

Les mesures de contrainte

Approche juridique et philosophique

Tännler Charles
Groupe 404

Travail de maturité

Direction : Stefan Imhoof

Collège Rousseau
Octobre 2014

Table des matières

Introduction	4
Analyse juridique	5
Le consentement libre et éclairé	5
<i>Origine de ce principe</i>	5
<i>Le droit à la personnalité</i>	5
<i>Le droit du patient</i>	6
<i>Le consentement libre et éclairé</i>	6
<i>Incapacité de discernement</i>	7
<i>Mandat pour cause d'inaptitude</i>	8
<i>Directives anticipées</i>	8
<i>Représentant thérapeutique</i>	9
<i>Urgences</i>	9
Mesures de contraintes	9
<i>Raisons d'une mesure de contrainte</i>	9
<i>Situation d'une mesure de contrainte</i>	9
<i>Le placement à des fins d'assistances</i>	9
<i>Admission non volontaire</i>	9
<i>La contrainte, une distinction</i>	11
<i>Sortie de l'établissement après une mesure de contrainte</i>	12
L'autonomie	13
Définition de l'autonomie	13
Autonomie morale	14
Autonomie personnelle	14
<i>Les théories de l'autonomie personnelle</i>	15
<i>Théories neutres</i>	16
<i>Théories substantielles</i>	17
<i>Le respect de l'autonomie</i>	18
<i>Des conditions préalables</i>	19
<i>Des éléments de l'information</i>	21
<i>Des éléments du consentement</i>	22

Interviews	24
Interview du médecin	24
Interview du patient	29
Conclusion	33
Bibliographie	34
Remerciements	36

Introduction

La question des soins sous contrainte est peu connue du public qui n'est pas souvent en contact avec ce type de problèmes. Pourtant, cette problématique n'est pas anodine et fait apparaître divers problèmes juridiques et éthiques. La situation est la suivante : un patient souffre d'une maladie grave, il a la possibilité de se faire soigner, peut-il le refuser ? Et que faire en cas de perte ou d'absence de la capacité de discernement ? J'ai choisi ce sujet car je cherchais un thème de travail de maturité qui allie les deux branches dans lesquelles je voulais peut-être m'engager pour l'avenir, c'est-à-dire la médecine et le droit, alliés à la philosophie, branche qui m'intéresse particulièrement. Le sujet en lui-même est venu fortuitement, mais m'a paru adapté à ce que je cherchais. Ce qui m'a surtout intéressé dans cette recherche, ce sont les problèmes éthiques que pose la procédure juridique gérant les mesures de contrainte ; est-ce que la loi régule d'une manière juste ce problème, laisse-t-elle de la place à des abus, y a-t-il des failles, peut-on l'améliorer, quels sont les cas qui ont posés problème, comment ont-ils été résolus, etc... Le problème de la contrainte pose principalement la question de l'autonomie, car elle s'arrête là où commence la contrainte. Mon analyse se focalisera sur la Suisse et plus particulièrement sur Genève. Pourtant ces problèmes sont internationaux, comme le sont les lois qui les régulent. Chaque pays, et par extension pour la Suisse, chaque canton, interprète ensuite de manière différente les grands principes régissant cette situation. Au niveau de la bioéthique, le principal texte de loi impliqué dans cette discussion est la convention qui se charge de poser les principes généraux, c'est-à-dire la convention d'Oviedo, ratifiée par la Suisse le premier novembre 2008. Le chapitre II est consacré à la contrainte et au consentement dans le domaine médical, et le traitement sous contrainte est totalement interdit, à l'exception du cas où la santé de la personne concernée est mise en péril. Cette loi est donc déjà, au niveau international, extrêmement restrictive. Cependant, la Suisse dépasse, dans sa législation, le droit international, car elle rajoute, comme condition d'exception, le cas où la personne concernée met autrui en péril. Cette décision a été prise dans la nouvelle version du droit de protection de l'adulte du premier janvier 2013. La position de la Suisse allant déjà au-delà de ce que permet la position internationale, la question du traitement sous contrainte est d'autant plus sensible et importante à clarifier. C'est ce que je vais essayer de faire dans ma recherche.

Celle-ci se compose de trois parties. Je tenterai tout d'abord d'expliquer comment la Suisse et plus particulièrement Genève régule le problème des soins sous contrainte au niveau juridique. Puis, j'évoquerai différentes opinions bioéthiques à ce sujet, en concentrant mon attention sur la question de l'autonomie. Pour finir, j'exposerai deux points de vue différents au sujet de cette problématique, celui d'un médecin, et celui d'une personne soumise à ces soins.

Analyse juridique

Le consentement libre et éclairé

Avant de commencer à s'intéresser aux mesures de contraintes en elle-même, il est primordial de savoir quels droits le patient possède, dans une relation avec le corps médical. Il faut s'intéresser à la règle dont la mesure de contrainte est l'exception.

Le principe de base qui régit toute relation entre patient et médecin est le consentement libre et éclairé: « La volonté du patient doit être respectée », c'est-à-dire l'autodétermination. Pour ne pas tout de suite entrer dans les détails, ce principe peut être résumé de telle façon :

Le patient doit être capable de comprendre toutes mesures proposées par le médecin, et doit trancher librement pour la mise en place de cette mesure, le médecin n'ayant aucun pouvoir sur la décision prise par le patient.

Origine de ce principe

Ce principe de base vient de deux autres principes encore plus généraux et « inviolables ». Le droit à la personnalité et le droit du patient.

Le droit à la personnalité

Le droit à la personnalité s'applique à toute personne physique, née vivante, pouvant jouir des droits Civils. La Convention Européenne des Droits de l'Homme, ratifiée par la Suisse, protège la personnalité. C'est un principe tenant du droit privé, d'après l'article 28 du Code Civil, qui dit que toute atteinte à la personnalité est illicite

« à moins qu'elle ne soit justifiée par le consentement de la victime, par un intérêt prépondérant privé ou public, ou par la loi. » (art. 28 CC al.2).

La personnalité n'est pas définie dans le code civil, mais la jurisprudence fixe sa portée à « tous les biens qui appartiennent à une personne du fait de son existence, qu'il s'agisse de valeurs physiques, psychiques, morales ou sociales ».

Cela inclut le droit à la vie, à l'intégrité corporelle, à l'honneur, au domaine privé, à la liberté de pensée, d'association, d'expression, au droit à la famille etc...

L'article 28 alinéa 1 du code Civil met en place la possibilité de recourir à la justice dans le but de se protéger contre des intrusions possibles à la personnalité. Cet article ne requiert que, comme condition à son application, la capacité de discernement¹, c'est-à-dire que les mineurs et les interdits jouissant de leur capacité de discernement ont le droit de se faire protéger par la justice sans le consentement de leurs représentants légaux. Ce principe est donc fondé sur la personnalité en tant qu'entité absolue. On peut l'apparenter à une sorte de bulle privée, d'intimité, dont toute personne serait dotée. Et toute intrusion dans cette sphère est considérée comme illicite par la loi.

¹ <https://ticsipd.rotectionPersonnaliteCH.php>

La loi prévoit trois exceptions à ce principe absolu :

- Si l'intrusion dans la bulle privée est justifiée par le consentement de la victime
- Si elle est justifiée par « un intérêt prépondérant privé ou public »
- Si elle est justifiée par la loi

La première exception pose la base du consentement éclairé, en effet dans le cadre de toute relation médecin-patient, le médecin est obligé de pénétrer dans la sphère privée du patient, en l'inspectant physiquement, en lui posant des questions personnelles, etc... Cela est considéré comme une atteinte à la personnalité. Le consentement du patient est donc nécessaire.

Le droit du patient

Ce droit est mis en place dans les lois sanitaires cantonales. Ils y exposent les droits des patients, dont le droit à être informé² et le consentement libre et éclairé³.

Le consentement libre et éclairé

Comme expliqué précédemment, le patient a des droits fondamentaux, et une bulle privée dans laquelle nul n'a le droit de pénétrer. Le médecin doit pourtant bien le faire pour être en mesure de soigner le patient et cela est considéré comme une atteinte à l'intégrité physique ou psychique du patient. Celui-ci doit donner alors son consentement libre et éclairé. Ce droit fondamental est protégé au niveau national⁴, ainsi qu'au niveau international⁵. Tous ces articles défendent la vie privée du patient, dans laquelle est inclu le consentement libre et éclairé.

Pour que le consentement du patient soit en règle, il faut savoir si la personne en question est apte à comprendre toute la portée de la mesure proposée ; la loi a donc établi des conditions, sans lesquelles le consentement du patient n'est pas considéré comme valide.

La première condition est que le patient doit être majeur et ne pas être sous curatelle de portée générale. La loi considère qu'un mineur ou une personne sous curatelle de portée générale ou sous curatelle de coopération (n'inclut ni la curatelle d'accompagnement, ni la curatelle de représentation, ni la curatelle de coopération si les actes exigeant l'accord du curateur n'ont rien à voir avec une décision pour la santé du patient) ne sont pas capables de prendre en compte les conséquences et les implications d'une décision concernant leur santé. Une exception à cette condition est fournie par l'article 19 al. 2 du Code Civil, qui dit que les personnes mineures et sous curatelles générales ayant la capacité de discernement n'ont pas besoin du consentement de leur représentant légal pour « acquérir à titre purement gratuit ni pour régler les affaires mineures se rapportant à leur vie quotidienne. » Cela inclut la conclusion d'un contrat de soin, si les coûts sont pris en charge par une assurance ou qu'ils

2 Art. 45 K1 03

3 Art. 46 K1 03

4 Art.10 Cst. Féd.

5 Art. 17 du pacte relatif aux droits civils et politiques ; art. 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme

6 Bases juridiques pour le quotidien du médecin, un guide pratique, édité par ASSM et FMH, Chapitre 4.1

sont gratuits⁶.

Le patient doit aussi être capable de discernement. Est capable de discernement « toute personne qui n'est pas privée de la faculté d'agir raisonnablement en raison de son jeune âge, de déficience mentale, de troubles psychiques, d'ivresse ou d'autres causes semblables »⁷. Le patient doit être capable de comprendre la situation ainsi que les informations concernant la proposition du médecin, concernant la décision à prendre, il doit être capable d'évaluer les conséquences de sa décision, pouvoir se projeter dans l'une ou l'autre des alternatives proposées etc... Cette condition est une présomption, c'est-à-dire que la capacité de discernement est présumée jusqu'à preuve du contraire.

La décision du patient doit être libre, c'est-à-dire qu'il doit pouvoir prendre une décision sans aucune pression. Les différentes pressions peuvent venir : du médecin (les phrases du type « À votre place, je... », « Si j'étais vous, je... » sont déjà considérées comme étant un moyen de pression); une autre pression de la part du corps médical peut être la rapidité avec laquelle la décision doit être prise, s'il est demandé au patient une décision dans les 24 heures, par exemple, c'est aussi considéré comme une pression sur la décision du patient car celui-ci n'a pas forcément le temps de réfléchir calmement et rationnellement (étant donné qu'il doit décider dans l'urgence). Une pression peut aussi venir du domaine social (la famille peut exercer une forte pression sur le patient, à travers des croyances religieuses, des croyances tout court, les assurances peuvent trouver des moyens d'exercer une pression, les amis etc...)

La décision du patient doit être éclairée, c'est-à-dire qu'il doit avoir assez d'informations pour prendre une décision. Que veut dire « assez d'informations » ? D'après l'article 377 alinéa 2 du Code Civil, le médecin doit informer le patient « sur tous les aspects pertinents du traitement envisagé, notamment sur ses raisons, son but, sa nature, ses modalités, ses risques et effets secondaires, son coût, ainsi que sur les conséquences d'un défaut de traitement et sur l'existence d'autres traitements. ». Le patient pourra toujours demander des informations supplémentaires. Sans ces informations, la décision du patient quant au traitement proposé ne relève pas d'un choix éclairé d'après la justice. Le langage est donc très important pour ce genre de mesures, car la transmission de l'information doit être claire et précise. Le langage doit donc être compréhensible des deux côtés, ce qui pose la question des interprètes pour les décisions requérant le consentement éclairé. Est-ce qu'avec un interprète, la transmission des informations est assez claire pour le patient ainsi que pour le médecin ? La terminologie utilisée par le médecin est aussi importante, il doit faire très attention à ne pas utiliser un jargon difficilement compréhensible par le patient, qui n'est pas forcément familiarisé avec ce type de discours.

Incapacité de discernement

Comme vu précédemment, si le patient n'a pas sa capacité de discernement, il ne peut pas donner un consentement éclairé, car le patient est présumé incapable de prendre en compte toutes les mesures, toutes les conséquences de ses choix, ainsi que de raisonner rationnellement. On considère alors que le patient n'est pas apte à exprimer un jugement, un avis, à donner une décision. Dans un cas d'urgence, on considère l'intérêt présumé du patient, lorsqu'il

⁷ Art. 16 CC.

n'a pas sa capacité de discernement, et l'idée d'« intérêt présumé » n'étant pas très claire, on peut croire que le patient a perdu toute aptitude à prendre des décisions. Cependant, si un patient n'a pas sa capacité de discernement à un moment précis, cela ne veut pas dire qu'il ne l'avait pas avant, et qu'il n'avait pas formulé d'avis rationnels au sujet d'un traitement, ou d'une mesure. C'est pour cela qu'il y a des moyens pour que le patient puisse prendre des mesures à l'avance sur ce qu'il souhaite ou ne souhaite pas. On les appelle « mesures de prévoyance », et qui ont pour but de faire perdurer son droit à l'autodétermination au-delà de sa capacité de discernement.

Mandat pour cause d'inaptitude (art 360 ss CC)

Le premier moyen à disposition est le mandat pour cause d'inaptitude. Il doit être écrit avant une perte de capacité de discernement. Il règle la question de la représentation juridique lors d'une perte de la capacité de discernement.

« Toute personne ayant l'exercice des droits civils (mandant) peut charger une personne physique ou morale (mandataire) de lui fournir une assistance personnelle, de gérer son patrimoine ou de la représenter dans les rapports juridiques avec les tiers au cas où elle deviendrait incapable de discernement. »⁸ Le mandat pour cause d'inaptitude suit les règles imposées par les articles 394 et suivant du droit des obligations.

Le mandant doit indiquer les tâches multiples du mandataire : assistance personnelle, gestion du patrimoine etc⁹... Il est obligatoire que le mandataire écrive ce mandat en étant capable de discernement, sans quoi le mandat ne vaut rien. Mais étant donné que la capacité de discernement est une présomption, il y a peu de cas où l'on arrive à prouver que la personne n'était pas capable de discernement lors de l'écriture du mandat. De plus, celui-ci doit être rédigé en forme authentique (dressée par un notaire) ou olographique (entièrement écrit, daté et signé à la main), ce qui réduit les chances d'un mandat écrit sans capacité de discernement. Le mandant a la possibilité de révoquer ou de modifier le mandat. Le mandataire doit être majeur et capable de discernement. Il peut tout à fait refuser un mandat, ou le résilier lorsqu'il le veut.¹⁰

Les directives anticipées

C'est une mesure qui permet au patient de prévoir quels soins médicaux il/elle est d'accord d'accepter ou qu'il/elle refuse. Elles ont pour but de prolonger le plus possible le droit à l'autodétermination du patient, en prévenant les possibles pertes de capacité de discernement. « Toute personne capable de discernement peut déterminer, dans des directives anticipées, les traitements médicaux auxquels elle consent ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement. »¹¹ Comme pour le mandat pour cause d'inaptitude, les directives anticipées doivent être rédigées avec la capacité de discernement. Un patient peut y indiquer : une personne à (ne pas) contacter, une acceptation ou non d'un traitement qui ne soit pas vital (en cas de refus d'un traitement vital, il faut indiquer les alternatives possibles), une désignation d'un traitement précis, des indications au sujet de quels médicaments (ne pas) utiliser, des

8 Art. 360 al. 1 CC

9 Art. 360 al. 2 CC

10 Art. 360 al. 3 CC et art 367 al. 1 CC

11 Art. 370 al. 1 CC

12 Directives anticipées, Shirin Hatam, pro mente sana

indications concernant l'accès à son argent etc...¹²

Ces deux moyens à disposition des gens souffrant de maladies qui leur font perdre occasionnellement leur capacité de discernement sont extrêmement importants. En effet, ce sont les deux seuls moyens de préserver leur autonomie au-delà d'une maladie.

Représentant thérapeutique

Le représentant thérapeutique est la personne qui, pour une personne ne possédant plus sa capacité de discernement, établit un plan de traitement avec le médecin. Il décide quel traitement administrer à la personne, sous quelle forme, il est informé des alternatives etc... Si le patient a rédigé des directives anticipées, le représentant thérapeutique est sommé de les suivre. On requiert le consentement libre et éclairé du représentant thérapeutique au moment de l'établissement du traitement.

Le représentant est désigné par les directives anticipées ou par le mandat pour cause d'incapacité. Dans l'absence de celle-ci, une hiérarchie est établie : le curateur, puis, faute de curateur, dans l'ordre, le conjoint du patient, la personne avec qui il vit, ses descendants, ses parents et enfin ses frères et sœurs.¹³

L'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte peut intervenir dans la désignation du représentant thérapeutique lorsqu'il y a une impossibilité à déterminer un représentant, lorsqu'il y a désaccord entre différents représentants, et lorsque les intérêts du patient ne semblent pas être protégés et risquent d'être compromis. Elle assigne donc une curatelle et désigne le curateur.¹⁴

Urgences

Lors de cas d'urgences, lorsque la vie du patient est en danger et qu'il faut le traiter rapidement, le médecin prend en compte la volonté et les intérêts présumés du patient.¹⁵

Mesures de contraintes

Une mesure de contrainte est une mesure qui porte atteinte à la volonté d'une personne.

Comme vu précédemment, les mesures de contraintes sont par principe interdites. Elles violent l'autodétermination du patient, elles violent le droit à la personnalité, elles violent la volonté du patient, elles violent le droit à la liberté personnelle. Elles doivent donc être de l'ordre de l'exception. La contrainte est interdite par la constitution dans le fait qu'elle en viole l'article dix, elle est aussi interdite dans le code pénal¹⁶ ainsi que dans les lois cantonales de la santé (ex : Genève art. 35 K1 03 LS).

Raisons d'une mesure de contrainte

La contrainte étant interdite, il faut de solides raisons pour ordonner une mesure contrai-

13 Art. 378 al. 1 CC

14 Art. 381 al. 1 et al. 2 CC

15 Art. 379 CC

16 Art. 181 Cp

gnante. Une mesure de contrainte peut être utilisée lorsque l'individu représente un grave danger menaçant sa propre intégrité corporelle ou celle de tiers. Un schizophrène pourrait être dangereux pour soi-même mais aussi pour ses proches. Elle peut être aussi utilisée lorsque elle a pour but de faire cesser une grave perturbation de la vie communautaire. Un homme ayant une maladie contagieuse et ne voulant pas être soigné pourrait y être contraint à cause du caractère contagieux de sa maladie, qui mettrait en péril une communauté.

Situation d'une mesure de contrainte

Il y a deux situations principales où il est possible d'utiliser la contrainte : la situation de l'urgence et celle de non-urgence.

Dans la situation d'urgence, une mesure de contrainte n'est pas contestée, on agit selon l'intérêt présumé du patient.

Dans une situation où il n'est pas question d'urgence, pour qu'une mesure de contrainte soit envisageable, il faut qu'elle soit absolument nécessaire, c'est-à-dire qu'elle ne peut être remplacée par une autre mesure plus douce. C'est donc une mesure de dernier recours. On ne peut utiliser la contrainte lorsque d'autres alternatives plus douces n'ont pas encore été essayées. Une telle mesure doit de plus suivre le principe de proportionnalité, elle doit être proportionnelle à la gravité de la situation, de la maladie, des actes etc... Et surtout, une mesure de contrainte doit être réversible. Tenant de l'ordre de l'exceptionnel, il faut s'assurer qu'une mesure de contrainte soit levée le plus vite possible, car elle viole beaucoup de droits fondamentaux de l'Homme.

Le placement à fin d'assistance ou de traitement

Le placement à fin d'assistance (PAFA ou PLAFa) est la première mesure de contrainte qui est utilisée. Un placement à fin d'assistance place un individu dans une institution, dans le but de « l'assister ». Une mesure de contrainte ne peut être effectuée hors d'une institution dans le cadre médical, le PAFA est donc très important en ce qui concerne la contrainte. Le patient est contraint à séjourner dans une institution, cette mesure peut être accompagnée ou non d'un traitement (possiblement forcé aussi), mais le placement à des fins d'assistance lui-même est déjà une mesure de contrainte.

Admission non volontaire

Pour placer une personne, il faut qu'elle soit dans un état de faiblesse, c'est-à-dire un état de « troubles psychiques, d'une déficience mentale ou d'un grave état d'abandon »¹⁷. Elle doit être donc dans un état de suprême faiblesse et ne plus pouvoir vivre normalement, de façon autonome. Il faut aussi prendre en considération les charges que la personne dans un état de faiblesse représente pour son entourage ainsi que le danger qu'elle représente pour les tiers.¹⁸ Le PAFA étant une mesure de contrainte comme les autres, il est utilisé seulement lorsqu'il est nécessaire, en dernier recours, et lorsqu'aucune autre possibilité moins drastique de réduire l'état de faiblesse est envisageable. Le placement est donc effectué uniquement lorsque cette mesure est la seule qui permettrait au patient de se soigner le plus efficacement possible. Il peut aussi être utilisé, comme vu précédemment, dans une situation d'urgences, comme toute

¹⁷ art 426 al. 1 CC

¹⁸ art 426 al. 2 CC

mesure de contrainte.

Cette mesure étant le premier pas vers le traitement sous contrainte, elle ne peut être utilisée ou demandée par tout le monde. C'est pourquoi il y a peu de gens qui sont habilités à déclarer un placement à des fins d'assistance. L'autorité de protection de l'enfant et de l'adulte est l'instance la plus importante dans le cas d'un placement à fin d'assistance. Elle peut placer n'importe qui pour une durée à peu près illimitée (un examen périodique tout les six mois est obligatoire¹⁹). Il y a cependant quelques conditions : comme vu ci-dessus, la personne placée doit être en état de grande faiblesse, de plus, l'APAE doit fonder sa décision sur un constat médical²⁰. De plus, la personne placée a le droit d'être entendue²¹.

Le code civil prévoit aussi qu'un médecin sélectionné par le Canton peut aussi placer quelqu'un mais avec une durée limitée de six semaines (la durée peut être prolongée par l'autorité de protection de l'adulte). Chaque canton décide sur quoi il fonde ses critères dans le choix des médecins habilités à ordonner un PAFA. À Genève par exemple, le médecin doit être en possession d'une formation post-graduée reconnue, figurer au registre de sa profession, ne pas être parent ni allié du malade et ne pas travailler dans le même service où sera pris en charge le malade²². Les règles pour le placement à fin d'assistance, lorsque c'est un médecin qui le fait, sont plus strictes que celles de l'APAE: il doit figurer sur la décision de placement le lieu et la date, qui a ordonné le placement, les résultats ainsi que les buts à atteindre et les voies de recours²³.

Une décision de libération est prise par le tribunal de protection de l'adulte, lorsque le médecin responsable du service où la personne est placée pense que son état le permet. Le médecin qui a placé une personne n'a aucun droit de la libérer, cette décision revient au tribunal. Il y a une possibilité de recourir en tout temps contre un placement à fin d'assistance, et ce recours peut venir du malade, de sa famille, de son représentant thérapeutique, de son curateur et/ou de son avocat. Le recours est adressé au médecin responsable du service où la personne est placée. S'il accepte de faire sortir le patient, il le fait savoir au tribunal qui officialise la décision. S'il ne l'accepte pas, l'intéressé peut recourir au juge²⁴.

La loi genevoise institue une commission de surveillance qui a pour tâche de surveiller les privations de libertés à fin d'assistance²⁵. Elle a pour tâche, entre autres, de vérifier la légalité et le bien-fondé des décisions de placement en institut, peut recourir contre un refus de sortie d'un patient ou d'un placement non voulu. On peut aussi lui signaler des personnes « en état de faiblesse » et elle a le droit de le faire examiner. N'importe qui peut lui signaler n'importe qui.

La contrainte, une distinction

Il faut distinguer deux types de contrainte dans le domaine médical. Le premier est une contrainte qui réduit seulement à la liberté de mouvement. La deuxième est appelée le traitement forcé, c'est-à-dire une administration de médicament non volontaire, constituant une

19 Art. 431 CC

20 Art. 428 CC

21 Art. 447 al.2 CC

22 Art. 60 al. 1 E 1 05

23 Art. 429 et 430 CC

24 Art. 439 al.1 ch.3 CC

25 Art. 10 K1 03

atteinte à la liberté de mouvement et à l'intégrité physique.

Le premier type est réglementé dans le code civil par l'article 383 et inclut le placement à des fins d'assistance, le bracelet électronique, beeper électronique ainsi que la fixation (le fait d'être attaché, par exemple à un lit), l'isolement qui sont licites en Suisse et se pratiquent encore, ainsi que la cage et la camisole de force qui sont des mesures illicites en Suisse mais encore pratiquées dans certains pays. Ce sont donc toutes des attaques à la liberté de mouvement du patient.

Le deuxième type comprend donc, en plus d'une atteinte à la liberté de mouvement, un traitement forcé, « sans consentement ». Lors d'une entrée dans une institution, sous PAFA ou autre, pour des raisons psychiques, le médecin doit alors élaborer un plan de traitement avec le patient et sa personne de confiance. Chaque point de vue des acteurs doit être pris en compte pour le traitement. Le médecin sollicite alors le consentement du patient, si celui-ci n'est pas capable de discernement, le médecin se doit de prendre en compte les directives anticipées²⁶. Lorsque le patient ne donne pas son consentement, on peut tout de même lui administrer des soins à la condition que le refus de traitement mette gravement en danger la santé du patient ou celle des autres, ou bien s'il n'a pas la capacité de discernement nécessaire pour prendre une décision libre et éclairée, ou s'il n'y a pas d'autres solutions plus douces²⁷. Un recours contre une telle mesure est possible.

C'est cette exception qui pose un grand problème éthique. En effet, malgré le refus du patient, et cependant au nom de ses propres intérêts présumés, on décide de le traiter tout de même. La problématique de ce cas sera traitée plus tard dans cette recherche.

Sortie de l'établissement après une mesure de contrainte.

Lors de la fin d'un PAFA, la loi prévoit un entretien de sortie²⁸, dans lequel le médecin explique au patient les futures mesures, en cas de récurrence, et donc d'un nouveau placement. De plus, la Suisse laisse aux Cantons la responsabilité de la prise en charge des patients lorsqu'ils sortent d'une institution. Ils peuvent établir des mesures ambulatoires.²⁹

26 Art. 433 CC

27 Art. 434 al. 1 CC

28 Art. 436 CC

29 Art. 437, CC

Autonomie

La contrainte empiète sur un concept largement accepté comme primordial en éthique: l'autonomie. En effet, plus il y a de contrainte, moins il y a d'autonomie, et vice-versa. Il est donc important de comprendre plus profondément ce qu'est le concept de l'autonomie ce qui permet ensuite de mieux éclairer celui de la contrainte.

Définition de l'autonomie

Tout d'abord, qu'est-ce l'autonomie? Le préfixe « auto » signifie soi-même, et « nomos » en grec signifie règle ou gouvernement. L'autonomie veut donc dire auto-gouvernement. Le mot « autonome » était utilisé pour définir la situation d'un état ou d'un peuple qui considérait comme illégitime le pouvoir que d'autres peuples ou états exerçaient sur lui. Ce peuple voulait donc se gouverner lui-même, à tous les niveaux: politique, social, idéologique, légal, etc... Le mot a été ensuite utilisé pour définir des personnes, des agents. On est passé de l'autonomie au niveau général à l'autonomie personnelle. C'est cette dernière qui va m'intéresser dans ce chapitre; en effet c'est elle qui est au centre des problèmes que pose la contrainte.

Comment définirait-on l'autonomie, de manière intuitive? On dirait qu'une personne autonome est une personne qui est libre d'agir, selon ses valeurs, selon ses projets, sans interférence extérieure. Cette définition se rapproche beaucoup de l'autonomie de l'état, et en effet il est possible de faire un parallèle entre les deux. Dans l'œuvre de Tom L. Beauchamps et James F. Childress « Les principes de l'éthique biomédicale », œuvre qui discute de quatre principes principaux devant régir les lois de la bioéthique, dont l'un est justement l'autonomie, une première définition de l'autonomie est la suivante: *L'individu autonome agit librement en accord avec un projet qu'il a lui-même choisi, comme le fait un gouvernement indépendant qui administre ses territoires et met en place ses politiques.* La définition de l'autonomie semble ici assez simple, pourtant elle est très controversée. D'autres définitions peuvent être proposées, en voici quelques-unes:

Le « Vocabulaire philosophique » d'Edmond Goblot définit l'autonomie comme l'« état d'une personne ou d'une communauté qui se fait à elle-même sa loi, s'oppose à hétéronomie, état d'une personne ou d'une collectivité qui reçoit des lois d'autrui. »

Le « Vocabulaire technique et critique de la philosophie » d'André Lalande sépare la définition de l'autonomie en différentes catégories. La première est l'autonomie dans le domaine sociologique, qui est le « pouvoir d'un groupe, principalement d'un groupe politique, de s'organiser et de s'administrer lui-même ». La seconde est l'autonomie dans le domaine éthique et expose la théorie de Kant, qui sera discutée en détail plus loin, mais qui dit en résumé que l'autonomie est le fait de se donner à soi-même sa loi. Le Lalande définit finalement l'autonomie comme une « liberté morale, en tant qu'état de fait, opposé d'une part à l'esclavage des impulsions, de l'autre à l'obéissance sans critique aux règles de conduite suggérées par une autorité extérieure ».

Il y a plusieurs types d'autonomie, dont l'autonomie morale et l'autonomie personnelle (l'autonomie politique est ce qui a déjà été vu ci-dessus et n'est pas pertinente lorsqu'on parle de contrainte). La dernière découlant de la première, il faut donc s'intéresser rapidement à l'autonomie morale pour ensuite comprendre l'autonomie personnelle.

Autonomie morale

L'auteur le plus influent dans le domaine de l'autonomie morale est Kant. En effet dans son ouvrage « Fondements de la métaphysique des mœurs », Kant expose une théorie au sujet de l'autonomie morale qui reste importante pour l'autonomie personnelle. D'après Kant, chaque être raisonnable possède une raison ainsi qu'une volonté propre. La raison comprend et déduit des lois universelles ce qui est nécessaire, la volonté est là pour mettre en œuvre ce que la raison comprend. Lorsque la volonté est infailliblement déterminée par la raison, la volonté n'est plus volonté et devient une raison pratique, déterminée objectivement. C'est le cas pour Dieu. Mais lorsque la raison ne détermine pas infailliblement la volonté, comme chez les hommes, car elle est biaisée par des motifs extérieurs comme le désir ou l'envie, il faut contraindre notre volonté à agir selon notre raison, et cela se produit grâce à un impératif. Il y a deux types d'impératifs, l'impératif catégorique et l'impératif hypothétique. Kant voulant trouver des principes a priori pour sa morale ne retient que l'impératif catégorique. Il pose ensuite deux impératifs catégoriques, le premier est « Agis uniquement d'après la maxime grâce à laquelle tu peux vouloir en même temps qu'elle devienne une loi universelle. ». Le second : « Agis de telle sorte que tu traites toute l'humanité, aussi bien dans ta propre personne que dans la personne de tout autre, toujours en même temps comme une fin, jamais seulement comme un moyen ³⁰ ». Venons-en maintenant à l'autonomie. L'autonomie est reliée chez Kant à la volonté. La volonté autonome est celle qui obéit aux devoirs universels, aux impératifs. On pourrait en déduire que la volonté n'est pas autonome si elle doit obéir à des devoirs universels, mais Kant ajoute que la volonté trouve ces devoirs universels en elle-même, c'est-à-dire que c'est dans la volonté que résident ces impératifs universels qui rendent la volonté bonne. Par cela, la volonté exclut donc tout motif sensible.

Ce qu'il faut retenir de l'autonomie morale de Kant pour la suite de cette recherche, c'est principalement que l'autonomie trouve ses lois exclusivement en nous et qu'elle ne doit sous aucun prétexte être influencée par des motifs extérieurs. Cette théorie suppose l'existence d'un vrai moi, d'un moi totalement personnel, d'un moi qui se formerait sans aucune action extérieure. La théorie de Kant se rapproche alors de la théorie atomiste.

Autonomie personnelle

L'autonomie personnelle diffère de l'autonomie morale car elle ne prend pas sa source dans des principes universels mais se situe uniquement dans les caractéristiques propres d'un agent.

³⁰ Emmanuel KANT « Fondation de la métaphysique des mœurs » in *Métaphysique des mœurs*, 1, Fondation, Introduction, trad. Alain Renaut, p.97/p.108

Avec l'autonomie personnelle, on perd la généralité que l'on avait avec l'autonomie morale. L'autonomie personnelle est semblable à l'autonomie politique du fait que c'est une auto-gouvernance sans influences extérieures, mais ces deux-là diffèrent fondamentalement du fait que l'autonomie personnelle se focalise exclusivement sur l'agent alors que l'autonomie politique se focalise sur la société en général. En effet, l'agent est celui qui agit, donc c'est lui et lui seul qui a l'autorité sur lui-même, et cette autorité, il ne la trouve ni dans son statut social, ni dans son statut politique, ni dans les lois régissant la société à laquelle il appartient. Il la trouve exclusivement en lui-même car il est le seul à pouvoir induire ses actions. Il faut donc ajouter à l'autonomie la notion de jugement « personnel ». Une définition générale de l'autonomie personnelle nous est donnée par Beauchamps et Childress, qui estiment que l'autonomie personnelle est « au minimum, l'autorégulation libre de l'ingérence des autres et des limitations, par exemple une compréhension inadéquate, qui font obstacle à un choix réel. »³¹

D'après l'encyclopédie de philosophie de Stanford, il y a deux forces contraires déterminant le pouvoir de l'autonomie d'un agent. Il y a la force positive, qui encourage et amplifie l'autonomie et celle qui sape l'autonomie. L'encyclopédie définit ensuite trois principaux éléments de l'autonomie. Ce sont tout d'abord l'autorité sur soi-même, puis le respect des buts, et pour finir, le pouvoir d'appliquer cette autorité. Les deux premiers peuvent être regroupés et peuvent s'identifier à la raison chez Kant, ils renforcent l'autonomie. Le dernier peut représenter la volonté de Kant. Chez un agent non divin, la volonté est faillible, en effet il est possible d'avoir des buts clairs et une sévère autorité sur soi-même sans que l'action soit faisable, si l'agent n'a pas assez de pouvoir sur lui-même pour appliquer ce que dicte son autorité personnelle. Ce dernier élément fait donc partie de la force qui sape l'autonomie d'un agent. Il faut ajouter encore, parmi les éléments entravant l'autonomie, les influences extérieures telles que les émotions, le stress, l'influence des autres, etc... La difficulté dans le problème de l'autonomie personnelle est de distinguer et de séparer ce qui dirige une action : est-ce l'autorité personnelle de l'agent, ainsi que ses motivations et ses buts ou est-ce plutôt une influence extérieure ou intérieure ?

Les théories de l'autonomie personnelle

Avant de nous intéresser aux théories de l'autonomie, il faut faire une distinction entre deux autonomies différentes, nous dit l'encyclopédie de philosophie de Stanford. La première est l'autonomie minimale, qui ne contient que le fait d'être responsable et de pouvoir parler en notre nom. La deuxième est l'autonomie idéale qui est le but à atteindre, la situation dans laquelle la personne est la moins manipulée possible et agit le plus possible selon ses désirs. Dans le domaine de la contrainte, il est évident que c'est l'autonomie idéale qu'il faut viser, car un des postulats les plus importants lorsqu'on doit appliquer une mesure de contrainte est justement de viser l'autonomie la plus complète. En effet, l'autonomie atteinte ne sera pas, dans le cas d'une personne souffrant de troubles psychiques, aussi importante que si elle n'en souffrait pas, mais on peut considérer que la contrainte doit être idéale pour la situation dans laquelle cette personne se trouve. Si quelqu'un souffre de troubles bipolaires, une situation idéale « raisonnable » serait qu'il arrive à calmer ses crises et à en définir les symptômes, non pas qu'il se guérisse entièrement.

31 Tom L. BEAUCHAMPS et James F. CHILDRESS, *les principes de l'éthique biomédicale*, 5e édition

Une petite précision est encore à ajouter : les théoriciens vont essayer de définir le choix autonome et non pas l'autonomie en général, car une personne que l'on désigne d'autonome est à même de faire des choix autonomes, mais aussi des choix non autonomes, donc pour définir l'autonomie, il vaut mieux se focaliser sur l'acte totalement autonome.

La question à laquelle tentent de répondre les théoriciens qui se sont intéressés à l'autonomie est la suivante : si chaque personne a une autorité propre sur elle-même, comment peut-elle perdre le contrôle de son comportement ? La question qui doit être posée dans le domaine de la contrainte serait plutôt : quand et par quels moyens peut-on réduire voire effacer l'autonomie ? Il est à remarquer que même si les questions sont différentes, les réponses vont être très semblables.

Les théories de l'autonomie personnelle peuvent être séparées en deux catégories. La première est appelée « Content-neutral » (Théories neutres). La deuxième est appelée « Substantive accounts » (Théories substantielles).

Théories neutres

Les théoriciens se regroupant dans cette catégorie affirment que le fait d'être autonome ou pas dépend du fait de savoir si une action, quelle qu'elle soit, découle d'une réflexion critique. Ces théoriciens n'accordent aucune valeur à la nature de l'action elle-même ni à la nature de l'agent.

Voici les principales théories au sujet de l'autonomie.

La première approche de l'autonomie, et sans doute la plus célèbre est celle de Ronald Dworkin et d'Harry Frankfurt. Ils proposent une approche hiérarchique de l'autonomie.

Leur position est qu'il existe des désirs ou des préférences de premier ordre, donc très importants, et des désirs/préférences de second ordre (moins importants). Les désirs de premier ordre sont les désirs qui nous poussent à accomplir des choses. Ils sont le propre de l'Homme ainsi que celui des animaux. Les désirs de second ordre sont les désirs de désirer faire quelque chose (ces désirs seraient proprement humains). Ces désirs de second ordre manifesteraient une capacité auto-réflexive à accepter ou à répudier de façon rationnelle certains désirs de premier ordre, ce qui serait constitutif de l'autonomie. Un des problèmes que pose cette théorie est que l'acceptation ou la répudiation d'un désir pourrait avoir pour cause autre chose qu'un processus de réflexion rationnelle, et ne pourrait donc plus, d'après cette définition, être défini comme de l'autonomie.

Les cohérentistes affirment qu'un agent est autonome si ses motifs, sa motivation est en accord avec un état mental qui représente le point de vue de l'action de l'agent. Ils ne prennent en considération ni les influences extérieures, ni les circonstances passées (autonomies passées) ni les circonstances présentes. Ils sont donc essentiellement internalistes.

Deux autres théories, proches l'une de l'autre mais externalistes cette fois-ci, se focalisent sur la raison. La première est appelée en anglais « reasons-responsive autonomy » (réagir à des raisons) : d'après elle, un agent est autonome si ses motivations ou ce qui a produit ses motivations sont entièrement basées sur des raisons qui justifient son comportement. En résumé, cette théorie affirme que si on ne connaît pas ses raisons ou qu'elles ne sont pas comprises, on ne peut se gouverner soi-même entièrement. La deuxième est nommée « responsiveness-to-reasoning » (réagir à un raisonnement), et définit l'autonomie comme la capacité d'évaluer, de raisonner sur ses motifs et de les ajuster, de les transformer en réponse

à une évaluation personnelle des conséquences. Avec cette définition, l'endoctrinement et le lavage de cerveau sont donc entravés étant donné qu'il est obligatoire de se baser sur des raisonnements personnels. C'est une position externaliste car elle accepte que le raisonnement soit influencé par des éléments extérieurs.

La dernière théorie de l'autonomie exposée est nommée « incompatible » et dit simplement que si l'agent a été influencé par n'importe quelle influence extérieure de quelque nature qu'elle soit, même si ses motivations vont dans le même sens que l'influence, il n'est pas considéré comme autonome.

Théories substantielles

Ce type de théories défend l'idée qu'il n'est pas suffisant de ne se baser que sur la raison pour juger de l'autonomie d'une personne. Par exemple, aucune des théories présentées ci-dessus ne permettrait de faire la différence entre le bien et le mal, lors d'une action. Une action entièrement mauvaise pourrait, d'après les théories « content-neutral », être autonome. Il s'agit donc d'ajouter des conditions, des paramètres comprenant l'agent lui-même et l'action elle-même. Une version de l'autonomie est classifiable ici et vaut la peine d'être ajoutée : l'autonomie comme choix d'une bonne vie. Un choix autonome est un choix qui vise à améliorer la vie de l'agent. On verra que cette définition, en pratique, pose d'assez gros problèmes. On remarque bien que dans chacune des théories de l'autonomie, la contrainte n'est pas justifiable. Chacune réprime les influences extérieures et privilégie la réflexion propre, alors que lors d'une mesure de contrainte, c'est une influence extérieure qui vient obliger l'Homme à faire quelque chose. Pour Kant, la contrainte est totalement impensable, car il accorde une importance déterminante à l'autonomie de la personne.

La suite de cette recherche sera principalement basée sur l'œuvre de Tom L. Beauchamps et de James F. Childress intitulée « Les principes de l'éthique biomédicale ». Je me base sur cet ouvrage car c'est un des livres de référence dans le domaine de la bioéthique. Je vais essayer de décortiquer plus précisément ce qu'est la contrainte, quels sont les éléments qui la composent, et quels sont les conclusions qu'on peut en tirer en rapport avec la contrainte dans le domaine médical.

Beauchamps et Childress donnent quatre conditions pour qu'un agent soit autonome. La première est la liberté, l'agent doit être libre en général ; la seconde est l'action possible, c'est-à-dire que l'agent doit être capable d'agir pour qu'il ait la possibilité d'être qualifié d'autonome, en effet l'autonomie se rattache essentiellement à l'action ; la troisième condition est que l'acte doit être intentionnel ; la quatrième est le fait que l'agent doit comprendre les raisons qui le poussent à effectuer tel ou tel acte, sans quoi l'autonomie n'est pas présente ; et la dernière est le fait que l'acte doit être fait sans influences extérieures quelles qu'elles soient. Les auteurs ajoutent que les conditions peuvent être nuancées, que l'agent n'a pas forcément besoin de comprendre parfaitement une information ou la raison qui le pousse à agir. Une compréhension minimale pourrait suffire.

Le respect de l'autonomie

Comme on l'a vu dans la première partie de cette recherche, la sauvegarde de l'autonomie du patient, donc la sauvegarde de son intégrité, de sa personnalité, de ses opinions est une obligation extrêmement contraignante. C'est un principe presque inviolable: on ne peut enlever son autonomie au patient. Une question intéressante est de savoir, malgré le fait que cela semble intuitif, d'où vient ce respect de l'autonomie, car, pour devenir un principe, une intuition doit être fondée sur d'autres principes solides. En effet, si l'autonomie n'avait pas comme fondement des valeurs solides, le respect de l'autonomie ne serait pas inviolable et une mesure de contrainte s'effectuerait beaucoup plus facilement au niveau éthique. Deux philosophes soutiennent très fortement ce respect de l'autonomie de l'Homme, et par extension, le respect de l'autonomie du patient. Le premier est Kant. Il défend l'autonomie grâce à son principe d'humanité qui dit que, puisque chaque humain se conçoit lui-même comme une fin en soi, comme un absolu, lorsqu'on interagit avec quelqu'un d'autre, on doit le considérer au moins comme une fin et non pas comme un moyen. Ne pas le faire reviendrait donc à être immoral. Cette conception défend l'autonomie de chaque Homme et condamne une mesure de contrainte visant à utiliser la personne contre son gré, même si c'est pour la soigner après coup. Pour Kant, une telle utilisation est interdite, puisque l'Homme ne peut être un moyen d'arriver à une fin. De plus, Kant rajoute que chaque personne a le droit de décider de son propre destin moral. Il défend donc le côté absolu de l'Homme et par-delà son autonomie. Par exemple, Kant définirait comme immoral le fait d'utiliser le rein d'une personne non-consentante à donner ses organes pour sauver une autre vie, car ce serait utiliser la personne comme un moyen, et non pas comme une fin. Un deuxième philosophe, John Stuart Mill soutient le respect de l'autonomie à travers l'individualité de la personne. Selon lui, l'autonomie représente un des fondements essentiels de la liberté personnelle.

Le respect de l'autonomie est donc fondamental dans différents domaines, dont celui des pratiques médicales. Il en découle forcément des obligations. Beauchamps et Childress divisent ces obligations en deux catégories. La première regroupe les obligations positives, c'est-à-dire le fait d'essayer de conserver au maximum l'autonomie d'un patient, en lui transmettant des informations claires, en encourageant un choix autonome, etc... La deuxième regroupe les obligations négatives, c'est-à-dire qu'il ne faut pas atteindre le patient dans son autonomie, il ne faut le contraindre en rien, ni tenter de le manipuler etc...

Il faut noter que du respect de l'autonomie découle le principe si intouchable du consentement éclairé.

Cependant les auteurs fixent une limite au respect de l'autonomie qui est très intéressante pour la question de la contrainte: «Le respect de l'autonomie n'a qu'une position *prima facie* et peut parfois être outrepassé au nom de considérations morales opposées.³²» Ils pensent par là à un cas où un choix autonome d'un patient met en danger la vie ou la bonne vie d'autrui. Un exemple actuel est celui du virus Ebola dans les pays africains. Si quelqu'un est atteint du virus, il devrait être transféré dans un hôpital car la transmission du virus est très facile. Cependant certaines coutumes africaines veulent que lorsque quelqu'un est malade, il doive rester à la maison et doive être soigné par ses proches et sa famille. Une personne atteinte du

32 Tom L. BEAUCHAMP et James F CHILDRESS, *les principes de l'éthique biomédicale*, 5e édition, p.104

virus qui ferait le choix autonome de ne pas se faire hospitaliser en raison de ses coutumes mettrait en danger la vie de ses proches. Selon Beauchamps et Childress, ce serait un cas où il faudrait passer outre le respect de l'autonomie. Une seconde limite du respect de l'autonomie est simplement le cas où la personne concernée n'est pas suffisamment autonome. Cela semble logique, mais il est important de le préciser. Un enfant ou quelqu'un qui aurait perdu sa capacité de discernement ne peut pas demander à être respecté au niveau de son autonomie. Les auteurs n'affirment cependant pas que lorsqu'un patient est dénué d'autonomie, il est possible de faire ce qu'on veut avec lui, sous prétexte qu'il ne peut faire des choix autonomes. Ce que les auteurs appellent « considérations morales opposées » est, finalement, ce sur quoi les médecins se basent lorsqu'ils pensent qu'une mesure de contrainte peut être bénéfique. Il est plus moral d'essayer de soigner quelqu'un contre son gré que de le laisser s'auto-détruire, par exemple, dans ce cas-là, on passe outre le respect de l'autonomie « au nom de considérations morales opposées », c'est-à-dire, ici, sauver la vie de la personne.

Beauchamps et Childress divisent et organisent les éléments de l'autonomie en trois groupes, ayant chacun des sous-catégories.

- 1 Les éléments du seuil (rassemblent les conditions préalables, dont la capacité à comprendre et à décider et le caractère volontaire de la décision)
- 2 Les éléments de l'information (comprennent la révélation, la recommandation et la compréhension des informations transmises)
- 3 Les éléments du consentement (comprennent la décision en faveur d'un projet et l'autorisation d'un projet proposé)

Chacun de ces éléments va être étudié ci-dessous.

Des conditions préalables

Une des conditions préalables à l'autonomie à laquelle on ne peut déroger, est la capacité spécifique d'un agent. Il faut que le patient ait l'exercice de certaines capacités, qui pourraient attester d'un choix autonome. Lorsqu'un médecin décèle un manque d'autonomie chez un patient, il doit commencer par s'assurer que le patient a ou n'a pas les capacités spécifiques requises pour la compréhension totale des informations concernant le traitement et ses alternatives, ainsi que de ses conséquences futures. Il doit donc effectuer un « jugement de capacité ». Une définition classique de la capacité est : « aptitude à exécuter une tâche ». Cette définition montre bien qu'il y a des capacités particulières, étant donné qu'il y a des tâches particulières. Un médecin doit donc juger si le patient a la capacité particulière requise pour la tâche particulière qu'il doit accomplir. La capacité principale que doit posséder un patient dans le type de cas qui m'intéresse, c'est la capacité de juger les informations transmises par le spécialiste ainsi que de les juger en fonction de leurs conséquences probables, des valeurs et des croyances du patient. Il faut préciser que le fait d'être « capable de jugement » n'implique pas forcément celui d'être autonome. Le patient doit par exemple avoir aussi la capacité de communiquer son jugement ou son avis au médecin. D'autres capacités entrent aussi en compte, des capacités physiques ou psychologiques, etc...

La question est de savoir comment le médecin juge de la présence ou de l'absence de la capacité spécifique requise chez un patient.

C'est une réflexion extrêmement importante, car le fait de savoir si on va observer ou pas les choix et les demandes d'un patient dépendent de ce jugement. Il y a plusieurs possibilités qui seront exposées ci-dessous.

Tout d'abord, il est possible de créer une liste allant de l'aptitude exprimant l'autonomie la moins demandeuse à la plus exigeante :

- 1 Émettre une préférence
- 2 Comprendre les informations transmises par le médecin et la situation générale
- 3 Capacité de raisonner autour d'un choix qui pourrait entraîner des conséquences plus ou moins graves.

Cette façon d'évaluer la capacité a le mérite d'être claire, mais difficilement applicable en pratique. En effet, comment savoir si le patient comprend réellement les informations, ou s'il simule une compréhension ? Comment savoir si le patient raisonne, réfléchit à une solution proposée par un médecin ? Cette solution présente donc des problèmes.

Une autre solution serait d'appliquer ce qu'on appelle « la stratégie de l'échelle variable » (sliding-scale strategy). Cette solution propose que suivant le niveau de dangerosité d'une intervention médicale, le niveau d'aptitude requis doit être rehaussé ou abaissé. Si l'intervention présente de gros risques pour le patient, il aura besoin d'une plus grande qualité de capacité spécifique pour pouvoir faire un choix qualifié d'autonome, et inversement. Un enfant de 12 ans pourrait donc faire valoir son jugement au sujet de la prise d'un calmant, mais pas pour une opération à plus grands risques. Il est précisé que l'autonomie a, fondamentalement, déjà un peu plus de poids que la protection, toujours pour essayer de préserver le respect de l'autonomie qui est si important, même en pratique. Cette stratégie semble stable, mais elle a pourtant quelques points faibles. Tout d'abord, elle ne mentionne aucun critère quant à la nature des jugements. Mais surtout, cette stratégie semble supposer que le niveau de capacité spécifique requise dépend du risque qui est à prendre. Il est cependant douteux de voir une relation directe entre ces deux éléments. La capacité de jugement ne varie pas en fonction du risque, mais plutôt en fonction de la difficulté d'un choix. Beauchamps et Childress corrigent ce problème en expliquant que ce n'est pas la capacité qui dépend du risque, mais les exigences de vérification de la présence de cette capacité. En effet plus le danger est grand, plus il est primordial de vérifier que la capacité de juger d'un patient est suffisante. Pour résumer, les exigences de vérification d'une aptitude à juger varient en fonction du risque encouru, alors que l'aptitude à juger elle-même varie en fonction de la difficulté de l'objet devant être jugé.

Il existe bien entendu d'autres critères tels que l'âge de la personne (un enfant de 5-6 ans peut ne pas être considéré comme autonome du fait de son âge), de la maladie dont la personne souffre, etc...

Pour qu'un acte soit autonome, il faut, en plus d'être en possession d'une capacité suffisante de juger, que l'action soit volontaire, c'est-à-dire que c'est l'agent qui agit comme il le veut, en dehors de toute influence extérieure. Un agent fait une action volontaire s'il n'est pas influencé, il faut donc s'intéresser aux différents types d'influences et à leurs caractéristiques propres. Il faut ajouter que, pour annuler l'autonomie, ces influences doivent être déterminantes pour le jugement d'un patient.

Childress et Beauchamps distinguent trois types d'influences :

Tout d'abord, la coercition. Cette influence est l'usage de menaces crédibles dans le dessein d'assujettir quelqu'un. Cela se traduit en pratique par des menaces d'internement, par un recours à la force, etc... Pour qu'une menace soit coercitive, elle doit être comprise par le patient et doit modifier sa capacité de jugement.

Vient ensuite la persuasion : « une personne doit être conduite à croire quelque chose à travers la valeur des raisons qu'une autre personne met en avant. ». La persuasion est simplement une influence extérieure faisant appel à la raison, à travers des valeurs qui ne sont pas propres au patient. Cependant, toutes les persuasions n'influent pas de façon déterminée sur le jugement du patient. Un médecin, en face d'un patient refusant le seul traitement qui pourrait lui sauver la vie se doit d'essayer de le persuader d'accepter ce traitement. Ne pas essayer serait immoral. Le patient, en prenant en compte un avis extérieur pourrait alors changer d'avis, de façon autonome et la persuasion du médecin n'aura pas été déterminante à proprement parler, car c'est le patient qui décide de changer d'avis.

La dernière forme d'influence regroupe toutes les influences qui ne sont ni coercitives ni persuasives. Elle est appelée « manipulation ». Elle a plusieurs formes, comme le fait de cacher, de modifier, d'ajouter des informations, le fait de mentir, etc...

Des éléments de l'information

Le premier pas lorsqu'on parle de transmission d'information, c'est la révélation. C'est un élément essentiel pour le patient qui doit faire un choix d'une manière autonome. En effet, si la révélation des informations essentielles est biaisée, le patient n'aura pas en main les éléments véritables et ne pourra donc pas faire de choix autonome. Une transmission d'informations biaisée entrerait dans la catégorie « manipulation » des influences. La question qui se pose est alors quelle quantité d'informations transmettre, quel type d'informations, de quelle manière les transmettre, etc... Le but visé est que le patient comprenne au mieux sa situation. Beauchamps et Childress proposent trois normes définissant la révélation.

La première est celle que les auteurs nomment « la norme de l'exercice professionnel ». Cette norme dépend de l'habitude. C'est la pratique coutumière de l'institution où le médecin exerce qui dicte le genre, le nombre et la manière de transmettre les informations. Cette norme pose plusieurs problèmes, tout d'abord, une habitude de ce type n'existe pas forcément, ou tout au moins pas clairement. Imaginons une institution nouvelle, sans habitude, sans « pratiques coutumières » : comment les médecins feraient-ils pour juger de la quantité d'information à donner, ou de la manière de les transmettre ? Ensuite, cette norme peut dériver soit vers une négligence de l'importance de la transmission de l'information, soit vers un trop-plein.

La deuxième norme est appelée « la norme de la personne raisonnable ». Le médecin doit se mettre dans la peau d'une « personne raisonnable » pour décider de la quantité et du type d'informations à transmettre. La difficulté de cette norme est évidente, la définition du concept « personne raisonnable » n'est pas clairement défini. De plus, un médecin peut avoir des difficultés à s'identifier avec une personne raisonnable, ce concept étant trop abstrait.

La dernière norme proposée est la norme subjective. C'est tout simplement que la quantité et le genre d'informations à transmettre dépendent uniquement de la personne concernée. Cette norme est probablement la plus utilisée en pratique. Outre le problème propre de la subjectivité, cette norme n'est pas satisfaisante au niveau légal, du fait de sa subjectivité, justement.

Révéler les informations d'une façon claire et qui convient au patient n'est pas encore suffisant, celui-ci doit encore comprendre l'information transmise. Il faut donc étudier la compréhension. Beauchamps et Childress en proposent une définition : « une personne comprend si elle détient des informations utiles et croit en la pertinence de la nature et des conséquences de ses actions »³³, c'est-à-dire qu'une personne comprend une information du moment où elle arrive, à partir des informations transmises, à construire un raisonnement sur les conséquences de ses choix. Les auteurs proposent un chablon ordinaire d'informations que le patient doit être apte à comprendre : le diagnostic, le pronostic, la nature et le but de l'intervention, les alternatives, les risques et les bénéfices d'un traitement, ainsi que les recommandations du médecin. Si le patient arrive de manière rationnelle, à partir de ces informations à entrevoir les conséquences d'un choix ou d'un autre (les conséquences ne doivent pas être claires à 100%, il est fréquent que la compréhension totale ne soit pas exigée pour un traitement, mais le patient doit au moins comprendre les choses de façon suffisante), on considère qu'il a acquis une compréhension suffisante des informations.

Des éléments du consentement

L'autonomie en pratique médicale se traduit aussi en termes de consentement. En effet, dans un scénario de base, le médecin décrit à son patient sa maladie, donne les informations nécessaires et propose un ou plusieurs traitements différents. L'autonomie du patient est alors traduite par le fait de donner ou de refuser son consentement. Il faut donc tout d'abord s'intéresser aux différents types de consentements, car il en existe plusieurs. Le premier consentement, le plus commun, est le consentement dit exprès. Dans ce cas, il est donné de façon claire, précise, par oral ou par écrit. C'est le consentement le plus simple et le moins controversé. Viens ensuite le consentement tacite. On dit qu'un patient a donné son consentement tacite par exemple dans le cas où il n'objecte pas à la proposition de son médecin. Ensuite, viennent les consentements dits « informels ». Tout d'abord le consentement implicite, consentement se traduisant par une action montrant l'accord du patient (par exemple aller chercher dans une pharmacie les médicaments prescrits par le médecin), puis le consentement présumé qui est bien sûr le plus controversé de tous. Il est utilisé lorsqu'aucun des autres consentements cités ci-dessus n'ont pu l'être, c'est-à-dire lorsqu'une personne ne peut plus donner un consentement valable. Ce consentement, précisent les auteurs, ne doit pas être utilisé sur la base de concepts généraux de la vie bonne ou de la morale mais au contraire il faut se focaliser sur la version personnelle du patient de la vie bonne, sur ses valeurs et sur ses croyances. En quelques mots, il faut connaître le patient.

Le consentement le plus important entre dans la catégorie des consentements « exprès », il a été expliqué précédemment au niveau juridique, il s'agit du consentement éclairé. On lui donne plusieurs sens. Le premier définit le consentement éclairé comme une « prise de décision partagée entre le docteur et le patient ». C'était la définition du consentement lors de son émergence. Ce sens n'est pas assez précis et ne défend pas assez l'autonomie d'un patient. En effet, il se peut, par exemple, qu'un patient prenne une décision irrévocable sans apport du médecin, avant la rencontre ou après, etc... C'est une version désuète du consentement éclairé.

33 CHILDRESS et BEAUCHAMPS, *Les principes de l'éthique biomédicale*, 5e édition, p.142

Celui-ci a deux sens actuels, le premier fait intervenir le concept de l'autorisation. Le patient doit donner son autorisation de façon autonome, certifiant qu'il accepte tel traitement. L'autorisation ne doit pas se traduire par un accord uniquement, mais également à travers un « acte de consentement volontaire » c'est-à-dire qu'il faut que le patient fasse un choix autonome.

Le deuxième sens est un sens plus administratif, plus juridique : il s'agit de « règles sociales de consentement dans les institutions qui doivent obtenir légalement ou institutionnellement un consentement valide de la part des patients ou des sujets impliqués dans la recherche avant de procéder à des actes diagnostiques, thérapeutiques ou à une démarche dans le cadre de la recherche »³⁴. Cette deuxième définition est donc essentiellement légale et il y a entre elle et la première un fossé. En effet, un consentement éclairé d'après la première définition peut être considéré comme non valide par la seconde. Prenez l'exemple d'un enfant de 13 ans. S'il est considéré comme mature pour son âge et ayant la capacité spécifique requise pour se former un jugement raisonnable, il peut, d'après la première définition, formuler une autorisation de manière autonome. Cependant, du fait qu'il est encore un enfant, il ne le peut pas, d'après la loi. Ces deux sens sont donc en contradiction sur certains points. Childress et Beauchamps préconisent évidemment l'utilisation du sens du consentement éclairé comme autorisation autonome, car cette définition est jugée moins superficielle et plus morale que la définition juridique.

L'étude de ces différents éléments de l'autonomie est nécessaire lorsqu'on parle de contrainte, car dans le droit Suisse, l'autonomie se traduit par la « capacité de discernement », et lorsque le patient n'est plus en possession de cette capacité de discernement, il est plus facile de le contraindre à un traitement ou à un placement, car il n'est pas considéré comme autonome. On ne peut, en tout cas éthiquement parlant, contraindre quelqu'un qui fait un ou des choix autonomes, et pour que ces choix soient autonomes, ils doivent remplir, plus ou moins, chacune des conditions vues précédemment. La justification d'une mesure de contrainte est ainsi en corrélation avec la présence ou l'absence d'autonomie.

Il faut cependant remarquer qu'il est finalement assez difficile de faire un choix totalement autonome, car il y a beaucoup de conditions à remplir. C'est pourquoi il ne faut pas oublier que chaque action, autonome ou pas, est à juger en fonction de la situation, de la personne qui fait le choix et de sa situation personnelle. Il y a une multiplicité de personnes, il y a une multiplicité de situations personnelles, une multiplicité de maladies, on ne peut donc pas établir des critères qui marcheront à chaque fois, et c'est là que réside la plus grande difficulté pour le corps médical, dans ces situations complexes qui requièrent des mesures de contraintes.

34 CHILDRESS et BEAUCHAMPS, *Les principes de l'éthique biomédicale*, 5e édition, p.125-126

Interviews

Je présente maintenant deux interviews, la première est celle d'un médecin ayant affaire à la contrainte, la seconde est celle d'un patient qui a vécu lui-même des mesures de contraintes.

Interview du médecin

Cette première interview est celle d'un psychiatre travaillant en milieu hospitalier à Lausanne. J'essaie de comprendre comment les mesures de contrainte se font réellement, en pratique :

« Toutes les mesures de contraintes sont encadrées d'un point de vue législatif. Elles doivent répondre à des critères légaux. Dans un hôpital psychiatrique, il y a plusieurs types de contraintes. Tout d'abord : un PLAFa (placement à des fins d'assistances), qui est une hospitalisation qui se réalise indépendamment de la volonté du patient. Cette mesure de contrainte peut être prise par deux instances : la justice de paix et des médecins habilités à prononcer un PLAFa médical. Ce sont les médecins de « premier recours », c'est-à-dire les médecins généralistes qui font la garde de ville ou la garde de campagne, il y a aussi les psychiatres et les pédiatres. »

Pouvez-vous vous-même prononcer un PLAFa?

« Oui, pour chaque patient admis dans un hôpital psychiatrique en PLAFa, on doit lui communiquer un plan de traitement. Un plan de traitement c'est déterminer quel est le cadre d'hospitalisation de ce patient.

Un cadre d'hospitalisation, c'est « est-ce que le patient doit rester dans une unité ? peut-il faire des ballades, avoir des congés, etc.. ». Dans ce plan, on doit aussi déterminer le traitement que le patient va suivre.

Ensuite, il y a des modalités de soins, pouvant se décliner, qui peuvent impliquer en psychiatrie une contrainte. Il peut, par exemple, y avoir la contrainte d'un traitement. Ça peut être un traitement médicamenteux ou un traitement dans la définition d'un « cadre de prise en charge ». Le traitement médicamenteux, concrètement, c'est décider d'administrer une médication, indépendamment de l'accord du patient. Donc à l'hôpital, on peut dispenser un traitement sans l'accord du patient. Ça peut prendre plusieurs formes, comme la forme d'un traitement « injectable », une piqûre par exemple, mais il y a aussi la médication par voie orale. Il peut arriver qu'on dise à un patient qu'il doit prendre un traitement, mais qu'il peut choisir la forme de la médication. En règle générale, on évite de faire une injection contre le gré du patient, à cause de l'aspect traumatique du geste. Ces mesures de traitement font l'objet d'un répertoire, on les documente à chaque fois.

Une autre mesure de contrainte est le « cadre de prise en charge », c'est-à-dire qu'il peut être décidé, par exemple, d'une limitation géographique. Concrètement c'est demander à un patient de rester en unité, sans sortir, ou c'est de sortir par moments, par exemple trois heu-

res par jour mais pas plus, ou c'est de ne pas avoir de congé, etc... Finalement, une mesure de contrainte plus sévère est celle de la chambre de soins intensifs, qui est fermée à clé avec un double sas. À nouveau, le placement d'un patient dans une telle chambre doit répondre à certaines conditions et doit être évalué le plus souvent possible pour que ce soit une mesure la plus ponctuelle possible. Le matériel en chambre de soin est minimal, il y a le moins possible de meubles.»

Que faites-vous pour convaincre un patient qui refuse de se faire hospitaliser ?

« Il n'y a pas de recette précise. On essaie idéalement de s'entendre sur les difficultés actuelles. Le médecin peut avoir de la préoccupation pour son patient, le patient peut soit partager son avis, soit avoir de la préoccupation pour soi-même, auquel cas on arrive à tomber d'accord sur un champ de préoccupations communes, et puis essayer de voir ce qu'il faut mettre en œuvre pour y remédier. Parfois il n'est pas possible de trouver un accord. Je vous dis cela car je travaille dans la prise en charge des troubles du spectre de la schizophrénie, et l'une des caractéristiques de ce trouble c'est qu'il peut y avoir la manifestation ponctuelle d'idées délirantes ou d'hallucinations et dans ces cas-là, c'est plus difficile de s'entendre sur le mal-être, qui est manifeste, et puis sur les mesures à prendre. Mais idéalement, on privilégie l'hospitalisation volontaire et si ce n'est pas possible, on prononce un PLAFa.

De plus, il peut y avoir d'une part certaines personnes qui n'ont pas de conscience morbide, donc qui n'ont pas conscience qu'il y a la manifestation d'un trouble psychique, et puis d'autres qui en ont pleinement conscience, puis bien sûr des intermédiaires qui ont conscience d'avoir des problèmes psychiques, mais chez qui, lorsqu'elles vont mal, les symptômes l'emportent sur la conscience, de façon ponctuelle. Il y a donc différents cas de figures. En face d'un patient qui n'a pas de conscience morbide, et lorsqu'on lui propose une hospitalisation, il n'y a pas de règles quant à sa réaction : il peut être tout à fait contre et persister dans ce désaccord, parfois il peut ne pas partager ces préoccupations, mais il peut être plus hésitant, puis parfois il peut tout à fait être d'accord. Par ailleurs, l'apparition de symptômes n'est pas forcément un coup de tonnerre dans le ciel bleu, il y a souvent une progression, avec une détérioration progressive de l'état psychique. On n'est pas systématiquement dans le cas de figure où il faut agir sur le moment même et hospitaliser. Alors effectivement, il y a des cas d'urgence, où là il n'y a pas d'hésitation possible, il faut une hospitalisation maintenant et tout de suite. Mais il y a aussi d'autres situations où on peut évoquer la possibilité d'un PLAFa, ou proposer des alternatives pour éviter ce PLAFa, ou rapprocher les rendez-vous, avant d'arriver à une hospitalisation. »

Les deux outils dont disposent les patients pour préserver leur autonomie au-delà de leur perte de discernement sont les directives anticipées et le mandat pour cause d'incapacité (représentant thérapeutique). Sont-ils assez utilisés, d'après vous ?

« Si on parle des directives anticipées, son utilisation est variable en fonction des troubles psychiatriques. Par exemple, dans un trouble bipolaire, elles sont beaucoup plus utilisées que dans un trouble du spectre de la schizophrénie. En règle générale, on admet que le trouble bipolaire connaît des périodes sans symptômes aucun, avec une qualité psychiques plus significatives que dans une schizophrénie sévère où la période de rémission complète est moins prégnante. Les directives anticipées permettent un partenariat. Il arrive, lors de mesures de

contraintes, qu'il y ait une polarisation du médecin, qui doit prendre les décisions à la place du patient, et du patient. Avec les directives anticipées, toutes les pistes sont évoquées ensemble, quelles options doivent être utilisées, à quel moment, etc... Les directives anticipées sont un outil précieux.

En revanche, le critère pathologique a peu d'influence sur l'utilisation du représentant thérapeutique. C'est simplement d'avoir un réseau de personnes sur qui le patient peut s'appuyer. Cela dépend plus de l'intégration, du réseau social, familial, amical. »

Il arrive que la relation médecin-patient soit compliquée lors d'une décision contraignante car cela met le patient en confrontation avec le médecin. Est-ce difficile à vivre comme situation ?

« Oui, excessivement, pour le patient, pour le médecin, pour tout le monde. »

Comment faire pour améliorer cette relation ?

« La question que vous posez, reformulée, c'est « quelles sont les motivations médicales d'une mesure de contrainte. » Si ces motivations, c'est répondre à un souhait de surveillance sociale, ou autres, la réponse est que ce n'est pas le mandat du médecin. Le mandat du médecin est de pouvoir apporter une amélioration à l'état clinique du patient. Si la « liberté de soi » du patient n'est pas préservée, s'il est complètement délirant, un choix de sa part n'est pas une marque de liberté, c'est une manifestation de sa pathologie. Il faut pourtant agir, pour tenter de le soigner. Mais le critère d'action doit être d'améliorer l'état du patient. Il faut par ailleurs que les alternatives moins contraignantes aient été envisagées.

Améliorer la relation entre le médecin et le patient est un défi. On voit tous les cas de figure. On voit des situations où l'on prend des décisions médicales contraignantes contre laquelle le patient est excessivement fâché, se révolte. Puis, lorsque les choses sont plus calmes, on peut en rediscuter, et certains patients nous disent là qu'ils étaient très fâchés, mais qu'ils comprennent maintenant et pensent même qu'il n'y aurait eu rien d'autre à faire. Il y a d'autres cas de figures, où, jusqu'au bout, le patient reprochera au médecin d'avoir pris des mesures qui étaient difficiles pour lui.

Il n'y a pas tellement de tendances générales, lors de mesures de contraintes, car c'est à chaque fois un individu avec ses valeurs propres, ses devoirs, sa personnalité. Et donc la relation entre le patient et le médecin en est affectée. Si, par exemple, le patient est très violent, vous pouvez être conduit à faire un entretien entre deux Sécuritas, car le but ce n'est évidemment pas de se faire taper dessus, même si bien sûr ce ne sont pas les meilleures conditions possibles. Dans tous les cas de figures, on essaie de privilégier un partenariat. Par exemple, on préférera, s'il faut administrer un traitement, en choisir un qui est peut-être un peu moins efficace auquel le patient peut s'associer, plutôt qu'un qui est très efficace mais auquel le patient ne peut pas s'associer. Il vaut mieux une solution moins bonne sur laquelle on arrive à s'accorder, plutôt qu'une solution paraissant très bonne mais ne parlant pas du tout au patient. Mais ce n'est pas applicable à 100% des cas, tout dépend du patient. »

Y a-t-il souvent des pressions de la part des proches de la personne sur le médecin ?

« Qu'il y ait des pressions, ça ne me paraît pas extraordinaire. Il y a des familles désemparées car ils voient tout à coup qu'ils ont l'un de leurs membres qui va très mal, qui a des délires,

qui peut se mettre en danger. Ce qui fait foi dans ce genre de cas, ce n'est pas l'intensité symptomatique mais le danger qu'il porte à autrui et à lui-même. Quelqu'un peut en effet avoir des idées délirantes très fortes, s'il n'y a pas de danger pour lui-même ou pour quelqu'un d'autre, il n'y a pas forcément de raisons de l'hospitaliser. Mais je pense que oui, les proches font pressions parfois. Mais ils le font parce qu'ils sont inquiets. D'ailleurs ils ont souvent l'impression de ne pas être assez entendus par le corps médical. Il peut arriver, par exemple, que lorsque les proches demandent un rendez-vous, que le patient donne le change, et se comporte normalement, mais dans les faits, ça ne reflète pas la réalité. Le médecin est tenu de prendre des informations auprès des proches, parce qu'une évaluation d'une demi-heure, si l'état clinique est clair, il n'y a pas de problèmes mais parfois, le jugement n'est pas « noir ou blanc », c'est quelquefois un peu gris. Il faut évaluer et réévaluer. Il y a parfois où l'évaluation montre un patient qui va très mal, mais où les critères médicaux-légaux ne sont pas remplis pour un PLAF, mais on présage quand même que ça ne peut que se détériorer, et que dans 48h on aura les critères pour un PLAF. Dans ces cas-là on aurait envie d'intervenir tout de suite pour économiser 24h, 24h d'une symptomatologie terrible pour le patient.

On aime beaucoup dans la société, penser soit que les psychiatres en font pas, sont trop peu coercitifs, ou qu'ils en font trop, car ils ne laissent pas assez souffler les gens. On aime cette image controversée des psychiatres. Mais dans les faits, l'action médicale est là pour rendre possible à quelqu'un d'être mieux, c'est tout. »

***Quels sont généralement les résultats d'une mesure de contrainte ? positifs ou négatifs ?
Assez guéri mais pas trop traumatisé ou vraiment très traumatisé et guéri ?***

« Il y a les deux cas de figures. Il y a certaines situations où malheureusement l'option thérapeutique implique une certaine douleur. Il y a des patients qui gardent un vécu traumatique de l'hôpital. Hélas oui, on ne peut pas le nier. Cependant, on part du principe que les bénéfices l'emportent sur les inconvénients, sans quoi ça reviendrait à jouer avec le feu. On garde à l'esprit cet aspect-là, dans chaque mesure de contrainte. L'intervention, quelle soit psychiatrique ou pas, ne sert pas les intérêts du médecin. »

Que faire lorsqu'un homme, à cause de sa maladie, fait du mal aux autres mais pas à lui-même, doit-on l'hospitaliser tout de même ?

« On ne peut pas être un danger pour les autres sans être un danger pour soi-même. Si on prend le cas des patients schizophrènes, par exemple. D'abord il faut savoir que les patients schizophrènes ne sont pas plus violents que le reste de la population (à nouveau dans la presse, on parle toujours du patient schizophrène qui a égorgé une infirmière, on n'évoque pas tous les gens qui n'ont pas de diagnostic psychiatrique et qui égorgent tout de même des gens). Un patient schizophrène, qui est décompensé du point de vue psychique, qui a des hallucinations acoustico-verbales qui lui disent que son voisin est malveillant et veut le tuer. Tout à coup, le patient prend une arme quelconque, et s'en prend physiquement à cette personne, qui est blessée. Le patient s'expose à la fois pénalement et existentiellement à son geste ! Ce n'est pas simple de vivre sa vie avec cette idée qu'on a voulu tuer quelqu'un et qu'on l'a blessé profondément. La psychiatrie ne sert donc pas au contrôle social. Mais il vaut mieux protéger un

patient, avant qu'il commette l'irréparable, car il devra ensuite vivre avec l'irréparable.

Cependant, s'il y avait un cas où le patient n'était dangereux qu'avec autrui, si ce danger à des causes médicales, on se doit de le prendre en charge. »

En général, dans les mesures de contraintes, y aurait-il, d'après vous, quelque chose à changer, des points à modifier ?

« Tout d'abord, je pense que plus grande sera la tolérance à l'égard des patients psychiatriques, meilleure sera l'intégration de ces personnes. Sous certains aspects, on stigmatise moins la maladie psychiatrique qu'il y a 50 ans. Il y a 50 ans, la personne était folle et était internée. Maintenant, ces images-là de fous sont moins présentes. En revanche, à l'époque, il y avait quand même, je présume, un tissu social qui était plus serré et qui faisait qu'une personne pouvait avoir un trouble psychiatrique, mais elle pouvait avoir son rôle, dans un village, dans une ferme, à la Migros, que sais-je ? Et maintenant, tout le monde se plaint qu'à l'assurance invalidité, il y ait une surenchère des demandes pour les troubles psychiatriques, mais finalement les premiers qui souhaiteraient travailler sont les gens qui souffrent de ces troubles. Avant, certes c'était une société plus paternaliste et moins tolérante, mais les malades psychiatriques étaient plus intégrés à la société.

C'est en lien avec la contrainte car finalement plus grand est le seuil de tolérance, plus faible est la stigmatisation, meilleure sera l'intégration des personnes souffrant de troubles psychiques.

Ensuite, pour des mesures hospitalières, je souhaiterais idéalement qu'il n'y ait plus de chambre de soins du tout, car mettre quelqu'un en chambre de soin est une mesure extrêmement difficile. Il peut y avoir des alternatives, par exemple, on aura un nouvel hôpital psychiatrique dans quelques années à Lausanne, et ils ont renoncé à faire des chambres dédiées strictement aux soins intensifs, mais ils feront des « espaces intensifs », c'est-à-dire qu'il peut y avoir un espace fermé, mais en revanche, ce n'est pas une pièce unique, mais deux voire trois pièces, ce qui veut dire deux ou trois patients. C'est un espace où les gens peuvent évoluer, et je trouve que c'est vraiment bien comme idée. Être enfermé restera terrible, mais je pense que c'est différent d'être enfermé dans une pièce, ou d'être enfermé dans plusieurs pièces, je crois même qu'il y aura une terrasse.

Je ne peux pas vous dire que je ne souhaiterais qu'il n'y ait pas de traitement sous contrainte, car comme je travaille dans le domaine de la schizophrénie, et que l'une des caractéristiques possibles, c'est l'absence de conscience de la maladie, avec des symptômes qui sont pourtant manifestes et qui invalident et compromettent la qualité de vie, je pense que dans ces cas-là il vaut mieux faire un traitement, même si c'est sans l'accord du patient mais qui lui permet d'aller mieux et de conserver son autonomie et d'améliorer sa qualité de vie. Je préfère que l'on fasse un traitement contre son gré pendant quelques jours que de se dire qu'on a rien le droit de faire, et que la conséquence serait qu'au bout de semaines et de semaines que les symptômes persistent, on doive le placer dans un foyer.

En conclusion, je dirais que les mesures thérapeutiques n'ont qu'un seul objectif, c'est de servir les intérêts du patient que ce soit dans le fait d'aller mieux psychologiquement, que ce soit dans le fait de garder une certaine autonomie, ou de ne pas se mettre en danger, etc... L'intervention en psychiatrie ne sert qu'à cela. »

Interview avec patient

Cette deuxième interview est plutôt un témoignage, le témoignage d'une personne qui s'est fait hospitaliser contre son gré à maintes reprises :

« Je souffre d'un trouble bipolaire de type 1. C'est le type où il y a les compensations les plus fortes, qui se traduisent par des délires, par de l'agressivité, dépense d'argent, conduite à risque, etc.. Et qui peut même frôler avec la psychose, c'est-à-dire qu'on entre dans une réalité imaginaire qui n'est plus la réalité concrète.

Quand j'ai eu 19 ans, mon père qui était médecin a supposé que j'étais bipolaire, en état de décompensation, que je commençais à sortir un peu trop, que je commençais à être un peu trop joyeux, il soupçonnait cet enthousiasme comme étant le symptôme d'un syndrome bipolaire. Il a fait appel au médecin de garde de Lausanne pour me diagnostiquer. C'est ce qu'on peut toujours faire quand on pense que quelqu'un n'a pas son discernement, on peut appeler le médecin de garde qui lui a l'autorité de nous hospitaliser d'office. J'ai refusé l'entretien, et alors il a tout de suite appelé la police, ils sont venus avec deux cars de police. C'était violent parce que je me défendais, je ne voulais pas du tout qu'ils m'emmenent, qu'ils m'hospitalisent. Ils sont venus, bottés, casqués, ils m'ont mis dans un filet, ils m'ont mis les menottes et ils m'ont emmené. Ils étaient environ quatre ou cinq. Quand je suis arrivé à l'hôpital, je me suis débattu, je ne voulais pas qu'on m'enferme. Ils sont venus avec une quinzaine d'infirmiers, donc un nombre très important, et ils m'ont attaché à un lit et je suis resté attaché pendant environ un mois. C'est une expérience extrêmement douloureuse parce qu'on m'a enlevé toute forme d'expression, non seulement par les quantités énormes de médicaments qu'on m'a injecté, on perd l'usage de la parole, et en plus, attaché par des sangles à un lit, on a plus l'expression de mouvement, on ne peut rien faire. C'est pire qu'une prison parce que dans une prison on peut bouger, on peut se lever pour aller voir la télé, etc.. Mais là, c'est pire, on est attaché et médiqué, et l'on devient un légume.

Pour la médication sous contrainte, il n'y a pas de consentement requis. Le corps médical décide qu'il faut traiter une personne bon gré mal gré, on l'attache et on lui injecte des médicaments. Il faut absolument faire rentrer dans une normalité la personne qui est dangereuse pour elle-même ou pour la société.

Je suis ressorti de ce premier internement et pendant les 20 ans ont suivi des hospitalisations multiples et variées et chaque fois qu'il y avait une opposition de ma part, je ne voulais tellement pas me faire interner, que la police devait intervenir avec les moyens les plus violents qui soient.

Il y a trois choses, je crois, qui peuvent raisonner un individu. Premièrement c'est l'amour. Un individu qui aime va faire attention de ne pas heurter les gens qu'il aime. Il y a la crainte, et puis il y a l'espoir, l'espoir que les choses s'arrangeront. De mon côté, j'avais perdu les trois. Je n'avais plus d'amour car j'étais complètement effrayé par les personnes qui ne me comprenaient plus et que je ne comprenais plus. Plus de crainte, car on m'avait déjà fait le pire. On m'avait attaché à des lits, on m'avait médiqué de force, tout ce qu'on pouvait me faire ne

pouvait pas être pire. Et j'avais perdu l'espérance car j'étais hospitalisé tous les six mois, à la chaîne, et je me disais que ma vie ne valait finalement plus rien. Et lorsque j'avais perdu ces trois éléments, je suis devenu un électron libre, je n'avais plus aucune barrière, plus aucun frein, plus aucune peur pouvant me cadrer. Le psychiatre m'ayant suivi pendant 6 mois m'a dit « mais en fait monsieur, vous êtes un terroriste ». Je pouvais faire n'importe quoi, je pouvais quitter le pays, je pouvais m'enfermer chez moi et attendre qu'on défonce ma porte, et c'est ce qui est arrivé de très nombreuses fois. Une fois la police est même arrivée avec des boucliers, des casques, des mitraillettes pour me saisir, parce que j'étais insaisissable. La plus grande violence sociale peut être exercée, même dans un pays aussi tranquille que la Suisse, s'il y a une décision médicale ou juridique d'hospitaliser et de traiter un individu qui est malade et dangereux. J'avais perdu confiance en le corps médical.

J'entretenais des relations extrêmement mauvaises avec le corps médical, car c'était l'autorité suprême qui me gommait et qui annihilait ma liberté d'expression et de mouvement. C'était la pire des menaces pour moi, je ne rentrais pas en communication avec eux. Le but était de mettre les pieds au mur et de m'échapper le plus souvent possible de l'hôpital psychiatrique. Il était mon premier ennemi, il symbolisait l'autorité qui m'enfermait, donc j'ai fini par le craindre et le fuir. Il a une telle puissance de contrainte et d'enfermement que je voulais l'éviter par le plus de moyens possibles. C'est devenu alors une charge immense que d'entreprendre des psychothérapies car je ne pouvais plus les voir, et j'avais toujours la crainte qu'à la fin de l'entretien, le psychiatre dise que je n'allais pas bien et que j'allais me faire hospitaliser.

Il y a un internement qui m'a marqué. J'avais été amené par la police directement en chambre de soin, et j'y suis resté facilement un mois et demi. C'est terrible parce que le fait d'être en chambre de soins sans pouvoir lire sans pouvoir parler sans pouvoir communiquer nous fait entrer dans un espèce de bulle. Il y a le syndrome de claustrophobie qui peut être en jeu, mais il y a surtout un ennui terrible et le fait de perdre la notion du temps. Lorsqu'on est enfermé 24 heures sur 24, et qu'on ne peut rien faire d'autre que de rester enfermer, on peut finir par friser la folie. Je voyais rentrer tous les deux jours l'équipe médicale, j'étais couché sur mon matelas par terre, et ils étaient debout. Il y avait de nouveau ce rapport de hiérarchie, ce rapport de puissance. Il y eu un soignant une fois, qui au lieu de rester debout à me poser des questions, s'est accroupi, et m'a demandé de m'asseoir sur le lit, et j'ai eu son regard au même niveau que le mien. Ça a changé beaucoup de chose, car je me suis dit que c'est quelqu'un qui se mettait à ma hauteur, qui me regarde dans les yeux. Il descend jusqu'au niveau où je suis, jusqu'à ma condition, jusqu'à ma souffrance et essaie de rentrer en dialogue avec moi comme un être humain et donc plus comme une autorité qui doit me soigner. Lorsqu'il y a cette empathie qui est la découverte qu'il y a une relation possible de confiance avec le corps médical, tout se débloque. Le pire pour un humain enfermé dans une chambre de soin, c'est de ressentir la solitude, cette solitude immense face à toute une institution, qu'est le corps médical.

Mes proches ont beaucoup souffert, pas tant de la contrainte car là ils étaient contents lorsque j'étais à l'intérieur d'une institution. Là où ils souffraient, c'était quand j'étais à l'extérieur en train de faire n'importe quoi, en train de les réveiller à quatre heures du matin, en train de s'inquiéter pour moi, parce qu'ils ne savaient pas ce que je faisais, si je m'étais mis en danger et si j'avais mis en danger d'autres personnes. Quand je suis à l'hôpital, ils ne s'occupent pas de savoir si je suis sous contrainte ou pas, ils font confiance à l'institution et en général, la

société fait confiance à l'institution. J'ai moi-même été hospitalisé par dénonciation, par un coup de téléphone de quelqu'un d'autre, comme mon père, ma femme etc... On le vit très mal, car on place la faute et la cause de notre hospitalisation sur cette personne et non plus sur notre maladie, et c'est une erreur. Mais on ne peut pas le voir, car la perte de la conscience de la maladie est un symptôme très typique du syndrome bipolaire. On pense qu'on est normal, qu'on est juste différent, que les autres nous embêtent en disant qu'il faut qu'on aille se faire soigner.

En 2003, les directives anticipées apparaissent. Elles permettent au patient de faire valoir sa volonté. Les psychiatres de Cery, donc l'hôpital psychiatrique de Lausanne, ont voulu l'essayer avec moi. Pourtant ils en avaient peur de cette loi car ils devaient se plier, se soumettre, à la volonté du patient, car eux savent comment il faut soigner tel patient, ils ont fait des études et ont pratiqué pour ce savoir, et le fait que le patient ait la possibilité de les obliger à suivre tel ou tel traitement contre leur avis leur faisait peur. Cette loi m'a beaucoup aidé car elle a permis la prise en considération de mon individualité, on prend en compte que je suis un individu qui peut penser, qui peut avoir du discernement, qui peut comprendre ce qui lui est favorable, ou pas, qui peut comprendre comment il se soigne au mieux pour ne pas retomber si mois plus tard. C'est un espace d'expression de sa volonté qui est ouvert à travers ces directives anticipées. Il y a un changement d'attitude et de rapport. On passe d'un rapport hiérarchique où le médecin est supérieur et le patient inférieur à un rapport de collaboration, les deux acteurs sont l'un à côté de l'autre et collaborent. Il y a un respect de l'autonomie de l'individu qui rentre en dialogue avec l'institution et qui n'est plus soumis à elle. Et c'est cet aspect qui a été très important pour moi, car j'ai enfin pu dire quelles horreurs avaient été pour moi toutes les contentions, les attaches, les chambres de soins, et j'ai pu commencer à m'exprimer comme un partenaire de soin. Et cela change tout car le partenaire de soin comprend qu'il a un rôle à jouer et qu'il a son mot à dire dans un processus de soin. Cela a permis un dialogue et m'a fait me rendre compte à quel point je souffrais moi-même, mais en plus que je faisais souffrir mon entourage. Ce dialogue permet à une confiance de s'instaurer entre mon entourage proche ainsi que les professionnels qui s'occupent de moi et moi-même. Le patient ne se sent plus comme un malade anormal qu'il faut enfermer mais qui se voit prendre en considération comme un humain à part entière et que l'on respecte dans son individualité. Le processus de soin n'est plus une contrainte, c'est une liberté par le dialogue.

Ma relation avec le corps médical a aussi changé, il est devenu un partenaire de dialogue.

Pourtant, la contrainte a été bénéfique, même dans mon cas, car on finit par se calmer. Si on enferme une personne deux mois dans une chambre en la piquant tous les jours, en lui donnant des médicaments, elle va finir par redescendre. Bénéfique car on va soigner cette personne, on va la tirer de sa maladie, l'aider à recouvrer ses esprits et à retrouver son discernement. Maintenant, n'est-ce pas aussi traumatisant ? Car en effet, ça l'est. C'est le fait d'être passé sous la botte d'une autorité qui vous a soigné mais qui vous a aussi contraint, qui vous a frustré, qui vous a écrasé, mentalement, spirituellement et physiquement.

J'ai connu une hospitalisation où on m'a dit « vous ne voulez pas prendre de médicaments, alors on ne vous force pas, vous n'avez qu'à rester tranquille dans votre chambre ». Cette hospitalisation n'a duré que trois ou quatre semaines, et j'ai pu moi-même participer beaucoup

plus activement à mon traitement et à ma guérison, dans le sens que je me suis rendu compte que sans la médication, mon état intérieur n'était pas aussi bon qu'avec la médication. J'ai commencé à sentir une espèce d'oppression qu'avec certains médicaments je ne ressentais pas. Donc c'est moi qui finalement ai demandé ces médicaments. Et comme cette décision est venue de moi, c'est un soin qui a été beaucoup plus efficace, au niveau du bénéfice à long terme, que si on m'avait imposé ces médicaments parce que j'étais bipolaire et que c'était comme ça.

Donc pour résumer, toutes les mesures de contraintes donnent des résultats, je dirais, à court terme, parce que le retour de manivelle d'une frustration tellement forte, d'une peur des conséquences, est toujours très forte. Par contre une hospitalisation sans contrainte comme celle dont je parlais à l'instant est une hospitalisation beaucoup plus bénéfique en termes de prise de conscience du sujet qui peut gérer sa maladie de manière autonome, en demandant certes l'aide des médecins, mais autonome et donc beaucoup plus durable car c'est son intérêt propre et sa volonté propre qui sont en jeu, et pas celles des autres.

Il y a une chose que je pense profondément, c'est qu'il n'y a pas d'enjeu plus important pour un malade que sa liberté. C'est là où les mesures de contraintes sont des mesures absolument naturelles pour le corps social, car c'est un moyen de se prémunir contre un danger. Cependant, elles doivent être comprises par le patient, et elles ne peuvent l'être qu'après en avoir étudié les raisons. Le patient doit visiter son passé, visiter les conditions dans lesquelles il a vécu ses décompensations, les actions qu'il a faites, la souffrance qu'il a créée, causée dans son entourage. Et quand il a visité son passé, il passe au présent, il se demande comment il se sent, ne souffre-t-il pas de ce qu'il a causé à son entourage, ou de ce qu'il a vécu à cause de la contrainte ? Et c'est là qu'il va se demander comment éviter cette contrainte, il va donc visiter son futur et il va se demander comment, dans un avenir proche ou lointain, comment il peut mettre en place les conditions qui empêcheront cette contrainte. Il faut reconnaître la contrainte, savoir qu'elle nous a été négative et mettre en place des conditions pour nous éviter le malaise et la souffrance qu'elle génère chez nous, et en cela, je crois que la contrainte est extrêmement positive car elle fait prendre au patient la conscience, à travers le choc qu'il éprouve, qu'il faut l'éviter à tout prix, car tout ce que veut le patient, c'est sa liberté. »

Conclusion

Les avis concernant les mesures de contraintes en médecine peuvent être controversés, il y a pourtant un consensus sur le fait qu'elles sont utiles et bénéfiques. Le problème posé porte finalement sur la manière dont elles sont accomplies. Le principe fondamental est l'autonomie de la personne concernée et c'est ce principe qu'il faut essayer mettre le plus possible en avant. Les patients doivent user et se servir des outils qui sont proposés pour garder la main sur leur intégrité, comme les directives anticipées; il est clair aussi que le dialogue entre le corps médical et le patient est important, comment il peut influencer la guérison, comment la position même du corps médical et du patient peuvent avoir un effet sur le traitement. Pour résumer, je dirais qu'il faut utiliser les outils que les patients et les médecins ont à leur disposition pour collaborer, et c'est ce que font les patients et les médecins. On a tendance, dans notre société, à toujours critiquer les médecins, à leur dire qu'ils en font trop ou pas assez. Il ne faut pas oublier, pourtant, qu'un médecin n'a pas d'autre intérêt que celui du patient, il ne fera donc que ce qu'il pense être bénéfique pour le patient. Cependant, cela devrait se faire, dans la mesure du possible, avec un dialogue. En faisant cette recherche, je n'avais aucune idée dans quoi je me lançais. Je ne connaissais ni le droit, ni le domaine de la médecine. J'ai en effet eu quelques surprises, comme l'effet « toile d'araignée » du droit, où un article contient un mot qui renvoie à un autre article, ou bien la difficulté des théories sur l'autonomie. Cependant je crois avoir beaucoup appris, tant au niveau de la méthode pour écrire une recherche, qu'au niveau du contenu. J'ai rencontré des personnes ayant des expériences de vie impressionnantes, ayant du métier. J'ai beaucoup aimé rencontrer ces différentes personnes, pour qui ce genre de problème est une grande partie de leur vie, et discuter avec elles. Je les remercie beaucoup pour le temps qu'elles m'ont consacré. La question de l'autonomie m'a énormément intéressé aussi, comprendre ce qu'elle était, d'où elle venait et que faire avec elle. J'ai aussi amorcé ma découverte du droit à travers les différents articles qui traitaient de mon sujet. En bref, ce Travail de Maturité m'a beaucoup appris.

Bibliographie

Livres

- *Bases juridiques pour le quotidien du médecin*, édité par ASSM et FMH, chapitres 3.1, 3.2, 4.3, 5.10
- Emmanuel KANT, « Fondation de la métaphysique des mœurs » in *Métaphysique des mœurs*, 1, Fondation, Introduction, trad. Alain Renaut
- Tom L. BEAUCHAMPS / James F. CHILDRESS, *Les principes de l'éthique biomédicale*, cinquième édition, Belles-Lettres, Paris 2008

Dictionnaires

- Edmond GOBLOT, *Le Vocabulaire philosophique*, <http://gallica.bnf.fr/ark:/12148/bpt6k54820602>
- André LALANDE, *Vocabulaire technique et critique de la philosophie*, sixième édition revue et augmentée, Presse Universitaire de France, Paris 1951

Lois

- Code Civil Suisse, <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19070042/index.html>
- Constitution Fédérale Suisse, <http://www.admin.ch/opc/fr/classified-compilation/19995395/index.html>
- K 1 03: Loi sur la santé (LS), https://www.geneve.ch/legislation/rsg/f/rsg_k1_03.html

Sites internet

- Direction de la justice, des affaires communales et des affaires ecclésiastiques : http://www.jgk.be.ch/jgk/fr/index/kinde_erwachsenenschutz/erwachsenenschutz/vertretung_bei_urteilsunfaehigkeit.html – http://www.jgk.be.ch/jgk/fr/index/kinde_erwachsenenschutz/erwachsenenschutz/fuersorgerische_unterbringung.html
- Guide Social Roman, réalisé par l'ARTIAS avec les cantons romands <http://www.guidesocial.ch/> ; fiche 141, fiche 840, fiche 110
- VILLE DE GENÈVE, site officiel : <http://www.ville-geneve.ch/themes/vie-privee-egalite-citoyennete/mandat-cause-inaptitude>

Encyclopédies

- Internet Encyclopedia of Philosophy : <http://www.iep.utm.edu/autonomy/>
- Stanford Encyclopedia of Philosophy : <http://plato.stanford.edu/entries/personal-autonomy/>

Autres

- Pro Mente Sana, association romande, *lettre trimestrielle numéro 62, 63, 64*
- Les présentations des intervenants à la journée annuelle de la section romande de la Société Suisse de psychiatrie sociale

Remerciements

Je tiens à remercier les intervenants qui ont participé à la journée annuelle de la section romande de la Société Suisse de psychiatrie sociale, ainsi que les deux personnes qui ont pris le temps de répondre à mes questions et de m'expliquer clairement comment la contrainte s'appliquait sur le terrain.