2011-803).

Ces soins ambulatoires confèrent une forme légale à une pratique ancienne : les sorties d'essai. Comme le souligne un des enquêtés, il y aurait eu « un saut épistémologique. Avant on disait à la personne "si tu n'arrêtes pas de déconner, je t'interne". Aujourd'hui, on lui dit "tu as une maladie, tu es obligé de te soigner dedans ou dehors" » (G.V.). Hors de la psychiatrie, certains soins obligatoires existent déjà en France, telles les vaccinations (diphtérie, tétanos, poliomyélite). L'obligation intervient aussi dans le cadre de l'injonction de soins, créée par la loi du 17 juin 1998 relative à la prévention et à la répression des infractions sexuelles ainsi qu'à la protection des mineurs (codifiée à l'article 131-36-4 du Code pénal). Cette obligation intervient dans le cadre du suivi sociojudiciaire.

L'introduction des soins sans consentement en ambulatoire a suscité un clivage notable chez les médecins psychiatres lors de son introduction sous une forme légale en 2011¹. Nous chercherons à comprendre les raisons normatives pour lesquelles la profession a connu une telle division. Les jugements de valeur contextualisés ne sont pas seulement fondés sur des règles universelles mais aussi sur des systèmes de raisons où se mêlent des énoncés de fait et des principes universels, des énoncés universels et des énoncés contextualisés (voir [3] p. 194). La possibilité même de comprendre les raisons d'acteurs sociaux appartenant à des environnements variables implique que

ces raisons ont quelque chose d'universel, bien qu'elles se manifestent dans des contextes particuliers et selon des modalités particulières. En nous portant au-delà des clivages politiques, nous tenterons de comprendre si les attitudes en faveur ou à l'encontre du programme de soins se partagent en fonction de l'opposition pragmatisme vs positions de principes, convictions morales². Quelle place prend l'argument clinique dans ces oppositions au-delà des clivages idéologiques ? La représentation du patient psychiatrique comme étant partiellement un homme sain et partiellement un homme malade constitue-t-elle toujours un argument autorisant un traitement différencié de ceux que d'autres considèrent comme des citoyens à l'égal des autres ? Cette représentation dichotomique du patient psychiatrique n'est-elle pas un des motifs de la conviction selon laquelle la contrainte imposée à ces patients en ambulatoire n'en est pas vraiment une ?

Nous éluciderons ces questions en nous appuyant sur une vaste campagne d'entretiens semi-directifs menée auprès de 90 psychiatres et de 17 soignants exerçant dans différentes structures sur l'ensemble du territoire français (à l'hôpital public, en service fermé ou ouvert, en cabinet, dans des grandes métropoles, en milieu rural), entre octobre 2012 et juillet 2013³. Nous exploiterons les discours recueillis pour présenter les logiques en présence et comprendre ce qui s'est joué dans les débats autour du programme de soins.

Au-delà des difficultés pratiques, un conflit de normes ?

Les soins sans consentement en ambulatoire posent-ils avant tout des difficultés pratiques⁴ ou posent-ils une

¹ Voir le rapport n° 835 du sénateur J. Le Menn, 11/09/2013 et le rapport de D. Robiliard à l'Assemblée, n° 1284, 17/7/2013 ; le communiqué du Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire du 10/01/2012, *Médiapart*. Voir *Le Monde*, « Le projet de réforme de l'hospitalisation sans consentement s'expose aux dérives sécuritaires », signé du collectif Carisme, 8/06/2011.

² Cette qualification n'ayant de prétention que descriptive.

³ Lorsque les conditions matérielles le permettaient, les entretiens ont été enregistrés. Tous ont fait l'objet d'une analyse de contenu classique, selon les méthodes de la sociologie qualitative.

⁴ Comme en atteste ce médecin : si le patient ne respecte pas le programme de soins, « qui va faire en sorte qu'il vienne ? Qui va aller le chercher ? [...] j'aurais un dispositif de loi qui permettra de dire "j'ai fait ça" mais, d'une manière pragmatique, ça ne va pas changer grand chose hormis générer

question de droit, une question éthique et normative ? Cette obligation articule une question de principe et un aspect pratique : qui et comment fait-on la réintégration du patient en hospitalisation complète ?

Parmi les opinions et les jugements recueillis, nous visons à saisir les raisons bien fondées – et les principes⁵ – permettant de les expliquer. Les difficultés surviennent en plusieurs points, en premier lieu à un plan strictement normatif, quant à l'imposition d'une obligation de soins à l'extérieur de l'hôpital, mais aussi lorsque le programme de soins est mis en échec et que le patient ne le respecte pas.

Les problèmes pratiques suscités par le programme de soins ne posent pas que des difficultés fonctionnelles mais suscitent des conflits de normes :

Quand le patient oublie le traitement ou un rendez-vous et qu'il est dans un programme de soins, qu'est-ce que je fais ? Est-ce que je lui laisse une part de libre arbitre... mais alors, il y a le principe de précaution : s'il y a un problème, on va me dire que je n'ai pas fait ce qu'il faut. Je suis à Pau... Est-ce que je fais appel aux forces de l'ordre ? (P.A.).

Les décisions qu'implique la réintégration mettent en présence des normes et des principes apparemment irréconciliables, tels le respect de la liberté individuelle, le principe de précaution et la responsabilité pénale du médecin.

L'un des points d'achoppement du programme de soins réside dans la mise en œuvre pratique de la réhospitalisation, laquelle soulève pour certains des questions éthiques. Il s'avère plus aisé, pour certains médecins, d'intervenir dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte, lorsque la décision de la contrainte de soins a été prise par d'autres collègues. En revanche, dans le cadre du programme de soins, le médecin prenant la décision de la réintégration en hospitalisation complète est également celui qui suit le patient et celui avec lequel il se trouve dans une forme d'alliance thérapeutique.

La résolution de la question pratique de savoir comment et qui fait la réintégration du patient en hospitalisation complète n'est pas sans incidence sur la prise en charge du patient par la suite ni sans susciter chez les intervenants des questions éthiques liées au respect des droits des personnes et à certains principes comme le respect de la vie privée, le principe de bienfaisance, le principe de non-nuisance. Ainsi D.M. souligne :

un certain nombre de trucs un peu complexes [...]. C'est toujours pareil, la mise en œuvre de la loi dépend des moyens qu'on affecte à cette mise en œuvre » (P.M.).

⁵ Au sens d'une proposition posée au début d'une déduction, ne se déduisant elle-même d'aucune autre dans le système considéré, et par la suite mise, jusqu'à nouvel ordre, en dehors de toute discussion (Lalande, 1968).

[...] en HO, on arrive à se dégager en disant qu'on est, et le patient et nous, soumis à une décision qui concerne... une décision prise par le représentant de l'État, et dans ce cas-là, nous, on est là pour soigner et on n'est pas là pour décider de la sortie ou pas, donc là j'essaie de faire un petit peu comme ça, en disant que ça n'est pas moi qui ai choisi l'hospitalisation, qu'il y a un programme de soins qui a été décidé... et que j'ai fait partie du programme de soins mais je ne l'ai pas choisi, que je ne suis pas allée la chercher, qu'il faut qu'on travaille ensemble...

Les soins sans consentement en ambulatoire, une atteinte aux libertés individuelles ?

En amont des problèmes soulevés par la réintégration des patients, lesquels sont la principale source des difficultés pratiques pour les médecins⁶, les soins sans consentement en ambulatoire posent une question normative, soulignée par le Conseil constitutionnel dans une décision du 20 avril 2012. La nécessité du respect des droits des patients et de certains principes fondamentaux en démocratie a alors été mise en exergue. Le 20 avril 2012, les juges constitutionnels ont estimé que les patients traités en ambulatoire « ne sauraient se voir administrer des soins de manière coercitive ni être conduits ou maintenus de force » pour accomplir les séjours en établissement prévus par le programme de soins.

Cette décision pose la question de savoir si la contrainte psychiatrique peut être imposée hors des murs de l'hôpital et soulève, par conséquent, celle des limites du pouvoir médical. La législation des soins sans consentement en ambulatoire a clivé la profession pour des raisons de principe car elle interroge les limites même et les modalités de l'exercice médical de la psychiatrie. Elle pose la question de l'extension du champ de la contrainte, des limites du pouvoir de la psychiatrie, du sens de la liberté et de l'autonomie des patients en psychiatrie, telles que se les représente le corps médical, des attitudes à l'égard des patients psychiatriques.

Tenant compte de ces dimensions et sans nier le fait que certains arguments procèdent de positions idéologiques,

⁶ Quoiqu'il n'existe pas d'obligation légale pour les médecins de réintégrer les patients qui ne respectent pas le programme de soins. La loi stipule que si le psychiatre considère que l'inobservance de ce programme ne permet plus de dispenser les soins nécessaires à son état, il doit, en application de l'article L. 3211-11-1 créé par la loi du 5 juillet 2011, prendre un certificat médical circonstancié proposant la réhospitalisation complète du patient et l'adresser au directeur de l'établissement qui en saisit le préfet. En revanche, si le médecin estime que ni l'importance des manquements au programme de soins ni leur impact sur la santé du patient ne justifient un retour en HC, il peut considérer qu'une modification de ce programme est nécessaire.

nous analyserons les bonnes raisons [3] pour lesquelles des argumentations également valides et acceptables ou compréhensibles par des tiers peuvent être défendues. Notre analyse porte avant tout sur des appréciations axiologiques et vise à montrer que ces évaluations se fondent sur des raisons et ne résultent pas exclusivement d'affects, de traditions ni ne sont des effets mécaniques des positions sociales. Dans la mesure où les jugements recueillis et une large part des jugements axiologiques ont vocation à pouvoir être publiquement défendus par des argumentaires acceptables, c'est-à-dire sont partageables avec autrui et communicables, la reconstruction des raisons les sous-tendant constitue une démarche pertinente.

Positions favorables

Le pragmatisme

Certains sont favorables aux soins sans consentement en ambulatoire pour des raisons pragmatiques : « [...] Certains trouvent plutôt que ça n'est pas inintéressant, comme ça on a le patient sous la main mais après je trouve que ça c'est un vrai problème en termes d'élargissement de la surveillance. . . » (S.S.) F.M. résume une position classique dans la profession :

Il faudrait ne pas leur imposer des soins mais qu'elles (les personnes malades) puissent les accepter si elles souhaitent que la coercition diminue, elles devraient préserver leur intérêt. Ce serait utile cette distinction entre hospitalisation sans consentement et soins sans consentement – mais ce n'est pas majoritaire cette position en France.

L'argument pragmatique conjoint à une considération d'utilité et à une préoccupation conséquentialiste pèse plus de poids que le souci des libertés ou des droits individuels. La volonté de maintenir le patient dans un cadre de soins peut avoir pour conséquence une euphémisation du poids de la contrainte pour ces patients.

L'euphémisation de la contrainte

Une partie des discours recueillis minore la réalité et la valeur de la contrainte légale pour les patients qui sont les plus malades, lorsqu'il est question de la liberté de circulation, des contraintes sur la vie quotidienne et de l'obligation de prendre un médicament. Cette euphémisation passe assez souvent par une réinterprétation du sens de la contrainte dans un cadre théorique voire analytique (voir encadré suivant).

Une contrainte pour un surcroît de liberté

De façon récurrente, les soins sans consentement en ambulatoire sont paradoxalement défendus au nom des formes de liberté qu'ils permettent aux patients de recou-

On le voit [...] assez régulièrement, chez les psychotiques. . . qui n'ont pas de loi, qui n'ont pas une clé de voûte qui leur permettrait d'avoir une boussole dans la vie, qui sont complètement déboussolés, ils sont fous, des vrais fous et chez qui la contrainte, la contrainte de l'autre : "tu dois prendre ton traitement, tu dois venir tous les mois", est une boussole qui leur permet de ne pas faire de sortie de route. Mais ils ne le font que contraints. Avant, on faisait les sorties d'essai. C'est juste un mot ; la différence entre "sortie d'essai" ou dire "au revoir, vous revenez dans un mois" c'est juste qu'il y a ce qui peut faire autorité de l'autre, là où il n'y a rien qui fait autorité pour le patient sinon c'est pareil [...], la conséquence pratique est la même mais ça change tout, ça change tout (A.L.).

vrer ou du surcroît de liberté qu'ils apportent aux patients que ce soit sur un plan symbolique ou par opposition à la contrainte de l'hospitalisation qui réduit, de fait, la liberté de circulation (voir encadré suivant).

Même chez certains des médecins les plus soucieux de la liberté formelle – définie par la jouissance de droits garantis par la loi – de leurs patients et les plus engagés dans sa défense, les soins sans consentement en ambulatoire sont défendus pour la liberté de circulation qu'ils autorisent. En ce sens, une attitude de type libertaire à l'égard de la psychiatrie et soucieuse des libertés individuelles n'est pas prédictive des attitudes à l'égard des soins sans consentement en ambulatoire : « La loi, elle aurait dû sortir la question de l'internement totalement de la main du psychiatre et mettre le juge à tous les temps [...]. Au début, ce qui était assez bien prévu par la loi, c'était d'éviter au maximum que les patients soient enfermés, c'est-à-dire faire qu'on ait une évaluation rapide et qu'ils puissent rapidement se retrouver sous le mode de l'internement en ambulatoire ; c'est une bonne idée d'être contraint aux soins, en ambulatoire »⁷ (C.L.). L'aversion pour l'enfermement et l'hospitalo-centrisme semblent avoir plus de poids que le positionnement politique dans ces jugements ou une orientation pouvant être qualifiée de libertaire.

Ces positions favorables aux soins sans consentement en ambulatoire, inattendues chez les personnes qui les expriment, s'expliquent notamment par une aversion à l'hospitalo-centrisme. Elles peuvent s'assortir d'une exigence de contrôle judiciaire de la privation de liberté qui

⁷ En d'autres lieux, ce médecin souligne : « Après, on contraint aux soins comme les délinquants sexuels, les alcooliques, ça existe en France tout ça ; je suis d'accord pour que la société contraigne les gens aux soins : je n'ai pas de problème, je suis tout à fait d'accord avec ça mais à condition que la décision soit prise par un juge. . . Avec une procédure contradictoire et pas avec des experts nommés par le juge » (C.L.).

Avec mon copain G., on souhaite depuis longtemps les soins sans consentement en ambulatoire car pendant longtemps, on a tordu la loi en faisant des placements volontaires pendant plusieurs années. Il y a des certificats de gens en permission depuis plusieurs années. Est-ce un problème éthique ? Quand est-ce que je vais arrêter de faire des certificats comme ça ? Il y a un cadre symbolique qui les libère de leur ambivalence. M.A. est un schizophrène dont je m'occupe depuis 1986 [...]. Il est en permission d'HDT depuis 5-6 ans. Je pense que lever l'HDT, ce serait le mettre en position d'être demandeur de soins. Il est trop ambivalent pour l'être. On pourrait le tenter – ça serait une question éthique. Le tenter, ce serait courir le risque qu'il arrête et recommencer à zéro. Tant que c'est un moindre mal et que ça n'entrave pas ses libertés. C'est soi-disant sous contrainte mais il trouve qu'on ne le voit pas assez et que ça ne dure pas assez longtemps (les entretiens). Les libertés individuelles et la santé publique, ça n'est pas le problème car on est au cœur d'une pathologie ultra-complexe et paradoxale [...]. Il faut voir ce que devient la contrainte au fil des mois et au fil des années ; ça leur donne de la liberté. Ça n'est pas prétentieux : il faut voir de qui on parle, il faut voir à quel niveau de pathologie ils sont. Ça n'est pas vous et moi. La psychiatrie publique, c'est gravissime. C'est de la survie psychique [...]. Ce qu'on arrive à faire, c'est que les soins sous contrainte en ambulatoire ne se fassent pas sentir. Les gens viennent ici avec plaisir, avec une demande même si on garde le cadre global par sécurité, pour un tiers symbolique ou que sais-je. Ils viennent de leur plein gré (L.M.).

rend sa cohérence au positionnement non hospitalo-centré voire anti-psychiatrique chez ces individus. L'exigence de contrôle judiciaire est amplifiée chez les opposants aux soins sans consentement en ambulatoire.

Positions critiques

La critique des soins sans consentement en ambulatoire s'opère autour de quatre axes : la question des principes, du respect des droits, qui peut éventuellement mobiliser l'exigence d'un contrôle judiciaire de toute privation de liberté ; le sens du soin et sa nature, posant la question de savoir ce qu'est le soin et ce qu'il devient lorsqu'il passe par une contrainte. Un troisième axe concerne la nature de la relation thérapeutique au patient : repose-t-elle sur des formes de négociation asymétrique, sur un contrat – engageant chacune des parties prenantes –, sur une relation de confiance ? Elle engage enfin la représentation de la personne malade en psychiatrie et partiellement la place qui

peut être faite à son refus de soins, à son refus d'entrer dans un cadre thérapeutique.

En premier lieu, la critique des soins contraints en ambulatoire comporte des degrés. Lorsque le pragmatisme, éventuellement étayé sur des arguments cliniques, cède le pas à une argumentation fondée sur des dispositions morales ou des principes normatifs, s'ouvre une brèche pour un discours critique à l'encontre de ces soins.

À l'argument pragmatique des partisans du programme de soins, s'oppose une réfutation fondée sur l'inutilité de ce programme, tenu pour un mauvais outil thérapeutique. Ce discours, apparemment pragmatique, est néanmoins fondé sur des arguments normatifs. Les soins sans consentement en ambulatoire sont alors critiqués au nom d'une antinomie entre soin et contrainte [5] et au nom de la place centrale conférée au consentement dans les soins. P.D., commentant les soins sans consentement en ambulatoire, souligne :

Ça ne remplacera jamais le consentement du patient et l'alliance thérapeutique, même avec des patients schizophrènes. [...] pour une part non négligeable des patients, notamment schizophrènes ou bipolaires, même quand on fait tout ça bien (*i.e.* l'éducation thérapeutique), ça suffit pas et ça ne marche pas. Leur signifier l'obligation de se soigner à l'extérieur – dans la mesure où la police n'ira jamais leur distribuer leurs gouttes – ça ne sert strictement à rien.

La profession s'est en effet partagée sur la question des soins sans consentement en ambulatoire, dans la mesure où se trouve en jeu une représentation de la fonction de l'hôpital et des moyens de contrainte qui y sont associés.

La loi [...] introduit le soin contraint à domicile. [...] Je vous ai expliqué pourquoi je pensais que le soin contraint, ça n'est pas vraiment du soin. . . au moins contraint sur une mesure permanente, même si c'est que quelques jours, la contrainte ne dure que quelques jours. [...] Mais être chez soi ou être dans un foyer, ce ne sont pas des lieux de soin ; c'est un lieu où on peut seulement y recevoir des soins si on décide [...]. La contrainte ne peut s'exercer que dans un lieu de soin, pour moi c'est la question clé, c'est la question sur le plan éthique parce que la contrainte n'est pas une contrainte en soi mais une contrainte dans un but de pouvoir accéder à un travail relationnel par un traitement et pour enfermer la personne au nom de sa dangerosité par nature ou autre [...]. Elle pose donc la question de quelles pratiques psychiatriques nous exerçons (J.M.).

Le programme de soins est alors récusé au nom d'une certaine conception du soin.

Enfin, les arguments normatifs s'incarnent parfois dans des dispositions morales qui mettent en œuvre, dans certains cas, une représentation du patient soucieuse du respect de son humanité.

Un patient n'est pas patient tout le temps, il peut être humain aussi [...]. Avec les soins sans consentement en ambulatoire, on va contraindre le patient à ne jamais avoir cette espèce de dignité où il va avoir à un moment son mot à dire sur sa maladie – c'est un peu particulier en termes éthiques ; je vois la logique : on veut le contraindre pour éviter une récurrence et un passage à l'acte à l'extérieur – en termes éthiques, ça pose des problèmes. On nie sa capacité d'être humain à se prendre en charge soi-même [...]. Avec le soin sans consentement en ambulatoire maintenant, on nie qu'à un moment il échappe à la contrainte, qu'il échappe à la prise en charge (B.C.).

La déclinaison des positions à l'égard des soins sans consentement en ambulatoire – qu'elles y soient favorables, quelque peu critiques comme ici, ou radicalement opposées, comme nous allons le voir – permet de saisir le rôle conféré à la référence à des principes dans la radicalisation de la critique. Le programme de soins est loué et apprécié pour ses avantages pratiques/pragmatiques, dans une configuration où prévaut l'idée que « la fin justifie les moyens », dans une logique non kantienne⁸. En revanche, les positions les plus virulentes prises à son endroit sont nourries d'une référence aux droits individuels et fondées sur une certaine représentation du soin. Elles émanent souvent d'individus très engagés et marqués politiquement.

Positions radicalement opposées aux soins sans consentement en ambulatoire

Les critiques les plus virulentes à l'égard des soins sans consentement en ambulatoire soulignent l'exigence de respect des droits individuels et de certains droits constitutionnels. En effet, la question de l'autonomie individuelle se pose de façon singulière, lorsque les patients sont intégrés dans des programmes de soins à l'issue d'une hospitalisation sous contrainte, en particulier dans le cadre d'une HDT plutôt que d'une HO. Ces critiques font écho à la décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012 rappelant qu'en

⁸ Une logique comparable a été mise en évidence dans d'autres travaux [6]. Pour une part, « nous avons noté que du côté droit (de l'échiquier politique), le souci du pragmatisme, des contraintes économiques et de l'efficacité est plus prégnant ». « La place centrale conférée à certains principes de justice fondamentaux, dans la dénonciation ou l'expression de sentiments d'injustice en atteste, tout de même que l'attitude à l'égard des inégalités et les jugements d'injustice d'enquêtés exprimant des préférences politiques marquées en faveur de la gauche et de l'extrême gauche. »

dehors des cas d'hospitalisation complète, les soins sous contrainte ne sauraient être l'objet d'une coercition.

Ce jugement est également présent du côté médical. M.J. considère, s'agissant de la contrainte de soins en ambulatoire, que : « Dans les faits, je ne crois pas que ça soit très efficace et, en pratique, s'octroyer la possibilité de se rendre... au domicile d'un patient dans sa vie privée pour le contraindre à des soins, je trouve que c'est un degré de plus dans le viol de la liberté des personnes ». De même, pour P.H. :

Le côté liberticide de... supprimer certaines libertés, ça doit rester temporaire [...]. C'est tout le paradoxe avec les soins ambulatoires sous contrainte, d'abord il n'y a pas le contrôle par le juge. C'est un paradoxe [...]. La judiciarisation a débuté mais le problème c'est qu'elle se limite aux soins à l'hôpital et pas aux soins ambulatoires sous contrainte... ce qui fait que si un collègue met en place des soins ambulatoires sous contrainte, aucun juge n'ira contrôler, vérifier ce qui est en place, et ça c'est un peu embêtant de ce point de vue-là... .

D'autres principes, de rang constitutionnel, sont évoqués :

« Le programme de soins signifie la possibilité de surveiller et d'enfermer, de traiter de force les gens chez eux [...]. C'est attentatoire à la liberté fondamentale... à l'intégrité du domicile, à l'intégrité du corps humain. C'est une obligation de soins sans qu'elle soit considérée comme une contrainte !!! Les injections retard chez soi ne sont pas considérées comme une contrainte !!! [...] Les choses se sont durcies avec la nouvelle loi car c'est le soin lui-même qui est maintenant une contrainte. En 1990, c'était l'hospitalisation qui était sans consentement. Aujourd'hui, c'est une contrainte qui ne se dit pas en tant que telle. Il y a un déni symbolique de la contrainte » (O.L.).

Ces prises de position, recueillies dans le cadre d'entretiens anonymes, ont néanmoins été exprimées publiquement par certaines associations et professionnels de la psychiatrie, défendant la suppression de « la contrainte de soins ambulatoires », notamment dans le texte « Pour une réforme de la loi du 5 juillet 2011 – La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou accentuation des devoirs pour les patients et les professionnels ? » [1], où sont défendus l'acceptation des soins, « un contrat de soins, plus impliquant pour le patient et contrôlé par le juge comme dans le cas des obligations de soins », c'est-à-dire « une

logique de partenariat » impliquant soignants, patient et pairs, ou encore, « un soin ambulatoire librement consenti » d'une part, et où sont mis en cause, d'autre part, les traitements retard injectables et l'intrusion dans la vie privée des personnes malades.

Un droit à la liberté pour les psychotiques ?

Un des axes forts du clivage relatif à l'obligation de soins en ambulatoire réside dans la représentation du sens de la liberté pour les patients, notamment les plus malades de la psychiatrie. La promotion des libertés individuelles semble être à certains le fruit des circonstances, d'un climat propre à notre temps. En revanche, le souci pour la défense des droits individuels pour tout citoyen, malade ou non malade, anime les plus fervents opposants aux soins sans consentement en ambulatoire.

De façon fondamentale, c'est sur la question du sens de l'autonomie et de la liberté individuelle pour des patients gravement malades que se partagent les médecins. Considérer que l'aliénation et la privation de liberté sont principalement et avant tout le fait de la maladie facilite l'imposition de la contrainte, qu'elle s'opère au sein des murs de l'hôpital ou à l'extérieur, et participe de son euphémisation. Les représentations de la maladie mentale et des capacités qu'on y associe jouent un rôle déterminant dans l'imposition de la contrainte ainsi que sur les attitudes et les jugements que l'on formule à son égard.

Ce médecin, s'inscrivant dans une tradition émanant d'H. Ey, le perçoit : « je ne peux pas envisager que le psychotique, en particulier, ait une liberté individuelle. Je considère, et c'est peut-être le défaut. . . qu'il est aliéné, au sens du a – privatif – avec le lien derrière donc – et qu'il est prisonnier de sa maladie, donc qu'il n'est pas libre. C'est là-dessus qu'il faut travailler, c'est sur son absence de liberté liée à sa maladie ; moi je suis là-dedans, sinon mon travail s'écroule [. . .]. Pour moi, le malade mental, au sens grand malade, grand psychotique, n'est pas libre, donc il ne peut pas revendiquer sa liberté individuelle » (F.C.). Un autre s'exclame : « la liberté de l'aliéné ? ! Merci !! Ce sont les moins libres de tous, nos aliénés. C'est la folie qui les aliène, c'est pas nous » (A.L.). Nombreux sont les médecins, notamment de l'ancienne génération, à partager cette interprétation.

Toutefois, ce type de position conduit, dans certains cas, à récuser la pertinence de la liberté formelle que les patients en psychiatrie ont au même titre que tout citoyen (voir encadré suivant).

Du point de vue légal et de la citoyenneté, se trouvent mis en question le statut du malade psychiatrique dans la société et la possibilité qu'il puisse être reconnu comme un concitoyen. D'un point de vue philosophique, se pose la

« [. . .] l'erreur, y compris du Conseil constitutionnel dans la loi du 5 juillet 2011, vient du fait qu'on a considéré que c'était une privation de liberté comme les autres privations de liberté et d'ailleurs, on a désigné des juges des libertés et de la détention parce qu'on a assimilé ça aux deux autres situations que gèrent les juges des libertés et de la détention : les étrangers en situation irrégulière et les détenus. Et c'est une erreur qui est basée sur un déni, en donnant pour mission – ce qui montre bien qu'on est dans le déni – pour les juges des libertés et de la détention d'évaluer si la privation de liberté se justifiait par la gravité de la pathologie. Ça, le juge n'est pas en mesure, et n'a aucune légitimité, compétence à évaluer la pathologie [. . .] » (B.L.).

question du sens de la liberté individuelle pour ces patients et pour ceux que l'on a longtemps désignés comme des aliénés, dans un contexte où la médecine est marquée par une tradition paternaliste. Ces patients étant considérés comme aliénés par leur maladie, l'utilité négative induite par l'imposition de la contrainte serait finalement secondaire et faible alors que sous un autre angle, on peut mettre en lumière un non-respect des droits d'un citoyen. D'autres médecins considèrent ainsi qu'à la souffrance de la maladie mentale ne doit pas s'ajouter la privation de droit et l'infantilisation.

Néanmoins, la question se trouve peut-être mal posée car en éthique appliquée et dans le domaine médical, on tend à surévaluer l'autonomie comme expression de la liberté ([8], p. 4-5). On peine à sortir de l'alternative entre défense des droits de l'individu et paternalisme. La liberté formelle ne peut être seule prise en compte. On peut ainsi considérer, comme A.L., qu'il est plus essentiel d'accéder aux soins et de pouvoir jouir d'une liberté réelle⁹ – dont l'accès à des soins de santé est une composante décisive – que simplement d'une liberté formelle, que

« mettre un fou souffrant 1 000 morts dans un monde d'horreur, le laissant se démerder avec ça sans le soigner, au nom des droits de l'homme, ça n'est pas les droits de l'homme [. . .]. Le droit de l'homme, c'est d'être soigné et quand tu souffres, de pouvoir trouver un soulagement et non pas le droit d'aller souffrir tout seul dans son coin, au nom de la liberté.

⁹ C'est-à-dire de libertés dont les conditions matérielles de leur exercice sont garanties. En l'occurrence, la liberté réelle consiste dans la possibilité réelle de faire ce que les lois permettent.

Il convient toutefois de distinguer parmi les acceptions du concept de liberté¹⁰. Si l'on peut considérer que le sens de l'autonomie qui est aujourd'hui promu, en contexte libéral, peut être inadapté à ce que l'on est en droit d'attendre de certains citoyens (les personnes âgées dépendantes, les personnes malades, certains patients de la psychiatrie), en revanche on ne peut récuser la liberté formelle et leurs droits constitutionnels aux citoyens de ce pays, quelles que soient leurs pathologies. On ne peut s'autoriser de la difficulté de certains individus à satisfaire l'injonction à l'autonomie, portée par notre époque et supposant en particulier l'indépendance¹¹, pour ne pas respecter des droits fondamentaux qui leur sont reconnus en tant que citoyens.

Conclusion

Les arguments qui se sont affrontés dans le débat relatif aux soins sans consentement en ambulatoire se distribuent sur un éventail allant du pragmatisme à la défense de principes fondamentaux de rang constitutionnel. Chacun avance des raisons acceptables, c'est-à-dire à la fois partageables avec autrui et communicables, mais pour certaines irrédûciblement conciliables. Notre propos n'était pas de récuser la différence entre les fonctionnements psychiques d'un patient suivi pour une pathologie lourde en psychiatrie et d'un individu ordinaire ou entre leurs capacités mais de souligner que le statut et la protection de certains droits fondamentaux peuvent faire l'objet d'une préoccupation différenciée en contexte médical. Il est courant, aujourd'hui

encore, que le respect des droits individuels constitutionnels de certains patients passe au second plan au nom de motifs pragmatiques ou s'enracinant dans un souci indéniablement médical mais paternaliste et discriminant.

Liens d'intérêts : les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Alary P. « *Pour une réforme de la Loi du 5 juillet 2011 – La loi du 5 juillet 2011 : protection des usagers ou accentuation des devoirs pour les patients et les professionnels ?* », 2012.
2. Bajoit G, Franssen A. *Les jeunes dans la compétition culturelle*. Paris : Presses Universitaires de France, 1995.
3. Boudon R. *Le Juste et le Vrai*. Paris : Fayard, 1995.
4. Dubet F. *Les inégalités multipliées*. La Tour d'Aigues : Éditions de l'Aube, 2000.
5. « *Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique ?* ». Communication proposée au colloque de l'Espace éthique méditerranéen sur « Liberté et contrainte en psychiatrie. Enjeux éthiques » Hôpital Adultes de La Timone, Marseille, 2014.
6. « Sentiments d'injustice, conceptions du juste et positionnement politique », *Daimon. Revista Internacional de Filosofía*. Université de Murcie 2014, 62 [à paraître].
7. Martuccelli D. Figures de la domination. *Rev Fr Sociol* 2004 ; 45 : 469-97.
8. Marzano M. *Je consens, donc je suis. Éthique de l'autonomie*. Paris : PUF, 2006.

¹⁰ Comme le souligne ce médecin, « être responsable aujourd'hui, c'est quoi ? Être responsable et citoyen aujourd'hui, c'est être seul et être aux prises avec une multiplicité de difficultés » (P.A.).

¹¹ L'autonomie promue en contexte libéral, indexée sur l'indépendance et le projet, est porteuse d'exclusion, y compris pour des individus qui ne sont pas patients de la psychiatrie. L'injonction à l'autonomie peut prendre la forme d'un appel à la performance, au milieu d'une concurrence généralisée [2, 4]. L'injonction à l'indépendance met en demeure l'individu de ne dépendre de personne [7].