
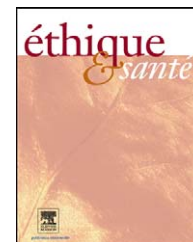




Disponible en ligne sur
 ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
 EM|consulte
www.em-consulte.com



DÉMARCHES ET OUTILS : PÉDAGOGIE

Pourquoi un espace de réflexion éthique en santé mentale dans le Nord Pas-de-Calais ?

Why a unit for consideration of ethical problems in mental health in North Pas-de-Calais region?

P. Hum^{a,*,b}, Commission de l'espace de réflexion éthique en santé mentale¹

^a Fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM), coordinateur de l'espace de réflexion éthique en santé mentale, 3, rue Malpart, 59000 Lille, France

^b EPSM de l'agglomération lilloise, BP4, 59871 Saint-André-Lez-Lille cedex, France

Disponible sur Internet le 27 août 2011

MOTS CLÉS

Éthique ;
Espace éthique ;
Santé mentale ;
Psychiatrie ;
Comité d'éthique

Résumé La fédération régionale de recherche en santé mentale (F2RSM) a mis en place un espace de réflexion éthique en santé mentale, au début de l'année 2010. Nous proposons d'identifier un certain nombre de questions comportant des enjeux éthiques, évoquées lors des rencontres organisées par l'espace éthique. Sur la base de cette ébauche de problèmes, nous serons amenés à formuler d'autres enjeux. D'abord, il semble nécessaire de préciser les singularités propres à la santé mentale et à la psychiatrie, afin de formuler de manière pertinente les questions éthiques rencontrées, sans toutefois perdre le lien avec les autres champs de la médecine et en évitant de constituer une réflexion autonome sans lien avec les sciences humaines.

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : hum.pierre@neuf.fr

¹ Les membres de la Commission de l'espace de réflexion éthique en santé mentale : M. Bétremieux, président de la CME du centre hospitalier Hénin-Beaumont ; M. Breton, psychiatre EPSM agglomération lilloise, délégué régional de la fédération Croix-Marine ; J.-P. Cobbaut, directeur du centre éthique médical de l'Institut catholique de Lille ; T. Danel, directeur de la F2RSM ; V. Danel-Brunaud, neurologue CHRU de Lille ; S. De Backer, directrice du centre de santé de la MGEN Lille ; C. Delaby-Faure, avocate de l'Ordre des avocats du Barreau de Lille ; J. Deprince, directeur des soins de l'EPSM des Flandres ; R. Despieghelaere, Bâtonnier de l'Ordre des avocats du Barreau de Lille ; L. Di Olivera, cadre de santé CHRU de Lille ; B. Escaig, vice-président délégué à la recherche de l'Unafam ; C. Ethuin, membre de la conférence régionale de santé et de l'autonomie, président de l'Association Nord Mentalités ; M.-C. Florin, médecin coordinateur du comité éthique au centre hospitalier de Douai ; G. François, cadre de santé à l'EPSM Lille Métropole ; J. Halos, président de l'ADESM, directeur de l'EPSM Lille Métropole ; F. Lequin, directeur de l'accueil et des affaires financières, EPSM agglomération lilloise ; B. Pruvost, délégué Nord de l'Unafam ; P. Rhenter, politologue au CCOMS ; M.-C. Thibaut, administratrice Fnapsy, présidente de l'association Amitiés et partage ; P. Valette, médecin coordinateur urgentiste au CH d'Arras ; S. Vandoolaeghe, coordinatrice Espace éthique hospitalier universitaire de Lille.

Mais surtout, il nous semble que l'usage du terme de santé mentale au lieu de celui de psychiatrie, pour qualifier l'espace de réflexion éthique, peut contribuer à mettre l'accent sur certains enjeux éthiques propres à la pratique du soin et ouvrir de nouvelles perspectives de recherche. © 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Ethic;
Ethical questions;
Psychiatry;
Mental health

Summary Early in 2010, The Regional Mental Health Research Federation (F2RSM) established a unit for consideration of ethical problems in mental health. We propose to identify a certain number of areas in which ethical factors are important. Based on this framework, we shall identify other issues. Initially, it seems essential to clarify those features, which are specially relevant in mental health and psychiatry, so as to formulate the pertinent ethical questions. However, the connections with other fields of medicine should not be lost and we should guard against engaging in deliberation in isolation from the human sciences. Above all, we feel that the use of the term "mental health" rather than "psychiatry" should be used to characterise this unit set up for consideration of ethical problems. In this way, it can help in emphasising certain ethical issues that are relevant in the context of the delivery of care and can open up new prospects in research.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La Fédération de recherche en santé mentale (F2RSM) a mis en place un Espace de réflexion éthique en santé mentale au début de l'année 2010.

Ce groupement d'intérêt public¹, fondé en 2008, regroupe les 31 établissements sanitaires du Nord Pas-de-Calais qui ont une activité en psychiatrie. Lors de sa création, la F2RSM avait pour mission de constituer un observatoire régional en santé mentale (centré sur la recherche d'indicateurs), de participer à la recherche clinique, de favoriser les échanges sur les pratiques psychiatriques.

Ces différents axes de travail, particulièrement les échanges sur les pratiques, ont révélé l'intérêt de développer une réflexion éthique. En effet, un audit croisé inter hospitalier concernant l'usage des chambres d'isolement dans les services de psychiatrie a montré l'importance des questionnements des soignants. De plus, cette réflexion a été relayée par celle de l'Ordre des avocats du Barreau de Lille, de l'ADESM², des associations des familles ainsi que des usagers. C'est dans cette perspective que la F2RSM, composée des personnels employés par les établissements adhérents, a semblé en mesure de fédérer une réflexion éthique dans la région.

Il s'agit avant tout de créer un lieu de réflexion et d'échange, associant les différentes disciplines concernées par les soins en santé mentale.

On sera alors amené à se demander si la psychiatrie n'est pas confrontée de manière particulière à des questions éthiques, celles-ci se formulant peut-être différemment pour la médecine au sens large? Pouvons-nous identifier un

certain nombre de problèmes relatifs à la pratique du soin qui pourraient être éclairés par une réflexion éthique?

Mais avant de tenter de répondre à ces questions, il faut faire état au préalable de certains éléments contextuels.

Les relais institutionnels de la réflexion éthique : état des lieux et évolution

La nouveauté dans le champ de l'éthique est la tentative de mettre en place des relais institutionnels à la pratique de l'éthique.

Certes, la pratique du soin et la réflexion éthique sont constitutives l'une de l'autre. De ce point de vue, on peut considérer que les questions éthiques ont animé et nourri les réflexions des praticiens sans forcément être identifiées comme telles. En outre, les soignants ont trouvé, dans les facultés des sciences humaines, des lieux pour approfondir éventuellement leurs réflexions. Pourtant, on assiste depuis plusieurs années à un développement singulier de cette réflexion éthique.

Les différents relais institutionnels

La constitution du Comité consultatif national d'éthique (CCNE) a été une étape décisive pour reconnaître les nouveaux problèmes liés au développement de la médecine et de la recherche. En 1983, par décret, la nation se dote d'un comité permanent aux compétences larges. Depuis 1994, le CCNE peut donner des avis ainsi que des recommandations concernant les problèmes éthiques soulevés par les progrès de la médecine. Plusieurs arrêtés sont écrits chaque année [1–3].

L'Espace éthique Assistance Publique–Hôpitaux de Paris a été créée en 1995. Pionnier en matière d'éthique, relié actuellement au département de recherche de la faculté Paris-Sud, il est à présent centre collaborateur pour la

¹ Pour plus d'information, il est possible de consulter le site Internet, santementale5962.com.

² Association des directeurs des établissements de santé mentale.

bioéthique de l'Organisation mondiale de la santé. Il propose des cursus universitaires, organise régulièrement des congrès.³

De manière plus récente, il semble que d'autres Espaces éthiques régionaux se constituent.⁴ Les objectifs de ceux-ci sont assez larges et comprennent en général une fonction d'enseignement, de recherche, de mise à disposition d'une base de documentation.

Encore plus récemment, on assiste à la mise en place d'espaces éthiques aux compétences élargies. En effet, en plus des fonctions classiques de formation et de documentation, le comité d'éthique peut parfois être saisi afin de donner un avis sur une situation problématique comportant des enjeux éthiques manifestes. Un tel avis est en général consultatif et concerne une situation concrète qui s'est déroulée dans un des services hospitaliers. Il ne vise pas à établir des recommandations éthiques ayant une portée générale, mais à donner un avis sur une situation précise. Le CHR de Rennes a probablement été pionnier dans ce domaine : pour comprendre l'intérêt et les enjeux de tels comités éthiques, on pourra se référer au livre de Jacqueline Lagrée [4], philosophe, qui fait part de son expérience au CHR de Rennes.

Des nouveaux espaces éthiques dans les établissements de soin ?

Aujourd'hui, des espaces éthiques, avec des compétences assez larges, se mettent en place dans les différents établissements de soins, sans se limiter aux centres hospitaliers universitaires.

On peut alors se demander si la constitution de ces commissions va réellement s'étendre à tous les établissements de soin ?

Et surtout, la mise en place des comités éthiques locaux sera-t-elle associée à une réflexion éthique au sein des établissements concernés ?

En effet, les comités d'éthique sont susceptibles de formuler un avis sur des situations problématiques comportant de réels enjeux éthiques. Il ne s'agit donc pas d'enseigner quelque chose, ni de produire un guide de bonne conduite de portée générale (contrairement aux recommandations du CCNE). En 2010, la F2RSM a répertorié les espaces éthiques existant dans le Nord Pas-de-Calais et il s'avère que plusieurs établissements ont commencé à s'organiser dans cette perspective, aussi bien des établissements publics de santé mentale (hôpitaux composés exclusivement de services de psychiatrie) que des centres hospitaliers généraux (comprenant souvent un pôle de psychiatrie). Il faut dire que cette motivation est parfois favorisée par la perspective

de la certification⁵, à laquelle s'associe la prise en compte d'avis assez critiques sur la pratique des soins dans les établissements psychiatriques.⁶ Certes, la plupart de ces comités n'ont pour l'instant qu'une existence formelle, leurs modes de fonctionnement ne sont pas encore établis et leurs compositions discutées. Néanmoins, on constate que les établissements de soins sont en train de s'organiser pour prendre en compte de manière spécifique⁷ les aspects éthiques des prises en charge. Mais on peut se demander si la création de tels comités éthiques ne nécessite pas une réflexion préalable ? On mesure par exemple l'importance du choix des membres qui les composeront, garantie d'une certaine compétence ainsi que d'une indépendance. Quel règlement intérieur les régira ? Quelle sera la valeur de l'avis rendu ?

Et surtout, on peut espérer qu'un établissement qui se dote d'un comité éthique favorise une réflexion éthique de la part de l'ensemble des soignants de l'établissement concerné. La réflexion éthique ne doit pas se limiter à la sphère du seul comité d'établissement.

En effet, on pourrait craindre qu'une réflexion éthique institutionnelle manque son but, en participant à constituer une *éthique de surface*, en produisant une bonne conscience à bon compte, ou encore soit prétexte à la détermination de sanctions pour transgression à des règles. Un comité qui aurait un fonctionnement strictement interne aurait peut-être du mal à produire une réflexion éthique ainsi qu'à susciter une *démarche éthique* sur l'ensemble de son établissement.

On pourrait aussi redouter la mise en place d'une éthique du protocole, qui tenterait d'imposer des normes dites « éthiques » se superposant à celles des protocoles de soin.

Or l'enjeu précisément consiste à ne pas juxtaposer une réflexion éthique et une pratique du soin, mais bien d'interroger le soin par une réflexion éthique [5–7].

De telle sorte qu'il importe d'observer la constitution des comités d'éthique et de participer à fédérer une réflexion éthique sur la région du Nord Pas-de-Calais. Il nous semble alors que la F2RSM pourrait à la fois apporter sa contribution

⁵ Les établissements de soins sont évalués par des experts externes sur la base d'un référentiel élaboré par la Haute Autorité de la santé. La certification intervient tous les quatre ans. La troisième version introduit des nouveaux critères visant à évaluer la prise en considération des problèmes éthiques rencontrés par les équipes soignantes.

⁶ Citons les comptes-rendus de la Commission dirigée par M. Delarue, mais aussi des Commissions départementales des hospitalisations psychiatriques (CDHP), qui ont vraisemblablement contribuées à mettre en évidence certains enjeux éthiques.

⁷ Actuellement, les hôpitaux disposent, en interne, de la CRUCQ et d'un service qualité. La CRUCQ est une commission interne et elle traite principalement les réclamations des usagers : elle est donc parfois confrontée à des problèmes de nature éthique. Les services qualité ont un champ d'action assez large et ils sont parfois confrontés aux enjeux éthiques liés à l'amélioration de la « qualité » des services.

³ Pour plus de précisions, voir www.espace-ethique.org.

⁴ Citons notamment l'Espace éthique méditerranéen, l'Espace éthique de Bretagne Occidentale, l'Espace éthique hospitalier universitaire de Lille constitué en mars 2010.

pour développer une réflexion éthique sur la région et constituer un observatoire pour la région.

Dans cette perspective, quels thèmes pourraient fédérer une réflexion éthique en psychiatrie, en santé mentale ?

Fédération régionale de recherche en santé mentale et espace de réflexion éthique en santé mentale : les différents thèmes de réflexion

Début 2010, la F2RSM a proposé de participer à l'organisation d'une réflexion éthique dans la région Nord Pas-de-Calais. Il faut dire que l'année précédente, une large étude avait été réalisée dans l'ensemble des établissements psychiatriques de la région, portant sur les pratiques de l'isolement et de la contention. Ainsi, un audit croisé inter hospitalier a été effectué dans les différents services de la région, deux soignants d'un secteur se déplaçant dans un autre service afin d'évaluer l'importance et les modalités de ce type de contrainte.

L'intérêt de cette étude, outre celui d'évaluer une pratique difficile, a permis aussi de réels échanges entre les équipes soignantes.

Plusieurs contributions ont été publiées suite aux résultats de l'enquête [8], permettant de prendre acte de la variété des points de vue (soignants, usagers et leurs familles, directeurs d'hôpitaux, Ordre des avocats du Barreau de Lille). Les questions soulevées par cette étude et l'intérêt manifesté par les adhérents de la F2RSM ont été déterminants pour prolonger cette réflexion sous une forme plus structurée. La F2RSM a alors proposé de constituer un *espace de réflexion éthique* afin de favoriser l'échange sur les pratiques de soin en santé mentale sur la région.

En 2010, plusieurs temps d'études ont été organisés. Un groupe de travail a aussi été constitué.⁸ Enfin, une enquête a été débutée dans une double perspective : obtenir des précisions sur la manière dont sont prises en compte les questions éthiques (notamment sur l'existence ou non d'un comité éthique, sur les projets envisagés) et recueillir les attentes des différents acteurs de soins dans la région concernant la participation de la F2RSM à une réflexion éthique régionale.

Un certain nombre de questions et de problèmes ressortent de ces temps d'échanges et de réflexion. Quels sont les différents thèmes évoqués ?

Pratique du soin et restriction de liberté

Un premier thème concerne les liens complexes entre la pratique du soin et les restrictions de liberté.

Sous des formes très diverses, la mise en place d'un soin s'accompagne bien souvent de l'amputation de certaines libertés [9,10]. Une réflexion, posée en termes d'interrogation sur ce télescopage entre soin et liberté, pourrait aider à reconnaître les libertés qui peuvent être temporairement suspendues de celles dont le malade et son entourage n'ont pas à être privés. On comprend que cet aspect est particulièrement important dans le champ d'exercice de la psychiatrie, et de façon plus générale, en santé mentale.

Prenons l'exemple en psychiatrie des situations d'hospitalisations sous contrainte : le Code de Santé Publique tolère, dans des situations bien définies, la mise en place d'un soin alors même que le patient s'y oppose.⁹ Par conséquent, cette modalité d'hospitalisation suspend temporairement un certain nombre de droits et de libertés : d'abord ceux d'accepter ou de refuser les soins, mais aussi ceux de se déplacer, voire bien souvent de téléphoner ou de voir ses proches. Ajoutons aussi la liberté de culte qui peut être parfois provisoirement et partiellement suspendue. Pourtant, on peut se demander si la mise en place d'un tel processus de soin impose la restriction de toutes ces libertés ?

En outre, une hospitalisation sous la contrainte se fait sur des durées plus ou moins longues. On peut donc s'attendre à une évolution des restrictions imposées aux libertés, avec un élargissement progressif du champ de ces dernières. Par conséquent, il nous semble que la pratique du soin pourrait gagner à être interrogée dans cette perspective, en précisant dans chaque situation les libertés qui peuvent être temporairement suspendues et celles qui n'ont pas de raison d'être supprimées. De manière plus générale, la psychiatrie, comme les autres parties de la médecine, pourraient tenter de préciser les zones de télescopage entre les pratiques nécessaires du soin et l'exercice des différentes libertés des soignés.

Les obligations de soin

Un deuxième thème concerne les différentes formes d'obligation de soin. Le contexte semble favorable à diversifier les différents types de contrainte. Il y a d'abord les soins sur injonction de l'appareil judiciaire. Il y a aussi les réformes actuellement débattues portant sur une possible diversification des soins sans consentement. C'est la loi de 1990 qui régit actuellement les modalités d'hospitalisation et elle n'autorise les soins sous contrainte que sur l'hôpital et sous la requête d'un tiers (les sorties d'essai sont considérées comme une simple étape transitoire entre l'hôpital et le retour aux soins acceptés). Or aujourd'hui, il est envisagé de pouvoir imposer des soins sous une forme ambulatoire, sans lier la contrainte à la seule hospitalisation. Certes, cette réforme répond à des problèmes réels, notamment celui de trouver des modalités nouvelles au soin non consentis, de continuer les soins indispensables une fois l'hospitalisation

⁸ Ce groupe de réflexion associe des médecins psychiatres et non-psychiatres, des cadres de santé, des directeurs d'établissement, l'Ordre des avocats du Barreau de Lille, des représentants des associations des familles et des usagers, des chercheurs en sciences humaines.

⁹ L'hospitalisation à la demande d'un tiers (deux certificats médicaux sont associés à une demande d'hospitalisation par une tierce personne) est possible lorsqu'il existe des troubles mentaux rendant impossible le consentement du patient et nécessitant la mise en place d'un soin.

terminée, celle aussi de ne pas laisser à la seule charge des familles les patients s'abstenant de toute thérapeutique (lorsque celui-ci se soustrait aux soins dans l'absence de tout discernement sur sa pathologie). Mais d'un autre côté, on peut s'inquiéter d'une banalisation de la contrainte et de la volonté de concevoir une diversité de formes d'obligation. Comment seront pris en considération les droits des patients et des proches à être informés, à discuter ou à refuser tels ou tels types de soin? Ces formes de contraintes ne vont-elles pas faire hésiter les patients en souffrance? Quel rôle joue le contexte social dans l'évolution vers ces modalités de soins? En d'autres termes, quels sont les différents enjeux liés à une restriction ou une extension des formes d'obligation de soin?

La validité du consentement aux soins dans le champ de la santé mentale, et peut-être de la santé tout simplement, a aussi été abordée. Certes, cette question prolonge les thèmes précédents (soin, restriction de liberté et obligation de soin) mais en mettant l'accent sur d'autres aspects où peut-être interrogée la qualité du discernement.

L'alliance thérapeutique est-elle difficile à construire aujourd'hui? Quels sont les enjeux et les limites de celles-ci?

Place de l'entourage dans la pratique du soin

Les représentants des familles s'inquiètent de la place restreinte souvent donnée à l'entourage dans la pratique du soin, en particulier pour les patients souffrant des formes de schizophrénies. L'entourage se ressent souvent négligé et les ruptures dans les suivis confrontent les familles à un quotidien souvent très pénible. Peut-on considérer que le patient doit-être reçu systématiquement avec un proche ou bien doit-on laisser le choix aux patients et aux soignants? Faut-il procéder différemment lorsqu'on repère des éléments cliniques particuliers, comme par exemple un déni de la pathologie? En effet, on observe parfois un comportement caractéristique de *non demande* de la part de patients souffrant de psychose, de telle sorte qu'au moment où ils ont le plus besoin d'aide, ils ne demandent rien. Précisons que ces questions se posent probablement différemment lorsqu'il s'agit de prendre en charge des adolescents ou de jeunes enfants. Mais il n'en reste pas moins important de réfléchir de façon éthique sur la façon de répondre à ces souffrances de l'entourage et des aidants.

L'enjeu plus général concerne la relation entre le médecin et le malade, avec une possible remise en cause du lien très intime qui les relie traditionnellement.

Doit-on penser différemment aujourd'hui la relation entre soignant et soigné?

Comment éviter l'instrumentalisation des proches et du thérapeute? La question des limites de ce qui peut être dit et partagé entre le soignant, le patient et l'entourage rejoint les questions du secret médical et de la transparence des diagnostics.

Hétérogénéité des pratiques de soin

Les représentants des usagers ont soulevé le problème de l'hétérogénéité des pratiques de soin pour une même pathologie. En effet, les soins proposés sont parfois très différents pour un même diagnostic et on peut comprendre qu'une telle diversité de réponses thérapeutiques soit problématique pour les patients ainsi que leurs proches. Ne pourrait-on pas préciser la réalité de l'hétérogénéité des soins en psychiatrie? Peut-on apporter une meilleure lisibilité sur les raisons de l'utilisation de pratiques psychiatriques parfois très différentes?

Il a aussi été évoqué la prise en charge des détenus et il apparaît que la qualité des soins rendus n'est pas comparable avec celle des non détenus. Ce problème ne se limite d'ailleurs pas à la psychiatrie et concerne l'ensemble des thérapeutiques. Peut-on préciser les différents obstacles rencontrés par un détenu malade pour accéder aux soins et bénéficier de traitements de qualité? Ce fait est-il uniquement lié au risque d'évasion ou bien existe-t-il d'autres raisons qui seraient à analyser?

Comités éthiques et pratique de l'éthique

Enfin, la constitution des comités d'éthique dans les différents établissements de soin conduit à d'autres sujets de réflexion. Faut-il soutenir de tels projets? Comment les constituer, quelle composition leurs donner, quels règlements les régira, quels sera leur statut, quelle valeur donner à l'avis rendu? Faut-il créer des liens entre les différents comités d'éthique?

Ces différentes questions, dont on mesure l'étendue, traversent l'ensemble du champ de la médecine et elles ne se limitent pas au seul champ de la psychiatrie. Pourtant, certains de ces problèmes ne se posent-ils pas d'une manière singulière dans le champ du soin psychiatrique?

Quelles particularités pour une éthique en santé mentale?

Il nous semble que le champ de la psychiatrie est confronté de manière particulière à certaines questions éthiques. C'est pourquoi la F2RSM a choisi le terme *d'espace de réflexion éthique en santé mentale*, mettant ainsi l'accent sur des particularités que nous allons préciser. C'est aussi dans cette perspective que la F2RSM a souhaité faire participer à cette réflexion des personnes qui ne sont pas des soignants au sens strict du terme, afin de prendre en considération la complexité des champs qui composent la psychiatrie.

Prise en compte de la diversité des angles d'approches

L'espace de réflexion éthique en santé mentale, comme nous l'avons précisé, est composé par ses adhérents, autrement-dit par une variété d'acteurs de soin et de personnes concernées, au sens large, par les soins. La F2RSM

a d'ailleurs marqué cette caractéristique en sollicitant la participation des représentants des usagers et des familles, de l'ADESM, de l'Ordre des avocats du Barreau de Lille et de chercheurs en sciences humaines. L'objectif de la F2RSM est de faire ressortir ces différents angles d'approches : ceux-ci permettent de mieux cerner l'étendue et les différents côtés d'un même problème. La variété des fonctions de chacun devrait faciliter l'identification de *problèmes éthiques* communs, en maintenant les tensions et les divergences, tout en recherchant le consensus quand il est possible.

L'intérêt de ces rencontres est multiple. En premier lieu, la pertinence et la valeur de cette réflexion sont portées précisément par la prise en compte de la diversité des intervenants : il s'agit de générer une réflexion dont le caractère éthique consiste précisément à faire état de la diversité des approches. En second lieu, il est possible que certains problèmes éthiques suscitent une réflexion consensuelle. Et en troisième lieu, cette modalité d'échange et de réflexion semble appropriée aux différentes facettes qui composent la psychiatrie.

Une telle réflexion, qui tente d'associer des approches trop souvent séparées les unes des autres, ne cherche pas à établir des recommandations éthiques ni à éditer un guide des bonnes pratiques. L'enjeu, pour la F2RSM, est de participer, peut-être même de fédérer une réflexion autour de questions d'éthique dans la pratique du soin. Une telle approche peut aussi permettre de constituer un observatoire de ce qui se fait en matière d'éthique sur la région.

Quelles sont les particularités qui caractérisent une réflexion éthique en psychiatrie et distinguent celle-ci du champ de la médecine ?

Quelles particularités éthiques propres à la psychiatrie et à la santé mentale ?

Au préalable, précisons qu'il ne s'agit pas de constituer une réflexion autonome en psychiatrie ou en santé mentale. La réflexion est avant tout éthique et, de ce point de vue, est reliée avec les sciences humaines et la philosophie. Il ne s'agit pas non plus de perdre le lien avec le champ de la médecine. La psychiatrie est une discipline médicale et elle est traversée par des enjeux éthiques propres au champ médical.

Pourtant, la psychiatrie présente certaines spécificités liées notamment à son histoire, à son mode d'organisation, à sa clinique, à l'évolution de sa nosographie et des repères psychopathologiques, à son implication dans le champ social et judiciaire.

En regardant les thèmes cités dans la seconde partie, une approche éthique du champ de la psychiatrie conduit à mettre l'accent sur certains aspects. Si nous prenons l'exemple du consentement aux soins, certains éléments doivent être pris en compte et ceux-ci déplacent et modifient les enjeux : citons la perspective de l'obligation de soin (judiciaire ou médicale), l'intérêt donné à la parole des proches, l'importance de certaines caractéristiques

cliniques comme le déni de certains symptômes (déni qui peut prendre des formes variées, évoluer aussi dans le temps), le droit et les limites pour le patient à participer au choix des soins proposés.

Nous pouvons poursuivre cette analyse en faisant état de caractéristiques plus générales propres à la psychiatrie, cette dernière se distinguant alors de la médecine.

D'abord, la dimension des soins en psychiatrie se décline dans le cadre d'une organisation sur un territoire de proximité : le secteur en psychiatrie. Chacun d'entre eux organise un dispositif de soins en fonction des réalités du territoire géographique concerné et des moyens disponibles, et s'assure de la continuité des prises en charges et suivis.

Ensuite, la sémiologie psychiatrique [11] décrit des faits cliniques différents de ceux des autres spécialités médicales. Il s'agit, en général, de décrire des processus mentaux (des états affectifs, des fonctions cognitives plus ou moins complexes, certains comportements). Par exemple, la sémiologie d'une phobie (une peur suscitée par certaines situations concrètes) est très différente des caractéristiques de la douleur de l'infarctus du myocarde, même si ces éléments cliniques sont objectivables dans les deux cas.¹⁰ De même, les diagnostics psychiatriques aujourd'hui ne reposent pas sur des examens complémentaires : on ne dispose pas, actuellement, de biopsie d'organe, d'examen biologique ou d'imagerie pour établir un diagnostic psychiatrique. Ces particularités de la clinique et du diagnostic en psychiatrie nous conduisent à donner une autre caractéristique de la psychiatrie relative à son histoire, en faisant référence aux débats d'Écoles qui ont traversé l'histoire de la psychiatrie, même si les oppositions sont moins radicales aujourd'hui. Ajoutons que la pratique psychiatrique a été structurée sur la base de courants parfois assez différents. Il résulte de cela une certaine hétérogénéité des pratiques psychiatriques.

De manière plus générale, il nous semble que la psychiatrie est aussi caractérisée par des difficultés avec ses frontières et ses limites. En effet, le champ du soin et celui du judiciaire se mélangent parfois. La possibilité légale des soins sous contrainte peut rendre complexe les liens avec les autorités sanitaires, administratives, judiciaires, les représentants de l'ordre public. Rappelons aussi la place prise par l'expertise, en particulier dans le domaine médico-légal.

A un autre niveau, faisons aussi état des liens très serrés entre le sanitaire, le champ médicosocial et la sphère sociale, en particulier pour les pathologies chroniques.

Ainsi, ces différents aspects [12–16], qui caractérisent la psychiatrie, sont à prendre en considération dans une réflexion éthique. Ils ne sont pas en soi des *problèmes éthiques*, mais ils déterminent une manière particulière de formuler des questions éthiques.

Aussi, serait-il pertinent d'approfondir et de préciser ces particularités de la psychiatrie et les enjeux éthiques qui en découlent. Mais nous pouvons encore aller plus loin en

¹⁰ Précisons que la distinction entre la sémiologie psychiatrique et la sémiologie des autres spécialités médicales ne repose pas nécessairement sur un dualisme simple opposant l'âme au corps. Il est en effet tout à fait possible de relier certains états mentaux à des manifestations corporelles ne se limitant pas à des dysfonctionnements du seul cerveau.

interrogeant l'intérêt de faire usage du terme de santé mentale à la place de celui de psychiatrie.

Éthique en santé mentale ou éthique en psychiatrie ?

Plusieurs raisons ont conduit à choisir le terme de santé mentale au lieu de celui de psychiatrie, pour qualifier l'espace de réflexion éthique.

En effet, il nous semble que le terme de santé mentale peut avoir un usage pertinent en mettant en perspective le soin et la santé.

La pratique du soin ne vise pas simplement la guérison d'une maladie identifiée par une nosographie : elle doit aussi permettre de retrouver un état de santé satisfaisant pour le malade selon une dynamique qui n'est pas un retour à l'état initial [17,18]. Il nous faut faire état d'une certaine prudence liée aujourd'hui à l'usage du terme de santé, et encore plus de santé mentale. C'est au travers de plusieurs étapes que l'on se trouve conduit à faire référence à la notion de santé mentale dans la deuxième moitié du XX^e siècle.

En effet, la *vieille* notion de santé a d'abord été réintroduite par l'OMS¹¹ en 1947 [19]. La force de cette définition est de refuser une conception seulement négative de la santé, en réduisant celle-ci à l'absence de maladie. Mais la faiblesse de cette définition est peut-être de donner un contenu à la santé trop simple et réducteur, en associant santé et *complet bien-être*. Or le bien-être est peut-être lié à la santé, mais ces liens restent à préciser. Certes, la santé ne se réduit pas à une absence de maladie, mais elle ne se définit pas non plus simplement par la référence à un simple état de bien-être.

Ensuite, l'usage du terme de santé a trouvé un domaine de pertinence dans le champ sanitaire et médicosocial à partir du début de la deuxième moitié du XX^e siècle¹², par la prise en considération des altérations durables reconnues par le handicap, par l'intérêt porté à la notion de qualité de vie.

Enfin, la notion de santé mentale a été introduite dans les textes réglementaires dès les années 1990, dans un contexte complexe comportant des enjeux théoriques et stratégiques [20]. Cependant, les rapports entre les champs de la psychiatrie et de la santé mentale nécessiteraient d'être précisés¹³ [21,22].

¹¹ L'OMS a étendu la définition de la santé à celle de santé mentale en 2001 : « *La dimension positive de la santé mentale est soulignée dans la définition de la santé telle qu'elle figure dans la Constitution de l'OMS et dit que : « La santé est un état de bien-être physique, mental et social, ne consistant pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ».* Les 191 États Membres de l'OMS ont approuvé cette ambitieuse définition », *Santé mentale : renforcement et promotion de la santé mentale*, Aide mémoire 220, révisé en novembre 2001.

¹² Citons notamment la Fédération d'aide à la santé mentale ou Croix-marine.

¹³ Pour mesurer l'évolution des rapports entre psychiatrie et santé mentale, on pourra se référer par exemple à deux textes officiels

Or l'usage du terme de santé mentale vient plutôt à contre courant d'une histoire de la psychiatrie depuis deux siècles. En effet, pendant cette période, les médecins ont plutôt contribué à définir le champ des pathologies mentales sans se référer au terme très général de santé [23]. Les thérapeutiques mises en place ont plutôt visé à soigner des maladies et il n'a pas été développé de réelles réflexions pour envisager les différentes facettes de la santé. On peut d'ailleurs se réjouir que le terme de santé n'ait pas fait l'objet de réductions trop radicales (comme la constitution d'un *idéal de santé*, ou encore d'un *état moyen de santé* construit statistiquement).

Pourtant, il nous semble que la pratique psychiatrique, plus peut-être que d'autres spécialités médicales, aborde le patient dans une certaine globalité, sans réduire le malade à ses manifestations pathologiques. En effet, en prenant ici pour modèle les pathologies chroniques, les soins en psychiatrie ne recherchent pas nécessairement la guérison, mais visent à voir s'établir un état de santé moins altéré, permettant de vivre et de déployer une certaine qualité de vie [24,25]. Les soins consistent alors à s'occuper d'une personne concrète, qui a un passé, une histoire individuelle, une famille, des appartenances à des groupes, des références culturelles, des projets d'avenir, vit d'une certaine manière dans un environnement social, affectif, professionnel, en étant attachée à certaines valeurs. L'enjeu est parfois celui de renoncer à un mode de vie antérieur et de trouver la capacité de construire une nouvelle manière de vivre.

Précisément dans un contexte où les soins sont de plus en plus techniques et performants, faire référence à la santé permet peut-être de subordonner les soins à un but plus général. Soigner n'est pas alors tenter de retrouver l'état de santé initial, mais consiste à aider à construire un nouvel état de santé moins handicapant.

Aussi, la santé mentale, sous réserve de ne pas lui donner un sens trop restreint et à condition d'être en mesure d'en apprécier l'étendue et la dynamique, pourrait-elle constituer un objet de recherche et une perspective pour la réflexion éthique.

Conclusion

Il apparaît que la nouveauté propre à un espace de réflexion éthique en santé mentale est peut-être la tentative de formuler des questions et des enjeux éthiques concernant plus particulièrement la psychiatrie et la santé mentale. Cette réflexion ne doit pas isoler la psychiatrie des autres parties de la médecine. Elle ne doit pas non plus constituer un champ autonome de réflexion coupé des sciences humaines. C'est dans cette perspective que la F2RSM, composée par

: la Circulaire du 14 Mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale (Journal Officiel du 3 Avril 1990) et le « *Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2005–2008* ». Citons aussi le texte de 2009 « *Santé mentale l'affaire de tous* ».

ses adhérents, (c'est-à-dire l'ensemble des soignants et des personnels des établissements de soin) peut participer à dynamiser une réflexion éthique selon des modalités singulières. Une telle réflexion, certes, tire parti des compétences et des travaux en sciences humaines, en philosophie. Néanmoins, ce travail ne pourra pas avancer sans prendre appui sur une réflexion de la part des soignants eux-mêmes, ni sans solliciter les différents représentants concernés par les soins au sens large. Cet espace éthique n'a donc pas l'ambition de constituer une réflexion unitaire ni d'éditer un guide des bonnes pratiques. En revanche, il pourrait d'abord être un observatoire régional, en étudiant de quelle manière les questions éthiques sont prises en considération et influencent la pratique du soin dans les centres hospitaliers. Et surtout, il peut contribuer à questionner les pratiques du soin, à identifier un certain nombre de problèmes comportant des enjeux éthiques et constituant des objets pour la recherche.

Références

- [1] Ambroselli C. Le comité d'éthique. Paris: PUF; 1990.
- [2] Sicard D. Travaux du Comité Consultatif National d'Éthique. Paris: PUF; 2003.
- [3] Changeux J.-P. (éd). Comité Consultatif National d'Éthique, Une même éthique pour tous? Paris: Odile Jacob; 1997.
- [4] Lagrée J. Le médecin, le malade et le philosophe. Paris: Bayard; 2002.
- [5] Worms F. (éd). La philosophie du soin. Éthique, médecine et société. Paris: PUF; 2010.
- [6] Worms F, le Blanc G. (éd). Les nouvelles figures du soin. *Esprit* 2006;321:77–156.
- [7] Worms F. Le moment du soin. À quoi tenons-nous? Paris: PUF; 2010.
- [8] Danel T. Le vécu en chambre d'isolement. *Santé mentale*; 2009. p. 139.
- [9] Castel R. La gestion des risques de l'antipsychiatrie à l'après psychanalyse. Paris: Editions de Minuit; 2006.
- [10] Foucault M. Le pouvoir psychiatrique. Cours au Collège de France. 1973–1974. Paris: Gallimard; 2003.
- [11] Lantéri-Laura G. Psychiatrie et connaissance. Paris: Sciences en Situation; 1991.
- [12] Petit P. La France qui souffre. Enquête sur la souffrance mentale et ses traitements en France contemporaine. Paris: Flammarion; 2008.
- [13] Ehrenberg A, Lovell AM. (éd). La maladie mentale en mutation. *Psychiatrie et société*. Paris: Odile Jacob; 2001.
- [14] Ehrenberg A. Les changements de la relation normal–pathologique. À propos de la souffrance psychique et de la santé mentale. *Esprit*; 2004. p. 133–156.
- [15] Fassin D. La souffrance du monde. Considérations anthropologiques sur les politiques contemporaines de la compassion. *Evol Psychiatr* 2002;67:676–89.
- [16] Demailly L. Politiques de la relation. *Sociologie des métiers et des activités professionnelles de relation*. Lille: Presses du Septentrion; 2008.
- [17] Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: PUF; 1966.
- [18] Le Blanc G. Canguilhem et les normes. Paris: PUF; 1998.
- [19] Charte de l'OMS, 1947. «Santé mentale: renforcement et promotion de la santé mentale», Aide mémoire 220, révisé en novembre 2001.
- [20] Circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale, *Journal Officiel* du 3 avril 1990. Plan Psychiatrie et Santé Mentale, 2005–2008, *Santé mentale*, l'affaire de tous, novembre 2009.
- [21] Courtin E. Entre impératif gestionnaire et idéal militant. La politique publique de «santé mentale» 1990–2005. *Mémoire Master Sciences Sociales et Politiques*, IEP Strasbourg, septembre 2006.
- [22] Hum P. Quels indicateurs pour quelle santé mentale? *Soins Psychiatr* 2009;26:40–4.
- [23] Lantéri-Laura G. Normal et pathologique: esquisse d'un point de vue médical dans *Actualité de Georges Canguilhem*. Le normal et le pathologique. Paris: Les Empêcheurs de Penser en Rond; 1998. p. 47–58.
- [24] Fagot-Largeault A. Diversité humaine et qualité de vie. Conférence de l'Université de Tous les Savoirs, 20 juillet 2002.
- [25] Leplège A. Les mesures de la qualité de vie. Paris: PUF; 1999.