

28 et 29 mai 2005

May 28th – 29th, 2005

XIV^{ème} Séminaire du CEDEP

Eubée , Grèce

Ethique et bonnes pratiques : positionnements

Programme & textes

XIVth CEDEP Seminar

Ethics and Best Practices: positioning

Siège social : 59bis, RUE DE LA ROQUETTE - 75011 PARIS (FRANCE) - ☎+33 1.49.29.67.77 FAX +33 1.49.29.67.78

✉ cedep.paris@wanadoo.fr

Secrétariat : 18, AV. SEVELIN - 1004 LAUSANNE(SUISSE) - ☎+4121 621 14 72 FAX +4121 626 13 30 ✉ : [Bruno.Gravier@inst.hospvd.ch](mailto: Bruno.Gravier@inst.hospvd.ch)

Trésorerie : VVGG - TENDERSTRAAT 14 - 9000 GENT (BELGIQUE) - ☎+32 9.221.44.34 FAX +32 9.221.77.25 ✉ : paul@vvgg.be

Table des matières

PREAMBULE	3
PROGRAMME	5
INTRODUCTION.....	8
FONDEMENTS ETHIQUES DE LA PSYCHOTHERAPIE INSTITUTIONNELLE	12
POUR UN RETOUR A LA CLINIQUE	25
OU VA LA PSYCHIATRIE ?.....	28
ANNEXES : LES DIRECTIVES ANTICIPEES AU CHUV DE LAUSANNE.....	31

Préambule

Ethique et bonnes pratiques : positionnements

La question des bonnes pratiques devient un thème récurrent des politiques gouvernementales.

L'Evidence Based Medicine (EBM) tient une place centrale dans le cadre de cette interrogation:

L'EBM présente un intérêt non-négligeable pour les gouvernements car elle peut laisser le champ ouvert à une politique de santé mentale normalisée.

L'EBM figure de plus en plus comme mesure des bonnes pratiques au moment où se pose la question de la mesure en santé mentale

Peut-on développer une réflexion éthique consistante face au développement de ce que l'on peut résumer sous le terme « bio-pouvoir » ?

Nous proposons plusieurs axes de réflexion :

- L'EBM est-elle un paradigme réducteur ou, au contraire, ouvre-t-elle sur d'autres champs ?
- En quoi ce concept modifie-t-il notre façon de penser la théorie ?
- Comment peut-on développer une pratique clinique face à un domaine où les certitudes s'érigent en référence alors que l'éthique de notre travail est principalement centrée sur la question de ne pas savoir ?

A partir de ces points, que signifie obtenir de « bons résultats » ? Cette question appelle celle des critères d'efficacité mais aussi du but et de l'utilisation des conférences de consensus.

Elle rejoint la question déjà débattue lors du précédent séminaire, à savoir la question du modèle et de la vérité scientifique.

Le débat autour de l'EBM appelle un débat en miroir concernant la violence et la santé. Comment, en effet, le soignant cherche-t-il à se protéger de la violence qu'il rencontre dans l'institution ? N'est-ce pas à travers l'établissement de nouvelles normes, de nouvelles procédures, ou de nouvelles institutions ?

Finalement cette question touche de multiples domaines. On peut aussi évoquer la question de l'information des patients, celle de la réduction des risques, et de tout les développements actuels des politiques de santé publique.

En élargissant le propos, se met en discussion la question des savoirs scientifiques

En termes de certitude à partir des savoirs utilisés : que penser, par exemple, de la question sans cesse posée de la conformité des démarches par rapport aux données actuelles de la science ?

En termes d'obligation de savoir, n'a-t-on pas de plus en plus affaire à une science normée s'écartant de « l'art médical » qui était jusqu'à présent une valeur dominante ?

L'obligation de savoir rejoint l'obligation de résultats et pose implicitement la question de la place des financements et celle des assurances dans ce dispositif. C'est tout un contour préoccupant qui se dessine et que nous proposons de discuter.

B. Gravier, C. Louzoun

Best practices have become a recurrent theme in government policies.

Evidence Based Medicine (EBM) occupies a central position within the framework of this issue.

EBM is attractive for Governments since it could open the way to a standardized mental health policy.

EBM increasingly appears as a measure of best practices at a time when the issue of mental health arises.

Could a consistent ethical reflection be developed to oppose the development of what could be expressed as "bio-power" ?

We propose several schools of thought:

- Is EBM a reducing paradigm or, on the contrary, does it open up to other fields ?
- How does this concept modify the way we think about theory ?
- How can we develop clinical practice when faced with a domain where certainties set themselves as a reference whereas the ethics of our work is mainly focused on the issue of not knowing ?

From these viewpoints, what does it mean to achieve "good results" ? This question refers us not only to that of efficacy criteria, but also to the goal and use of consensus conferences.

It merges with the issue - already discussed during the previous seminar - i.e. the model and the scientific truth.

The EBM-fueled discussion induces a mirror discussion on violence and health.

Indeed, how does the carer try to protect him/herself from the violence present in the Institution ? Could it be through the development of new standards, new procedures or new institutions ?

Finally, this issue overlaps several domains. Other aspects could be mentioned: patient information, risk mitigation, and all current developments of public health policies.

By broadening the scope, the issue of scientific knowledge can also be discussed.

When it comes to the certainties of the knowledge used, what could be said about the question - endlessly raised - of the conformity of approaches vis-à-vis the actual scientific data ?

As to the obligation of knowing, are we not increasingly dealing with a standards-based science that shifts away from the "medical art" which was until now a predominate value ?

The obligation to know meets with the obligation of results and implicitly raises the issue of the role of funding and that of insurances in this system. The emerging contour is worrying and we invite you to discuss it.

B. Gravier, C. Louzoun

Programme

1^{ère} journée, 28 mai : savoir et certitudes psychiatriques en question

- *Mutations dans la santé mentale et politique de service public Reformulations éthiques*
- *Médecine standardisée ou art médical ?*
- *Evolution de la psychiatrie et de ses paradigmes.*

9h -12h : 1^{ère} session

Modérateurs : Paul Arteel,

- Ouverture des journées : Stelios Stylianidis, C. Louzoun
- Introduction : B. Gravier , à partir de la synthèse du séminaire de Toulon : « nouveaux concepts, nouveaux paradigmes ? »
- Nicole Cano, Psychiatre, Marseille : Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle
- Nikos Tzavaras: Psychiatry: art or standardized practice? Remarks from a phenomenological and historical point of view
- Maria Mitrossili, Questions éthiques et déontologiques sur les pratiques de la psychiatrie contemporaine

17h-19h30 : 2^{ème} session

Modérateurs : Panagiotis Chondros, Eric Messens

- Stelios Stylianidis: Changes in mental health and public service policy, Reforming key concepts of theory and practice
- Claude Louzoun, , « Où va la psychiatrie ? »
- Jacques Gasser, une nouvelle notion en psychiatrie, les directives anticipées

2^{ème} journée, 29 mai :EBM, définition, limites, champ d'application,

- *Evidence based medicine : définition, limites, champ d'application, santé publique.*
- *Bases philosophiques et problématique de la « Value based medicine » : Réflexions éthiques.*

9h-12h : 3^{ème} session

Modérateurs : Jean-Pierre Legendre, Stelios Stylianidis

- Venos Mavreas : Evidence based medicine »: définition, limites, champ d'application en santé publique
- Anne Lovell, EBM : what stakes for public psychiatry ? » (« EMB : quels enjeux pour la psychiatrie publique ? »).
- Dimitris Ploumpidis: Evidence based psychotherapy: Points of reference
- Thierry Najman, Paris : « Pour un retour à la clinique »

17h-19h: 4^{ème} session

Modérateurs :Martine Dutoit, Dimitris Ploumpidis

- Claude Louzoun, Paris, « la critique de l'EBM nous renvoie au désir d'éthique »
- Bruno Gravier, essai de synthèse
- Christian Laval , Claude Louzoun: projet de séminaire européen sur les nouveaux métiers en santé mentale

Liste des intervenants

Paul Arteel, Juriste, Ligue flamande de santé Mentale, trésorier du CEDEP, Gand, Belgique

Nicole Cano, Psychiatre des Hôpitaux, Marseille, France

Panagiotis Chondros, Psychiatre, EPAPSY, Athènes

Martine Dutoit, présidente, Advocacy France

Jacques Gasser, Psychiatre, Professeur, Département de Psychiatrie, CHUV, Lausanne, Suisse

Bruno Gravier, Psychiatre, Service de Médecine et de Psychiatrie Pénitentiaires, secrétaire du CEDEP, Lausanne, Suisse

Jean-Pierre Legendre, Psychiatre des Hôpitaux, Annemasse, France

Christian Laval, Sociologue, ORSPERE , observatoire sur les pratiques en santé mentale, France

Claude Louzoun, psychiatre, président du CEDEP, Paris, France

Anne Lovell, directeur de Recherche, INSERM, Marseille

Eric Messens, Psychiatre, ligue bruxelloise pour la santé mentale, Bruxelles, Belgique

Maria Mitrosilli , Jurist, ex -Deputy Ombudsmen ,Athens, Grèce

Venos Mavreas, Psychiatrist, Professor, University of Ioannina, Grèce

Thierry Najman, Psychiatre, Paris

Nikos Tzavaras, Psychiatrist, Professor, University of Thrace “Dimokriteion” (Alexandroupoli – Athens)

Dimitris Ploumpidis, Psychiatrist, Professor, University of Athens, Director Mental Health Center of Virona-Kaisariani, Athens

Stelios Stylianidis, Psychiatrist, President of E.P.A.PS.Y. ,Athens

Introduction

*à partir de la synthèse du séminaire précédent sur les échanges européens
sur les concepts et les pratiques :
« le champ, les références, l'intervenant »*

B. Gravier

La réflexion qui est proposée au séminaire de 2005 s'inscrit dans la continuité du séminaire de Toulon de l'année précédente, qui s'était construit autour de trois axes :

Le champ de la pratique psychiatrique et de la santé mentale, posant en filigrane les questions de l'utilisateur, du client, du patient, etc....

Les valeurs qui fondent cet espace de pratique et d'intervention et qui renvoient à des interrogations sur la question des classifications, sur la question des modèles de construction et d'une pratique et d'un savoir psychiatrique.

L'intervenant, qui fait référence à une notion plus ancienne de « l'opérateur » de santé mentale développée par la psychiatrie démocratique italienne ou à une notion plus actuelle et posant des questions d'autres natures, à savoir celle de « case manager »

1 Deconstruction

Ces différents thèmes déclinés par les interventions qui se sont succédées au cours des trois jours de réflexion ont suscité beaucoup de perplexité, à la fois par des réactions vives, voire émotionnelles, que des notions pouvant provenir d'autres espaces de réflexion que le nôtre pouvait susciter.

Cette perplexité trouve aussi sa source dans la profonde déconstruction de notre espace, à laquelle nous sommes confrontés actuellement. La déconstruction de cet espace pose la question de l'engagement militant dans le soin et de ce qui peut faire acte de prise de position au service du sujet.

Faute d'aborder cette question de manière dialectique et réfléchie, nous risquons d'avoir bien du mal à aborder les nouvelles données et les nouvelles conceptualisations autrement que dans le raidissement face à d'autres logiques que l'on risquerait de réduire aux seuls avatars du libéralisme ou de l'envahissement par des logiques pharmaceutiques.

Les questions qui se posent donc à nous à ce sujet sont les suivantes :

- *avons-nous affaire à des logiques de pensée ?*
- *avons-nous affaire à des logiques de constructions scientifiques ?*

ou, à l'inverse :

- *avons-nous affaire à des logiques d'appauvrissement de pratiques, de démantèlement de notre outil de travail et d'enrichissement des sociétés pharmaceutiques ?*

2 Oscillations

Finalement, dans un tel débat, nous passons notre temps à osciller entre l'échange ou l'anathème.

Quelques thèmes débattus illustrent bien ces oscillations

Le séminaire de Toulon nous a conduit à interroger la notion de **réseau de soin** comme structure d'emprise dans laquelle se dilue la notion d'usager qui s'opposerait à la recherche d'un lieu carrefour permettant au patient de transmettre à ceux qui peuvent écouter sa souffrance et de donner sens à son histoire. C'est aussi poser la question de la prise de parole de l'usager qui ne soit ni stigmatisante, ni récupérée ou re-construite

A partir du constat de « l'avènement d'un nouveau socle » (A. Golse) où la maladie est remplacée par la santé, comme fondement de savoir, nous avons aussi abordé la question de l'**épidémiologie** dans sa valeur d'instrument permettant la transformation du soin psychique en système d'aide à la « production de vie ». Quel rôle peut-on faire porter à un tel instrument dans les différents discours sur la souffrance psychique ou sociale ? La critique radicale que certains d'entre nous font d'un tel instrument ne pousse-t-elle pas à voir du démiurge là où il n'y a que faiblesse et limite ?

Ce débat débouche sur celui de l'**évaluation** qui peut être perçue comme une sorte de modèle auto justificatoire. Mais à le dénoncer, ne risque-t-on pas de laisser le champ qu'à la seule référence à des discours de vérité, comme le discours analytique, qui ne peuvent qu'échapper à toute évaluation.

3 Contradictions

Et pourtant, il faut savoir échapper au discours de vérité pour fonder notre pratique sur des valeurs à construire inlassablement. Mais, travailler sur des valeurs c'est aussi en accepter le risque, c'est à dire accepter d'être pris dans d'autres logiques que celles qui nous ont conduit à promouvoir ces valeurs rappelle A Lovell. Cette contradiction peut être illustrée par la desinstitutionnalisation qui à abouti à l'inverse de ce que l'on tentait de promouvoir, à savoir l'autonomie du sujet souffrant dans son psychisme.

Cette question des valeurs est aussi au cœur du débat sur l'EBM qui par ses références très diverses et son rapport particulier à la clinique, nous oblige à penser le fait psychique dans des causalités multiples dont bon nombre nous sont étrangères.

4 l'apprentissage et le savoir

Rappelons que l'EBM a été créé par les enseignants de l'université de Mc Master aux USA qui cherchaient à développer des méthodes d'enseignements permettant aux

étudiants de développer leur autonomie dans l'apprentissage et de replacer le patient et sa pathologie au cœur d'une démarche intégrant les connaissances existantes. C'est ainsi qu'ils ont développé l'Apprentissage par problème (APP) ou PBL (problem based learning).

Ce sont eux qui ont énoncé les 4 règles de base de l'EBM :

formuler clairement le problème clinique à résoudre
réaliser une revue de la littérature en excluant les articles critiquables
apprécier la validité et l'applicabilité des conclusions pratiques des publications
en déduire la conduite à tenir pour la maladie en cause

Notons au passage que la traduction d'Evidence Based Médecine reste toujours problématique en français du moins, car en aucun cas elle ne se réfère à l'évidence, mais aux preuves, à des connaissances établies vérifiées et validées. Ainsi cette démarche est qualifiée médecine fondée sur les preuves ou fondée sur un haut niveau de preuve. Je préférerais le terme utilisé dans d'autres articles , à savoir la médecine factuelle.

L'EBM participe dès sa conception et dans ses objectifs les plus directs à la construction d'un savoir et à la transmission de ce savoir.

Nous devons en écho nous interroger sur la manière dont s'est construit notre propre rapport au savoir médical, à partir d'un enseignement qui nous a livré une vision parcellisée de l'individu, segmentée entre les différents appareils et ne permettant pas de disposer d'une vision globale de celui-ci dans ses différents champs de vie et de relation.

En regard de cet enseignement l'autre question est celle de la manière dont nous avons élaboré pour notre propre pratique les concepts organisateurs d'une clinique du sujet qui celle à laquelle nous nous référons.

5 de quoi sont fait nos savoirs et certitudes psychiatriques ?

De multiples perspectives :

notamment d'un rapport particulier à l'observation et à la séméiologie qui fonde toute classification et partant ce qui nous conduit à critiquer la théorie d'une certaine vérité soutenue par le DSM et à l'opposer à une théorie de la vérité soutenue par le discours sur le sens (J.-P. Legendre).

Notamment aussi par un rapport à l'histoire celle du siècle (la Shoah) mais aussi celle de la psychiatrie et du désaliénisme.

Enfin d'un certain rapport à la complexité que nous choisissons d'une façon ou d'une autre d'affronter en pratiquant notre métier dans ce champ.

Toute mutation, tout changement passe par un bouleversement de ces rapports fondateurs. De là l'hypothèse que nous formulons de l'établissement de nouvelles normes dont serait porteuse l'EBM comme une nécessité pour nous protéger de la violence de la maladie, de celle de l'institution et de celle de la société.

C'est la raison pour laquelle nous proposons de travailler et de réfléchir sur **l'écart** entre les pratiques que nous défendons et celles qui se dessinent par le vecteur de

ce qui nous est apporté par d'autres champs , d'autre espaces, d'autres références, voire aussi , et de manière plus dérangeante, avec ce que nous créons ou développons.

Je pense en particulier à deux aspects qui reviennent avec insistance : le rapport aux neurosciences et le rapport au droit et aux droits, ceux du patients mais aussi ceux qui balisent notre pratique à travers les évolutions des codes pénaux et civils.

La question des directives anticipées est un bon exemple de ce bouleversement auquel nous participons.

Cet écart est celui qui conduit aux reformulations éthiques , nécessaires pour avancer

6 L'EBM pose problème

J. J. Lottin décrivait celle ci comme une arme de guerre du XIXe contre la médecine humaniste, clinique et empirique. Tout en reconnaissant cependant qu'elle use de bons outils : conférence de consensus, méta analyses, guides de pratiques, épidémiologie qualitative, etc...

IL est donc bien question à travers les confrontations à venir de s'interroger sur un certain « formatage » de la pensée, que l'on peut rejeter ou que l'on peut choisir de se réapproprier, mais que l'on ne peut pas éluder tant sa présence est insistante et infiltre tous les champs décisionnels de la gestion aux soins infirmiers en passant par l'expertise psychiatrique.

2 axes de réflexions nous semblent important à parcourir :

L'évolution de la psychiatrie et de ses paradigmes

L'EBM est elle un objet que l'on peut s'approprier ou sur lequel on peut échanger

Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle

Docteur Nicole Cano*

Introduction

La psychothérapie institutionnelle est un modèle d'élaboration théorique et pratique du soin psychiatrique utilisant de manière ordonnée à des fins psychothérapeutiques le lieu d'échanges et de rencontres où est accueilli et traité le malade.

Ce mouvement est né dans les hôpitaux psychiatriques français au sortir de la seconde guerre mondiale, dans une conjoncture politique et socioculturelle soucieuse de dignité humaine et de démocratie.

Ses principes sont issus d'une part, de la reconnaissance de l'effet pathogène de l'asile dénommé hôpital psychiatrique en 1937 – qui avait conduit à l'écrasement de l'existence du malade – et d'autre part, de la reconnaissance de la singularité de la personne et de la subjectivité de la souffrance psychique.

Dès lors, la psychothérapie institutionnelle articule une double dimension : sociologique et psychanalytique. Elle préconise une utilisation de l'institution dans son aspect instituant visant à mettre en place un système de médiations symboliques favorisant une dynamique des échanges.

Elle a induit une créativité au sein du monde hospitalier qu'elle a transformé, engendrant l'organisation actuelle de la psychiatrie publique de secteur : à l'intérieur d'un territoire géodémographique, une même équipe assure pour tous les malades une continuité des soins à l'aide de structure variées – comportant ou non des possibilité d'hébergement – et effectue un travail en direction de la population.

Progressivement, depuis les années 1980, on assiste à une remise en question de ses fondements, parallèlement à l'essor des neurosciences, à l'extension de la sphère du droit, aux restrictions budgétaires et aux nouvelles demandes adressées à la psychiatrie par le champ social et politique.

Ce contexte favorise l'émergence de modes objectifs et statistiques de compréhension de la maladie mentale, de définition même de celle-ci et du malade, aboutissant à l'apparition de pratiques se voulant plus rationnelles dans un souci d'efficacité.

On parle ainsi de crise de la psychiatrie. Le terme me paraît approprié car il s'agit bien d'un bouleversement des repères théoriques et cliniques antérieurs liés à des facteurs externes environnementaux et internes. Comme toute crise, elle peut déboucher sur plusieurs solutions : un pseudo-équilibre laissant les dysfonctionnements s'aggraver insidieusement avec renforcement des mécanismes de défense, une solution catastrophique où la psychiatrie ne répondrait plus à sa mission de soin ou une solution positive intégrant les contradictions et menant à un équilibre de niveau supérieur.

* Psychiatre des Hôpitaux. Hôpital de la Timone. F-13 Marseille

Cette réflexion sur le mouvement de psychothérapie institutionnelle ne relève pas de la nostalgie d'un temps révolu mais d'un sentiment d'inquiétude face aux nouvelles formes de soins proposées aux patients souffrant de pathologie mentale.

L'idée est de soumettre à un questionnement éthique ce modèle thérapeutique afin de voir s'il est conforme aux concepts fondamentaux de l'éthique, si ceux-ci peuvent l'enrichir et s'il est légitime de poursuivre cette orientation.

J'évoquerai ensuite les conceptions actuelles et les perspectives de la psychiatrie à la lumière de l'expérience clinique quotidienne et de l'argumentation de l'éthique médicale dont je souhaite qu'elles guideront l'action psychiatrique si le choix est encore possible.

I- Quelques mots sur la psychothérapie institutionnelle

1. Sur le plan historique

Il est à souligner que c'est l'indignation face au constat de la participation de la médecine aux processus de déshumanisation à l'œuvre, de manière dure dans la barbarie nazie, et plus douce dans les hôpitaux psychiatriques, qui est à l'origine de la naissance de l'éthique médicale moderne et de la psychothérapie institutionnelle.

Tandis que l'éthique médicale prônait le principe de la primauté de la personne humaine sur la science et la société, la psychiatrie plaçait le patient au centre des finalités du soin.

2. Les concepts majeurs

Ce sont l'institutionnalisation, le transfert et le contre-transfert institutionnels, la transversalité et l'analyse institutionnelle.

Par le processus d'*institutionnalisation*, les soignants et les administratifs – si la gestion a pour fonction de garantir les conditions du soin – transforment l'établissement en institution thérapeutique, en promulguant une loi locale qui est l'obligation d'échanger. Ce processus intervient comme un troisième terme médiateur. Il s'agit de créer différents lieux de rencontres, essentiellement les activités, mais aussi les réunions et tous les moments forts de la vie quotidienne (repas, distribution de médicaments...) qui sont l'occasion privilégiée du déclenchement des échanges sous le regard du tiers social. Celui-ci intervient comme la loi d'un père permettant que quelque chose du désir s'articule et se dialectise avec l'autre.

L'objectif est de permettre au patient, au travers des activités partagées avec d'autres et articulées avec d'autres lieux institués, de participer à la trame institutionnelle qui est l'ensemble des individus et les contrats et les règles qui régissent leurs échanges. Le patient pourra alors se situer ou resituer dans une dimension symbolique.

Si la psychothérapie institutionnelle permet de déceler, afin de mieux le traiter, le processus psychotique, elle crée un support symbolique utile au traitement des autres processus psychopathologiques.

Elle situe au premier plan le sujet porteur d'une histoire singulière et soutient que la maladie ne peut être saisie objectivement en tant que telle. Elle est indissociable du sentiment d'exister et de la manière dont le patient l'exprime et à

qui il l'exprime. C'est dans le cadre de la relation thérapeutique, du *transfert*, que la souffrance et les symptômes prennent sens.

En situation institutionnelle, le transfert ne s'adresse pas à un seul thérapeute mais à l'ensemble des soignants, à l'organisation sociale (système de décision, de pouvoir) et même matérielle de l'institution (environnement physique, architecture, configuration des espaces, dispositions des locaux).

L'analyse du *contre-transfert* ne se limite donc pas à la réaction inconsciente du thérapeute et au cadre de la rencontre duelle, mais à l'analyse de l'institution dans son ensemble : des réactions émotionnelles des soignants impliqués, de leurs interrelations, et de la structure hospitalière elle-même, car ce sont tous ces éléments qui signifient à chaque malade sa place et son statut.

On connaît l'influence de la structure institutionnelle sur le type de symptômes, leur apparition et disparition, et sur la nosographie.

On sait par exemple :

- qu'il suffit que deux thérapeutes responsables du même patient divergent secrètement dans leur façon de voir et de manier son cas pour que le malade s'agite ou délire,
- qu'à un régime autoritaire répondent des symptômes régressifs et qu'au contraire à la tolérance et au laisser faire extrême répondent les actes agressifs et auto-destructifs,
- que des situations spatiales ambiguës invitant au mouvement tout en l'entravant (cours clôturées de grille, portes fermées) entraînent ou aggravent des stéréotypies.

Le soin du milieu fait donc partie intégrante du traitement du patient. Il nécessite une vigilance constante sur le degré de *transversalité* qui est une dimension sans cesse mise en cause et qui tend à se réaliser quand une communication maximum s'effectue entre tous les niveaux et surtout les différents sens. Elle est contraire aux modes de transmission d'une hiérarchie pyramidale qui stérilise les messages, paralyse la parole et entraîne un appauvrissement de l'initiative.

Si le coefficient de transversalité est élevé, l'équipe sera un groupe-sujet, aura une prise sur sa conduite, et alors seulement un dialogue pourra s'instituer entre le groupe et le patient qui pourra se révéler lui-même.

C'est essentiellement en réunion d'équipe que se fera *l'analyse institutionnelle*.

Au-delà de la facilitation de l'information, le but est d'appréhender globalement le malade et la collectivité articulée, elle-même, avec la société.

C'est en réunion que peuvent être reliées, articulées toutes les dimensions de l'existence du malade et les diverses possibilités d'être ressenti d'une manière différente par l'entourage. Ces aspects sont mis en présence et il s'en suit des mises au point, sur le plan conscient, dans toute l'équipe, à l'égard des relations du patient.

L'analyse du contre-transfert institutionnel nécessite également l'analyse des relations entre tous les membres de l'équipe. En effet les conflits, les divergences ne sont gênant s'ils ne sont pas niés. S'ils le sont, ils s'exprimeront par des actes ou des non-actes, des paroles ou des silences qui auront une incidence sur le patient. Le principe est de mettre en évidence les obstacles au fonctionnement du groupe soignant, d'en faire apparaître le sens et d'en tirer bénéfice.

L'analyse institutionnelle permettra encore de déceler si l'institution est conforme à sa fonction officielle – le soin – car d'autres fonctions non reconnues agissent symboliquement sur le patient, que l'on ne peut rapporter à la fonction thérapeutique (fonction sécuritaire, fonction entreprise de soin...). Ce système se définit plus globalement par rapport à la totalité du système socio-économique. Cela

permettra d'adapter l'organisation du secteur et de l'hôpital afin que le patient soit au centre du projet de soin et d'en débattre avec les autres instances intervenant dans les politiques organisationnelles du soin psychiatrique.

3. Le secteur psychiatrique

Ce mouvement désaliénant et anti-ségrégatif a promu la psychiatrie de secteur dont le principe est « de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu » (circulaire du 15 mars 1960). L'éclatement de l'hôpital en petites unités dispersées dans la communauté ne supprime pas les institutions et les questions qu'elles posent. Il s'agit d'une extension du support sociologique à l'ensemble du secteur, enrichissant les moments d'élaboration pour le patient et l'équipe, à condition qu'existe une articulation des différentes structures intervenant dans le soin du patient.

Ce dispositif permet de surcroît à un même malade de s'inscrire au cours de sa trajectoire dans des lieux proposant des degrés variés de contenance psychique et par là, de favoriser l'analyse du transfert sur le cadre et de travailler la question de la dépendance. En effet, les soins collectifs ne sont qu'un moyen et non une fin en soi, et une psychothérapie institutionnelle bien conduite peut mener à des thérapies individuelles.

Par ailleurs un nombre croissant de personnes présentant des pathologies diversifiées s'adresse directement au centre médico-psychologique pour des soins ambulatoires.

II- Réflexion éthique sur la psychothérapie institutionnelle

Elle porte sur la légitimité des principes qui sous-tendent cette pratique.

Différentes typologies classent les concepts organisateurs de l'éthique médicale. Nous emprunterons celle à laquelle se réfère P. Lecoq, philosophe à l'Espace Ethique Méditerranéen de Marseille.

L'exigence de justice fonde l'exercice de la médecine. Il s'exprime à travers trois principes fondamentaux : autonomie, bienfaisance, non-malfaisance, que des règles actualisent dans l'activité quotidienne.

1. L'impératif de justice

La justice est, selon Socrate, une idée, principe de nos actes modelant « une façon globale de se rapporter à l'être dans sa totalité ».

L'attitude juste des soignants vis-à-vis du patient n'est pas de le fixer dans sa différence, dans la particularité de sa situation, mais de le reconnaître comme être aspirant à se sentir chez lui dans le monde. L'hospitalité impose de lui signifier son appartenance à la communauté des hommes.

La psychothérapie institutionnelle répond à l'impératif de justice dans la mesure où elle se construit autour de principes qui portent sur le patient dans sa totalité, ce qui est différent d'une sommation des points de vue biologique, psychologique et social. Elle considère la maladie comme une expérience vécue par un sujet singulier et unique, pris dans sa culture et son histoire.

Elle estime tout patient comme son semblable malgré ses différences, qu'elles soient liées à son mode d'hospitalisation (libre ou sans consentement), à sa catégorie diagnostique ou sociale.

Elle tient compte de ces différences par l'intermédiaire du projet thérapeutique individualisé : il est signifié institutionnellement au patient qu'on attend de lui une intention collaboratrice, qu'il contracte une part de responsabilité. Elle reconnaît finalement l'aspiration de chacun à introduire du sens dans sa vie.

2. Les principes éthiques fondamentaux

Ces trois principes doivent orienter conjointement la pratique, mais selon la situation, l'un d'eux devient prédominant sans exclure les deux autres qui peuvent alors exister à type d'objectif dans le soin.

Le principe d'autonomie figure toujours à l'horizon du soin psychiatrique qui vise à limiter la portée des déterminismes et à aller chercher la part du sujet libre.

Même si l'autonomie est réduite dans sa conception kantienne (la capacité à se donner ses propres lois), elle doit demeurer à titre de visée. Celle-ci consiste à réinstaller le sujet dans sa position d'acteur de sa vie, capable d'initiative.

Pour cela, il a besoin de repères : lieu humainement habitable avec un cadre spatio-temporel différencié et permanent (planning des activités, des réunions...), groupe de référents soignants.

Il a également besoin de se rapporter à lui-même sur le mode d'un agent capable d'introduire des modifications sur le monde extérieur et dans son propre corps, de mettre en mouvement les facultés de son esprit (par les activités ergo-sociothérapeutiques, sportives et culturelles), de restaurer le sentiment de communauté (au travers des réunions, activités...).

A cette fin, les soignants doivent être de véritables coopérants, participant à une œuvre commune, mais le groupe doit permettre une individualisation de chaque membre afin qu'une parole personnelle puisse surgir. C'est à cette condition que chacun pourra assumer une responsabilité pour autrui sans se réfugier derrière une responsabilité collective tendant à l'anonymat.

L'éthique intervient comme espace de réappropriation du sens par une déconstruction de la représentation du soignant comme exécutant, qui seule permettra de saisir le patient dans sa dynamique affective et intellectuelle. Ceci nécessite un questionnement sur les émotions et les règles qui président aux discussions. L'impératif de justice requiert une exploration des motifs qui nous conduisent à éprouver telle ou telle expérience émotionnelle et une concertation suivant les règles de l'éthique de la discussion d'Habermas spécifiée par l'absence de hiérarchie liée au statut, le seul pôle transcendant étant celui du meilleur argument.

L'analyse institutionnelle répond donc à des raisons techniques mais aussi proprement éthiques.

Le principe de bienfaisance dicte d'accomplir au profit du patient un bien qu'il puisse reconnaître, ce qui est bien délicat à évaluer dans le cadre du soin psychiatrique. On peut présupposer néanmoins ce que le patient attend des soignants : un accueil de sa souffrance et une facilitation à la reprise de la vie.

A cette fin, les soignants doivent apporter le recours d'une théorisation fondée et surtout d'une pratique clinique chargée de sens, axées sur la parole du patient, en veillant à ne pas substituer leurs propres valeurs à celles de ce dernier.

Le principe de non-malfaisance guide notre démarche par la recherche de ne pas nuire durant l'expérience individuelle de la souffrance et de ne pas imposer au

patient ce qui pérenniserait ou aggraverait l'entame de ses capacités d'autonomie de pensée.

Ainsi, le mouvement de psychothérapie institutionnelle et de psychiatrie de secteur répond à des critères de validité éthique, ce qui justifierait que soient réunies les conditions favorables à sa poursuite.

Son recul est-il lié à une perte de son essence première qui est de n'exister nulle part mais d'être toujours en construction ?

Certains se sont-ils laissés contaminer par la certitude de détenir la bonne théorie et la bonne pratique une fois pour toutes, contribuant à l'abandon du travail institutionnel lui-même et à l'identification du secteur à des structures inertes et figées ?

Ce recul n'est-il pas aussi l'indice d'une définition différente de l'humain et de la maladie par la société ?

III- Les orientations actuelles du soin

L'actualité et les perspectives d'avenir indiquent que des conceptions nouvelles du fait et du soin psychiatriques s'imposent progressivement.

1. Les neurosciences et l'orientation médico-technique

Les progrès des thérapeutiques biologiques ont contribué à la réalisation de la psychothérapie institutionnelle. Leur effet sur les symptômes et la souffrance des patients ainsi que sur l'ambiance a facilité la prise en charge relationnelle.

En quoi donc l'essor des neurosciences menacerait-il ce mouvement ?

La connaissance des mécanismes cérébraux progresse, sans que l'on puisse actuellement retenir des mécanismes simples et exhaustifs pour constituer une théorie neurochimique de l'être humain, de la maladie mentale et de la psychiatrie. En génétique, des travaux récents évoquent la malléabilité de l'expression génétique et l'influence des processus culturels. Les avancées des neurosciences, depuis le début des années 1980, n'ont rien contredit de fondamental de ce que la recherche clinique avait permis d'élaborer.

Ce n'est pas le savoir scientifique qui est en cause mais le rapport au savoir. Le désir d'accéder à la connaissance du vrai, qui passe par le langage théorique et conceptuel, n'est pas en lui-même un facteur d'altération de la relation à autrui et participe même, indirectement, à l'éthique. Mais le rapport au savoir peut familiariser les individus à se rapporter à leurs semblables de manière objectivante. Le rapport à l'autre est dicté par une prétendue vérité qui s'intercale entre le patient et les thérapeutes, empêchant une authentique rencontre. Ce réductionnisme transforme la théorie en idéologie, suturant la relation à l'autre.

Ce ne sont donc pas les neurosciences qui posent problème mais leur récupération pseudo-scientifique comme cause et finalité du soin psychiatrique.

Cette position causaliste linéaire est relayée par les laboratoires pharmaceutiques à l'appui de leur argumentation.

Ainsi la tendance simplificatrice ambiante, s'emparant des hypothèses de la recherche neuroscientifique, conduit à réduire la maladie mentale à des symptômes-

cibles, à abandonner la nosographie psychiatrique classique et ses références psychopathologiques pour des classifications descriptives des troubles mentaux, éliminant la dimension subjective de la souffrance, qui est éprouvée de manière intime sans possibilité de vérification directe par observation et mesure.

Cette orientation peut aboutir à distribuer les patients dans des structures spécifiques en fonction de syndromes (schizophrénie débutante, anxiété, dépression, agitation) que l'on risque de voir se cristalliser au gré des manifestations contre-transférentielles.

Les symptômes ainsi arrachés à la structure singulière de la personnalité sont ensuite codés et appréhendés statistiquement ce qui permettra de classer les malades, d'évaluer et rationaliser (rendre plus efficace et moins coûteux un processus de production), sans tenir compte d'un modèle psychothérapeutique qui suppose une efficacité fondée sur la relation thérapeutique.

Cette prévalence de la codification et de la mesure sur la relation humaine et thérapeutique envahit l'espace du soin. Le temps est organisé afin de devenir quantifiable ; il ne s'agit plus du découpage du temps et de l'espace par des événements produits dans une structure, qui donne du sens à la pensée et à l'action. Le travail est protocolisé selon un projet dit institutionnel imposé dans le cadre d'une technocratisation de l'hôpital sans questionnement sur la maladie mentale et les réponses à y apporter, et entravant l'initiative et la créativité des équipes. Des hiérarchies s'instaurent et se solidifient, des techniques de management apparaissent.

Qu'en est-il du projet thérapeutique d'ensemble d'une équipe pluricatégorielle, de la recherche d'un niveau élevé de transversalité et de l'analyse institutionnelle ? Cette conception du soin confisque la responsabilité des soignants, condition nécessaire à la visée d'autonomisation des patients.

L'adhésion des soignants à ce système classificatoire ne relève-t-elle pas d'une angoisse pathologique face à la maladie et de la dislocation actuelle des fondements de la psychiatrie ? L'impossibilité à trouver refuge dans une théorie qui sous-tende leur pratique ne les mène-t-elle pas à adopter des outils présentés comme scientifiques et neutres afin de mieux neutraliser leur angoisse ?

Le néo-langage des échelles, des grilles, des cibles, des conduites à tenir, de la transparence, de la mesure de la qualité modifie leur façon de penser et participe au processus d'objectivation du patient et de compartimentation du soin.

A terme, le risque de cette orientation médico-technique qui s'inscrit dans une logique comptable et financière est bien celui d'une sélection des patients pour une productivité maximale. Que l'allocation de moyens tienne compte de l'activité – avec les réserves à faire sur la pertinence des moyens de mesure – est une chose, qu'il y ait inégalité des personnes face au soin en est une autre, qui ne paraît pas conforme à l'impératif de justice.

2. La dimension citoyenne et la santé mentale

La reconnaissance de la dimension citoyenne du malade est nécessaire.

La psychiatrie citoyenne contribue à situer autrement la psychiatrie dans la mentalité de chacun, a pour objectif le désaliénisme et comporte un travail d'implication et de responsabilisation du contexte politique et social.

C'est la réduction du malade à sa citoyenneté qui pose problème car, en aucun cas, la réponse sociale ne peut être à elle seule une réponse au fait psychiatrique. C'est en se dégageant du délire ou du mythe que le psychotique ou le névrosé accède au social. La psychiatrie ne peut refuser l'approche sociologique du milieu sans aliéner sa pratique même, mais elle ne peut mettre le social en premier plan sans risque de se perdre.

En souhaitant se démarquer d'une psychiatrie biomédicale qui ne considère pas le sujet, la psychiatrie citoyenne risquerait d'opérer finalement, elle aussi, une suspension du sujet en tant qu'être pensant et désirant, et exempter les soignants de prendre en considération les effets symboliques et imaginaires de leurs paroles, leurs actes et leurs institutions.

La récupération de la notion de citoyenneté par la technicisation et les courants idéologiques qui traversent la culture contemporaine mène à la transformation de la psychiatrie en santé mentale.

L'usage de ce concept par les psychiatres, à son origine, visait à atténuer, vis-à-vis de la population, la connotation estimée trop lourde du vocable psychiatrie. Il a été revisité et interprété comme dilution de la folie dans le social. Dès lors, le champ de la santé mentale est illimité. Apparaissent simultanément des signifiants nouveaux - usager, stress, fléau, réseau - qui ne s'appuient pas sur la clinique et la spécificité du fait psychopathologique mais qui sont un moyen de favoriser de nouvelles conduites.

Le danger est d'objectiver un symptôme médico-social ou psycho-social à traiter de manière univoque dans le cadre de prises en charge de masse de populations ciblées.

La psychiatrie est ainsi interpellée dans la réponse aux fléaux sanitaires - tel le sida -, aux situations de catastrophes naturelles ou non, aux situations de précarités, d'exclusion, de violence.

Cette demande adressée à la psychiatrie par le social entendu comme société de masse est à mettre en corrélation avec l'effritement du lien social et l'affaiblissement des institutions.

Moins les institutions produisent d'échange mutuel fondateur de l'identité de chacun, plus la psychiatrie est convoquée, dans le même temps que les organisations caritatives.

La psychiatrie ne serait plus pourvoyeuse de sens mais de relations humaines et de tranquillisants.

Or l'acte psychiatrique n'est pas de l'ordre de la bonne action. Il nécessite une théorie qui définisse un cadre et ce n'est que si la souffrance individuelle échappe à toute élaboration que le recours au soin psychique se pose. Dans le cas contraire, l'intervention psychiatrique ne relève que de la pertinence exclusive du principe de bienfaisance - révélé par l'émotion de compassion -, à l'exclusion du principe d'autonomie - révélé par l'émotion du respect face à une personne estimée capable de surmonter sa vulnérabilité.

Ne s'agit-il pas aussi de calmer les plaintes, voire la colère d'individus souffrant de dommages que la société engendre ?

Ce qui inscrirait alors la psychiatrie dans des modalités de régulation sociale.

3. L'orientation sécuritaire

La pratique quotidienne témoigne d'une modification de la pensée et du comportement des soignants vis-à-vis des patients hospitalisés sans leur consentement.

Le souci de respecter les procédures, parallèlement à la montée de la judiciarisation, se substitue aux questions éthiques de la légitimité d'un refus de soin.

La contrainte légale, qui a une valeur symbolique, se transforme de façon de plus en plus systématique et protocolisée en contrainte physique avec la multiplication d'unités fermées, l'usage courant des chambres d'isolement et l'apparition de matériel de contention. Cette maîtrise dans le réel se fait au détriment de la contenance psychique et de l'élaboration de la demande de soin.

Or le but de ces hospitalisations est de permettre au malade une contrainte qu'il ne peut plus s'imposer à lui-même. L'institution, dans son aspect dynamique, agit comme un facteur d'auto-limitation qui permet la libération et le renoncement à la passion. La liberté cesse d'être un sentiment intérieur, elle est le fruit d'une conquête, le dépassement de la contrainte. Pour cela, il faut que la loi institutionnalisée soit juste, c'est-à-dire qu'elle consacre l'aspiration des individus à l'estime d'eux-mêmes et au renforcement du sentiment d'identité. Si la contrainte est absurde et violente, l'institution n'est plus légitime et les individus sont abandonnés à l'agitation de leurs désirs.

IV- Nécessité d'un recentrement éthique

Il apparaît que le mouvement de psychothérapie institutionnelle se singularise, non seulement par la pertinence de ses concepts – la question de la théorie ne saurait se réduire au choix de la vraie – mais surtout par sa démarche éthique à savoir l'intérêt majeur pour le sujet et sa condition humaine.

La psychiatrie peine à trouver au sein de sa propre discipline des ressources suffisantes pour opérer une reconversion éthique, comme cela s'était produit après la seconde guerre mondiale.

Elle ne trouve pas d'appui dans un environnement politique et socioculturel individualiste, mû par le pragmatisme, la productivité et la valeur d'optimisation du bien-être collectif.

Il semble que, pour poursuivre dans la voie de l'éthique, elle ait à trouver recours auprès d'autres professionnels s'intéressant à l'être humain : philosophes, psychanalystes, sociologues, anthropologues, neurobiologistes...

La réflexion pourrait s'élaborer au sein d'un espace éthique indépendant, ayant une légitimité institutionnelle, permettant une articulation psychiatrie – éthique à deux niveaux : un niveau théorique et clinique et un niveau théorique et politique.

Au niveau clinique, la démarche éthique se fonde dans l'expérience sensible de la relation intersubjective et nécessite de faire retour sur les éléments (émotions, contexte) qui ont déterminé l'action : quel était le contexte ? quelles ont été les émotions vécues ? les principes révélés par celles-ci étaient-ils adaptés au contexte ? les règles de conduites ont-elles permis de réaliser ces principes ?

Cette perspective permet de réinterroger la pratique par une argumentation et une méthodologie différentes, dans un cadre en retrait de la quotidienneté, comme dimension d'un tiers à laquelle la psychiatrie institutionnelle se référerait pour des situations cliniques difficiles ou des pratiques de soins éthiquement sensibles.

Au niveau du projet politique, le recours à l'éthique s'impose en un temps où la psychiatrie associe des pratiques disparates fondées en l'absence de théorie ou d'efficacité démontrée par l'expérience, parfois même sur un athéisme. Comme si elle ne reposait plus sur aucun fondement, aucune construction collective partagée qui guide la pratique quotidienne et rend possible des théories et des affrontements entre ces théories, ce qui permet le progrès d'une discipline (définition du paradigme de G. Lanteri - Laura).

Sous couvert de science et de progrès, on voit se profiler un ordre programmant l'efficacité et la sécurité sans souci d'invoquer les principes thérapeutiques qui fonderaient ces dernières.

Sous le masque de la bienveillance généralisée et en l'absence de questionnement critique sur les limites de son ressort, des mutations profondes affectent la psychiatrie. S'agit-il de l'amélioration du traitement des personnes souffrant de maladie psychique ou s'agit-il de répondre à des préoccupations sociales et politiques bien définies : traitement du malaise social et impératifs économiques ?

Ces préoccupations entrent en résonance avec la conviction partagée par certains scientifiques et le public d'une culture scientifique comme seule vectrice de valeurs (utilité, efficacité, vérité), en résonance aussi avec l'exigence d'assurance contre tous les risques accompagnant la déresponsabilisation croissante de l'individu. Ces préoccupations font écho encore à la prétention de certains psychiatres à répondre à toutes les questions posées par la folie et ses conséquences sur l'ordre social, mais aussi posées par les déviations de l'humeur et du comportement, l'ensemble de la vie quotidienne et de la société.

Dans ce contexte, la psychiatrie se biologise, tout en se diluant dans le champ social tandis qu'elle devient plus répressive et moins contenante pour les malades.

Ainsi une réflexion s'impose sur les valeurs qui orientent l'action psychiatrique et sur la portée de cette action vis-à-vis de nos semblables.

Une élaboration éthique multidisciplinaire sur les axes politiques et organisationnels de la psychiatrie, dans ses aspects de soin et de prévention, est nécessaire.

BIBLIOGRAPHIE

1-AMBROSELLI C. L'éthique médicale. Que sais-je ? PUF. Paris.1988.

2-ATLAN H. Les niveaux de l'éthique. Une même éthique pour tous ? Travaux du Comité Consultatif National d'Ethique. Odile Jacob. Paris.1997.

3-AYME J., RAPPARD P., TORRUBIA H. Thérapeutique institutionnelle. Encycl Med Chir Psychiatrie. 37930 G 10. 1964.

4-BARTHELEMY C. L'homme et la folie. Les Etats Généraux de la Psychiatrie. Montpellier. juin 2003.

5-BOURGAIN A. Quelle pratique clinique face à la nouvelle donne psychiatrique ? Ethique et Santé. Vol.1 n°1. février 2004. p32 - 36

- 6-BOURGEAULT G. Qu'est-ce que la bioéthique ? Les fondements de la bioéthique. De Boeck Université. Bruxelles. 1992.
- 7-BRUNSWIC H., PIERSON M. Principes d'éthique médicale. Ethique, morale et déontologie. Ouvrage collectif sous dir. Brunswic H. et Pierson M. Vuibert. Paris. 1999. p13-16.
- 8-CANO N. Eléments pour une théorie de l'hospitalisation en psychiatrie. Thèse de médecine. Marseille. 1983.
- 9-CANO N. Fondements éthiques de la psychothérapie institutionnelle. Mémoire pour le D.I.U. d'Ethique et Pratiques Médicales. Marseille. 2004.
- 10-CHAIGNEAU H. Psychanalyse et psychothérapie institutionnelle. L'Information Psychiatrique. Vol. 46 n°8. 1970. p 763-773.
- 11-CHAIGNEAU H., CHANOIT P., GARRABE J. Les thérapies institutionnelles. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Masson. 1971.
- 12-CHAMBON O., MARIE-CARDINE M. Les psychothérapies cognitives dans l'institution. Congrès de psychiatrie et de neurologie de langue française. Medias flashs. Paris. 1998. p6-16.
- 13-CHANGEUX J.P. Le débat éthique dans une société pluraliste. Une même éthique pour tous ? Comité Consultatif National d'Ethique. Odile Jacob. Paris. 1997.
- 14-CHAZAUD J. Introduction à la thérapeutique institutionnelle. Privat. 1978.
- 15-CLERY-MELIN P., KOVESS V., PASCAL J.C. Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale. Sept 2003.
- 16-FAGOT-LARGEAULT A. La réflexion philosophique en bioéthique. Les fondements de la bioéthique. De Boeck Université. Bruxelles. 1992.
- 17-FOURNIER V. Les enjeux d'un centre expérimental d'éthique clinique. La Revue du Praticien. 2003 -53. p2209-2212.
- 18-GAGLIONE J.M. Précarité, violence, solitude. Nouvelles missions pour la psychiatrie. Psy-Cause n° 34. 2003. p 15-17.
- 19-GOMES M., REGNAUT N., ROELANDT J.L. De la psychiatrie communautaire à la psychiatrie citoyenne. La réhabilitation psychosociale en psychiatrie sous dir. Vidon G. Frison-Roche. Paris. 1995. p 433-467.
- 20-GUATTARI F. La transversalité. Revue de Psychothérapie Institutionnelle n° 1. 1965. p 91-106.
- 21-HABERMAS J. Morale et communication. Trad. Bouchindhomme C. Flammarion. Coll. "Champs". Paris. 1986.
- 22-HENRY A. Principes d'éthique médicale. Ethique et psychiatrie : une bipolarité obligée. Ouvrage collectif sous dir. Brunswic H. et Pierson M. Vuibert. Paris. 1999.

- 23-HOCHMANN J. Pour une psychiatrie communautaire Coll. Esprit. Le Seuil. Paris. 1971.
- 24-LANTERI-LAURA G., DEL PISTOIA L., KHAIAT E. Les principales théories dans la psychiatrie contemporaine. Encycl Méd Chir. Psychiatrie. 37006 A 16. 1992.
- 25-LE COZ P. Le moment philosophique de la décision médicale. Thèse de doctorat en sciences de l'Université de la Méditerranée. Spécialité : éthique biomédicale. Marseille. 2003.
- 26-LEVINAS E. Le temps et l'autre. PUF. Paris. 1985. p 55-64.
- 27-LOURAU R. L'analyse institutionnelle. Ed. de minuit. Paris. 1970.
- 28-MARUANI G. Psychiatrie et éthique. Ouvrage collectif. Privat. Toulouse. 1979.
- 29-MICHAUD G. Transfert et échange en psychothérapie institutionnelle. Revue de Psychothérapie Institutionnelle n° 1. 1965. p 119-129.
- 30-OURY J. Thérapeutique institutionnelle. Encycl Méd Chir. Psychiatrie. 37930 G 10. 1972.
- 31-OURY J. Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle. Payot. Paris. 1976.
- 32-PASCAL J.C., TREMINE T. La question des neurosciences posée aux psychiatres. L'information psychiatrique. Vol. 79. n° 1. janvier 2003. p 10-18.
- 33-PENOCHET J.C. Mutations, contraintes et missions. Les Etats Généraux de la Psychiatrie. Montpellier. juin 2003.
- 34-RACAMIER P.C. Le psychanalyste et l'institution. Nouveaux propos sur la psychanalyse appliquée aux psychoses. L'Evolution Psychiatrique. juillet - septembre 1969. p 525-557.
- 35-RACINE Y. Transfert et défenses en psychothérapie institutionnelle. Revue de Psychothérapie Institutionnelle n°1. 1965. p 145-153.
- 36-RAPPARD P. La folie et l'état. Aliénation mentale et aliénation sociale. Privat. 1981.
- 37-RICOEUR P. Soi-même comme un autre. Le Seuil. Paris. 1990. p 200.
- 38-ROTHBERG D. Les réunions à l'hôpital psychiatrique. Bibliothèque de l'infirmier psychiatrique. Coll. dir. R. Gentis. Cemea. Le Scarabée. Paris. 1968.
- 39-SERRES M. Le temps humain : de l'évolution créatrice au créateur d'évolution. Qu'est-ce que l'humain ? Le Pommier. Cité des sciences et de l'industrie. 2003.
- 40-TOSQUELLES F. Que faut-il entendre par psychothérapie institutionnelle ? L'Information Psychiatrique. Vol. 45. n°4. 1969.
- 41-VERIEN D., HAJBI M. La psychothérapie institutionnelle : aspects évolutifs de l'asile à la politique de secteur. L'Information Psychiatrique. Vol. 80. n° 5. mai 2004.

42-WOODBURY M. L'équipe thérapeutique. L'Information Psychiatrique n° 10. 1966.

RESUME

La psychothérapie institutionnelle est un modèle d'élaboration du soin psychiatrique issu, au sortir de la seconde guerre mondiale, de la reconnaissance de l'effet pathogène de l'asile - qui avait conduit à l'écrasement de l'existence du malade - et de la subjectivité et de la singularité de la souffrance psychique.

Elle préconise une utilisation de l'institution dans son aspect instituant c'est-à-dire favorisant une dynamique des échanges ; l'institutionnalisation des différents lieux d'accueil du patient lui permet de se situer ou resituer dans sa dimension historique et symbolique.

Ce mouvement dans ses modalités théoriques, pratiques et évolutives à travers la psychiatrie de secteur est interrogé à la lumière des concepts organisateurs et du questionnement de l'éthique médicale.

Il apparaît que sa démarche est conforme à l'exigence éthique par son intérêt majeur pour le sujet aspirant à introduire du sens dans sa vie.

En cela, il se singularise par rapport à des conceptions nouvelles du fait et de la thérapeutique psychiatriques liées à l'essor des neurosciences, la promotion de l'individu citoyen et de la pensée juridique, aux impératifs budgétaires qui, sous le primat d'une approche médico-technique et médico-économique, mènent à une objectivation du patient et à une compartimentation du traitement.

Il importe que la psychiatrie opère, dans la continuité du mouvement de psychothérapie institutionnelle - prônant l'analyse et la transversalité institutionnelles - un recentrement éthique par une recherche multidisciplinaire sur les principes, les méthodes et la politique du soin.

Mots-clés : psychothérapie institutionnelle, psychiatrie de secteur, éthique médicale, subjectivité, analyse institutionnelle, transversalité, espace éthique de recherche.

POUR UN RETOUR A LA CLINIQUE

Dr Thierry NAJMAN

I - La médecine, art ou technique ?

La médecine est-elle un art ou bien une technique est-il demandé dans l'argumentaire de ce séminaire ?

La philosophie est traversée depuis ses origines et jusqu'à nos jours par des dualismes qui ne sont peut-être que les déclinaisons de celui évoqué à l'instant, et au fond, des déclinaisons d'une seule et même question : division entre l'Un et le multiple, entre l'universel et le particulier, entre l'idéalisme et le réalisme, entre le rationalisme et l'empirisme...

Le lieu est propice à une réflexion fructueuse car c'est en Grèce qu'a été inventée la philosophie, dit-on parfois. C'est le cas aussi de « la » science, en tant que science mathématique. Même si A. Koyré a montré que c'est à partir de Galilée et Descartes que la science mathématique prend son essor, c'est en Grèce qu'elle naît. Quelques exemples sont parlants et mériteraient d'être plus connus du public : la mesure de la circonférence de la terre par Eratostène et de la distance Terre Soleil par Aristarque de Samos, plusieurs siècles avant J.C. ! Ce dernier avait décrit, bien avant Copernic un système héliocentrique.

Restons un instant avec l'exemple de la physique – 2005 est d'ailleurs l'année mondiale de la physique, en mémoire des cinq articles révolutionnaires d'Einstein rédigés en 1905 – divisée actuellement entre mécanique quantique et physique relativiste (autrement dit, une théorie de l'infiniment petit et une théorie de l'infiniment grand) : la grande majorité des physiciens admettent la validité des deux théories, malgré leur incompatibilité foncière. Cette division sauve probablement les physiciens du scientisme et d'une pensée totalitaire et totalisante.

II - La clinique traite-t-elle de l'universel ou du singulier ?

La médecine, quant à elle, est partagée entre corps et âme, ou bien encore entre art et technique ; la psychiatrie, depuis l'origine, entre organogenèse et psychogenèse. Le nom moderne de cette division interne est : neuroscience et psychanalyse. Cependant cette division n'opère pas comme elle le pourrait, à la différence de ce qu'il en est pour les physiciens, car les médecins se sont quasiment tous rangés du côté du corps, de la biologie moléculaire et du côté d'une génétique triomphante, et les psychiatres, quant à eux, se rangent quasiment tous, soit du côté des neurosciences, soit du côté de la psychanalyse, mais ne respectent pas, la plupart du temps ce partage salutaire – malgré la publication d'ouvrages plus ou moins récents prétendant dépasser ce dualisme (J. Hochmann et J. Jeannerod, *Esprit où es-tu ? Psychanalyse et neurosciences*, Paris, Odile Jacob, 1991 ; G. Pommier, *Comment les neurosciences démontrent la psychanalyse*, Paris, Flammarion, 2004 ; F. Ansermet et P. Magistretti, *A chacun son cerveau*, Paris, Odile Jacob, 2004...)

La clinique médicale, et plus spécialement psychiatrique, est affectée par un autre genre de division : historiquement, elle a été élaborée comme une tentative de

recensement des tableaux à valeur universelle conformément à la méthode généralement admise en science, consistant à dégager des lois universelles ; alors que la clinique psychanalytique, depuis Freud, tente de saisir ce qu'il en est de la singularité du cas. Voilà une opposition, au moins apparente, qui mérite d'être soulignée. Cette opposition est aussi l'indice d'une rupture épistémologique, au sens de Bachelard, en cette fin de XIXème siècle et dont Freud se fait l'un des artisans. Il semble exister deux cliniques antagonistes : l'une médicale, du côté de l'universelle – qui prospère avec Bichat, Laennec, Broussais... – l'autre psychanalytique, du côté du particulier. La clinique peut-elle se situer en ce point de jonction ?

Présentée différemment, cette division pourrait être décrite comme partage entre une clinique du symptôme et une clinique de la structure, avec ceci de remarquable que la structure n'est pas nécessairement du côté de la pathologie, alors la clinique médicale « classique » décrit des tableaux exclusivement « pathologiques ». Freud décrit d'ailleurs une clinique « de la vie quotidienne » à la différence de ce qu'édicte l'OMS, qui considère « la santé » comme opposée à toute forme de maladie ou de symptôme, ce qui peut prêter à sourire.

Enfin et surtout, la clinique tend tout bonnement à disparaître au fil du temps, au profit des examens de laboratoire, qualifiés de « paracliniques ». La clinique périclité, tout comme la pensée en général. En psychiatrie, le paraclinique, ce sont les tests psychologiques, ce sont les questionnaires standardisés. Combien de cardiologues savent, actuellement, écouter un cœur sans se tourner immédiatement vers leur appareil d'échographie ? Combien de psychiatres, oserais-je dire, écoutent encore leur patient ?

III - L'épistémologie de la médecine : entre darwin et Carnap

On est passé en médecine, pour reprendre une expression de Michel Foucault, d'une médecine du malade à une médecine de la maladie, en même temps qu'on est passé en biologie, comme le décrit le généticien John Stewart, d'une biologie de l'organisme à une biologie de l'organe, ainsi qu'au « tout génétique » ; réduisant ainsi la place du sujet ainsi que de la clinique en général, au profit du microscope et de la mesure scientifique. La médecine s'est inscrite, progressivement, dans le courant du néodarwinisme, alliant la théorie de l'évolution par sélection naturelle, à la théorie de la génétique, venant à point nommé comme explication et support approprié à la dite théorie de l'évolution. Depuis Morel et la théorie de la dégénérescence, jusqu'à H. Ey et sa théorie néojacksonnienne de l'organodynamisme, pour ne citer qu'eux, la théorie évolutionnistes impriment sa marque sur l'intégralité de la médecine et de la psychiatrie. Dans l'imaginaire des médecins la solution à venir réside dans l'ADN, comme elle a résidé dans les microorganismes pour ceux du XIXème siècle, qui n'avaient pas prévu l'apparition de germes « résistants » et l'émergence permanente de nouveaux microorganismes. Ce qui témoigne d'ailleurs d'une méconnaissance des progrès récent de la biologie, qui écornent, chaque jour un peu plus, l'image idéalisée dont est, de nos jours, affublé le noble ADN (je pense, par exemple, aux découvertes récentes concernant un code histone qui viendrait doubler le code porté par l'ADN). Même la théorie de Freud est teintée d'évolutionnisme lorsque le fondateur de la psychanalyse s'exprime en terme de « fixation et de régression ».

Il convient, au passage, de remarquer le désintérêt actuel des médecins et des psychiatres pour l'épistémologie de leur discipline. Occasion pour moi de

souligner, combien le DSM s'inscrit sur un plan épistémologique dans le courant du positivisme logique, bien que l'expression ne soit pas employée par ses auteurs. La volonté d'objectivité, d'athéorisme ainsi que l'idée de ne s'en tenir qu'aux « faits », ne laisse aucun doute quant à la proximité avec le courant positiviste dont la majorité des épistémologues sérieux, de Popper à Feyerabend, en passant par Bachelard ou Kuhn, ont montré pourtant la naïveté, l'inanité, voir la dangerosité d'une telle pensée.

IV – Pour un retour à Canguilhem

Il est donc essentiel de soutenir que la médecine est *à la fois* un art et une technique, de même qu'elle doit se pencher *à la fois* sur le général et le particulier. C'est à maintenir les deux vivants qu'elle se sauve du totalitarisme et que les médecins peuvent sauver la pertinence de leur acte.

C'est avant tout pour un retour à la clinique que je voudrais plaider, ainsi que pour le retour à une réflexion épistémologique en médecine, en se penchant plus avant sur les travaux de G. Canguilhem, qui permettent à n'en pas douter de réinterroger la définition du normal et du pathologique, ainsi que les fondements de la clinique et de l'éthique en médecine, en se démarquant, en particulier, de la méthode expérimentale de Claude Bernard. Ainsi, par exemple, peut-on montrer les limites des statistiques pour définir la normalité physiologique ainsi que ce qui relève de la pathologie : la faible fréquence de l'albinisme suffit-elle à le considérer comme une maladie ? Sans oublier les incidences économiques d'une telle question : les variations récentes, par exemple, des normes des taux de cholestérol sanguin intéressent éminemment l'industrie pharmaceutique, alors que, pour scientifiques que paraissent les chiffres annoncés, ils n'en relèvent pas moins, de toute évidence, d'un certain arbitraire qui cache en réalité des intérêts financiers sous-jacents.

Un exemple, celui de l'hallucination de l'enfant, peut servir de paradigme et traduit bien la vacuité de notre clinique actuelle : la quasi absence de travaux sur ce sujet est frappante, ainsi que les contre vérités, lorsqu'est affirmée la rareté, voir l'inexistence des phénomènes hallucinatoires chez les enfants.

Paris, avril 2005

Où va la psychiatrie ?

Claude Louzoun

La discussion du séminaire dira peut-être à quand il faut faire remonter la crise de la psychiatrie. Donc, la psychiatrie est en crise. Evitons la discussion ou la polémique sur les moyens et les effectifs, pour s'attacher à la crise des modèles et de la pensée.

Trois temps dans ma présentation :

- le cadre de cette interrogation et interpellation.
- Les différentes évolutions en cours, en tout cas les plus marquantes.
- Les issues possibles à cette question seront seulement esquissées et surtout laissées à la discussion, celle de ces 2 journées comme celle de l'an prochain. Pas d'exhaustivité ; pas d'électrochoc psychique non plus.

❶ Le cadre de la question :

① La critique radicale de la psychiatrie est-elle du passé ?

Depuis la Libération, trois générations de psychiatres militants ont, peu ou prou, engagés un combat de libération de ceux que la société maintenait en marge, en particulier les malades mentaux. D'inspiration phénoménologique ou psychanalytique, tous contestaient le savoir objectivant de la « science psychiatrique », luttèrent pour la citoyenneté des « aliénés », leurs droits, leur réhabilitation, mais aussi une clinique fondée sur la réciprocité, la rencontre, une éthique du sujet, un engagement soignant au long cours, une psychiatrie communautaire ou « démocratique » ou de secteur, voire sociale. La critique radicale de la science psychiatrique (et son organicisme) comme celle de l'institution psychiatrique nous portait, mais nous divisait aussi, notamment sur le débat entre dépassement de l'hôpital psychiatrique ou psychothérapie institutionnelle.

Quelle pertinence de cette critique radicale aujourd'hui ? Quelle portée pourrait avoir sa relance ?

Pour cela, il s'agit d'étudier de manière résumée les pratiques anti-asilaires et les processus de réforme qu'elles ont induit ou accompagné :

Exemple anglais : MHA de 1959

Exemple français : la circulaire de 1960

Exemple italien : sa radicalité et ses limites.

② L'émergence et l'inscription des droits du patient dans les champs de la médecine et de la psychiatrie, mais aussi l'extension aux malades mentaux de la reconnaissance des droits et politiques en faveur des « personnes porteuses d'un handicap ». Là s'inscriraient ce qu'on a appelé les nouveaux métiers de santé mentale autant que les services de proximité.

❷ De la psychiatrie aux psychiatries : scénarii d'un partage du champ

① A quelles commandes sociales la psychiatrie doit-elle répondre aujourd'hui en tant que pratique sociale ?

② D'où provient la médicalisation actuelle de la psychiatrie ?

De sa transformation par l'idéologie réductionniste véhiculée par les tenants des neurosciences et des biotechnologies ; soit un modèle médical réduisant le psychisme au cérébral ?

De son organisation nosologique par l'existence et l'efficacité de médicaments ? Par exemple, Ian Hacking, professeur au collège de France, titulaire de la chaire de « Philosophie et histoire des concepts scientifiques » explique que des maladies apparaissent en même temps qu'est définie la catégorie qui les regroupe. Plus encore, il distingue maladies transitoires et maladies non transitoires ; pour ces dernières, et dans le cas des troubles mentaux, il précise que ce sont souvent les médicaments qui définissent la maladie ; un historien de la psychiatrie, Mikkel Borch-Jacobsen écrit que l'épidémie de dépression, la mode de la dépression est simplement le produit de la découverte des antidépresseurs.

Du démantèlement de la psychiatrie pour des psychiatries segmentaires fonctionnant comme des spécialités médicales « pointues » (le nourrisson ; les troubles alimentaires ; les conduites addictives ; etc.) ?

③ A quoi correspond une psychiatrie orientée par l'urgence ?

A l'abandon des suivis au long cours qui seraient l'apanage de la psychiatrie de service public, politique de l'abandon qui fut en son temps fort bien illustrée par Reagan et par Thatcher ? Donc la psychiatrie publique pourrait continuer à assumer l'assistance lourde ?

Avec un de ses corollaires, c'est-à-dire une psychiatrie centrée par la dangerosité sociale, par la restauration de sa réduction à des missions d'ordre public, de maintien de la sécurité, de contrôle des déviances ?

④ A quoi correspond la vague pour la santé mentale ?

A une santé publique idéologique de type liberticide et invasive ?

A un contrôle social psychologisé et généralisé qui tiendrait compte tout à la fois du rejet des institutions d'enfermement et des situations de ségrégation, tout en les réorganisant autour d'un transfert des charges ?

A une logique de l'action administrative et gestionnaire (à une logique au sein des professionnels également) vers une psychiatrie à deux vitesses ? La préoccupation première des pouvoirs publics partout en Europe, est une préoccupation économique, avec une détermination affichée à la réduction des dépenses de santé [Petite parenthèse sur le modèle américain], mais aussi la reprise en mains politique. L'exportation hors les murs de la logique asilaire que nous pouvons dénoncer fait partie tout à la fois de la centralité de l'hôpital dans le dispositif de santé, de l'hôpital entreprise que la dilution dans les établissements pour « handicapés » comme lieux de relégation moderne, dispersés et plus ou moins démedicalisés.

N'y aurait-il place pratiquement que pour les psychotropes et les thérapies cognitivo-comportementales ? Aujourd'hui les trusts pharmaceutiques paient même la formation des familles et des usagers pour la gestion de leurs maladies et de leurs malades. Certains intègrent même des groupements d'usagers pour leurs expérimentations médicamenteuses.

En sommes-nous assurément à la santé comme marchandise ?

Ou bien à une concrétisation volontaire ou volontariste de nos idées et idéaux telle que l'a avancé le rapport Piel -Roelandt ??

Toutes ces pressions économiques et politiques sont appuyées par de puissants facteurs idéologiques. Nous sommes largement engagés dans une nouvelle période déterminante de restructuration du système psychiatrique, doit-on rester au particularisme de l'action de chacun, au marasme ou au défaitisme dominants ?

Le fait qu'on nous avance que les cognitivistes sont dans une phase d'ouverture, que l'administration veut seulement rendre pleinement opérationnels les moyens existant et considérés comme suffisants, etc., soit la bonne volonté avec laquelle il faut composer, dialoguer, etc., etc., me fait poser la question de pourquoi faudrait-il introjecter la parole [le formatage] de ceux qui constituent le pouvoir dominant ? Est-ce que notre idéal est si factice, à l'image d'ailleurs de ceux que nous dénonçons, qu'il ne puisse continuer à faire partie des discours sociaux valides et en acte ? Ne deviendrait-il qu'une jouissance chosifiée ? La psychiatrie ne serait-elle plus qu'une discipline résiduelle ?

A quoi correspond maintenant le « case management » et « projet individualisé » de la loi 2002 ? Le modèle de département de SM plus ou moins en perspective !!!

Un petit temps d'arrêt sur Les occasions perdues !!

Je pense pour ma part qu'il nous faut réarmer notre discours comme notre critique pratique en maintenant l'objectif du dépassement de l'hôpital psychiatrique et de la logique asilaire, en travaillant principalement deux axes :

1° la thématique « Démocratie et santé » dans des déclinaisons entendables largement ; des pratiques au quotidien au choix des priorités.

2° la capacité de transférer, de transmettre notre savoir-faire, notre Know How dirait-on à Bruxelles.

Il faut bien de l'ambition collective et positive !

Annexes : les directives anticipées au CHUV de Lausanne



Etat de Vaud - Département de la santé et de l'action sociale

Hospices cantonaux

Centre Hospitalier Universitaire Vaudois



Directive institutionnelle

Titre : Directives anticipées du patient

1. Introduction
2. Contenu et forme des directives anticipées
3. Portée des directives anticipées
4. Validité des directives anticipées
5. Procédure à suivre en l'absence de directives anticipées
6. Situations particulières

Références bibliographiques

Annexe : Exemple de « Directives anticipées »

1. Introduction

Tout acte médical en dehors d'une urgence nécessite le consentement du patient, faute de quoi il constitue une atteinte à son intégrité physique et psychique. Si au moment où il a recours aux soins, le patient est incapable de discernement (voir directive : [Appréciation de la capacité de discernement des patients](#)), il est alors impossible de recueillir valablement son consentement. Dans une telle situation, il est essentiel de se renseigner sur l'existence d'éventuelles directives anticipées et d'en prendre connaissance afin de connaître sa volonté présumée pour la situation en question.

Les « **directives anticipées** » (DA) sont des instructions que toute personne capable de discernement (y compris les mineurs capables de discernement) peut rédiger à l'avance sur la manière dont elle souhaite être prise en charge. Elles seront appliquées en cas de perte de la capacité de discernement de l'auteur.

Les DA constituent un prolongement de l'autonomie de décision du patient lorsqu'il ne peut plus s'exprimer. Il s'agit donc d'une aide précieuse pour l'équipe soignante lorsqu'elle doit choisir un traitement.

Les DA sont utilisées dans tous les domaines de soins, que ce soit en psychiatrie, psychogériatrie ou dans le domaine de la recherche, dans les situations de fin de vie, etc.

2. Contenu et forme des directives anticipées

- En ce qui concerne le contenu, il peut être de **deux types**:
 1. la **description de la prise en charge souhaitée** par le patient dans une situation où il serait incapable de discernement (voir exemple en annexe 1).
 2. la **désignation par le patient d'un représentant thérapeutique** qui prendra les décisions médicales le concernant en cas d'incapacité de discernement (voir directive [Représentant thérapeutique: droits et devoirs](#)).

Nota Bene: Les mineurs ne peuvent pas désigner un représentant thérapeutique.

Les deux types peuvent être combinés.

- En ce qui concerne la forme, **aucune forme particulière** n'est exigée. Les DA peuvent se présenter :
 - par écrit : le document est gardé dans le dossier médical du patient. Il est nécessaire qu'il soit signé et daté.
 - oralement : à défaut d'un document écrit, le patient communique sa décision au médecin qui la note dans le dossier médical, avec son appréciation de la capacité de discernement du patient. Pour des questions juridiques, il est souhaitable que le médecin s'assure de la présence d'un témoin.
 - dans tous les cas, un signalement de l'existence des DA doit être fait dans le dossier sous « données médico-administratives du patient ».
- Les directives anticipées peuvent être **annulées ou modifiées en tout temps** par leur auteur.

3. Portée des directives anticipées

- Le patient a le devoir de faire connaître l'existence des DA et de signaler toute éventuelle modification au personnel soignant.
- L'équipe soignante a, quant à elle, l'obligation légale de rechercher leur existence si le patient est incapable de discernement.

Les effets des DA sont définis par l'art. 23b de la loi vaudoise sur la santé publique comme suit :

« *Chaque professionnel de la santé doit respecter la volonté que le patient a exprimée dans des directives anticipées si ce dernier se trouve dans une situation qu'elles prévoient* ».

La clarté des DA et des situations qu'elles prévoient, conditionne en partie la possibilité pour les soignants de les appliquer. Pour respecter la volonté du patient, il faudra donc parfois aller au-delà de la lettre (du texte écrit) des DA et essayer de dégager la volonté présumée du patient, conformément aux intérêts objectifs de celui-ci (voir ci-dessous « Situations particulières »).

Les soignants peuvent attirer l'attention des patients sur la possibilité de rédiger de telles directives, de préférence en demandant l'avis d'un médecin de confiance lorsqu'il s'agit d'une situation thérapeutique dans laquelle elles pourraient s'appliquer.

La relation médecin-patient est une situation idéale pour donner au patient l'information nécessaire dont il aurait besoin pour rédiger ses DA librement et en pleine connaissance de ce à quoi il consent ou refuse. Cette façon de rédiger les DA permet d'une part au médecin de mieux connaître les valeurs et attentes de son patient liées à son état de santé et, d'autre part, elle augmente la probabilité que les DA soient appliquées à la situation thérapeutique future qu'elles prévoient.

4. Validité des directives anticipées

Les directives anticipées du patient doivent être respectées aussi longtemps que l'on peut admettre qu'elles correspondent à sa volonté présumée.

« Plus les déclarations du patient sont formulées clairement, plus leur signature est récente et plus les circonstances ont pu être anticipées par le patient, plus sa déclaration est valable. » (Extrait de Directives médico-éthiques de l'ASSM « Traitement et prise en charge des patients souffrant d'atteintes cérébrales extrêmes de longue durée », novembre 2003).

Quand le médecin peut-il s'écarter des directives anticipées du patient ?

Différentes possibilités sont envisageables :

1. En cas d'urgence:

- L'incapacité de discernement du patient doit être établie ;
- Le professionnel de la santé agit conformément aux intérêts objectifs du patient, en tenant compte de la volonté présumée de celui-ci ;
- Dès que possible il se référera aux DA s'il en a eu connaissance entre-temps.

2. Si le médecin a l'intime conviction que les « directives anticipées » ne correspondent plus à la volonté actuelle du patient, c'est-à-dire que sa volonté a pu être modifiée entre-temps. C'est le cas lorsqu'il existe des indices dont le médecin a eu connaissance durant la relation thérapeutique, p. ex. de nouvelles convictions du patient (religieuses, etc. Voir, à titre d'exemple, directive « [Prise en charge des témoins de Jéhovah](#) »).

- En l'absence d'un représentant légal ou thérapeutique, contacter l'autorité tutélaire (la Justice de Paix : int. 966 10 60) pour obtenir une mise sous tutelle/curatelle et une aide quant à la décision de la prise en charge.

3. Lorsque le médecin est fondé de penser qu'il existe un conflit d'intérêts entre le patient et son représentant thérapeutique:

- Contacter l'autorité tutélaire (la Justice de Paix) pour obtenir une mise sous tutelle/curatelle et une aide quant à la décision de la prise en charge.
- En ce qui concerne les mineurs, en cas de désaccord entre les DA du mineur et l'avis de ses parents (représentant légal), le recours à l'autorité tutélaire (la Justice de Paix) est possible.

4. Le patient ne peut pas exiger par ses DA un acte illicite ou contraire aux mœurs. Si tel est le cas, le médecin ne devra pas en tenir compte.

Exemples :

Ne sont ni illicites, ni contraires aux mœurs les DA d'un patient qui prévoient

- le refus de mesures qui prolongeraient la vie dans le cas d'une maladie avec un pronostic fatal ;
- le traitement antalgique dont le but est de combattre les douleurs et d'alléger les souffrances, même s'il peut avoir comme effet d'abrégé la vie.

Sont en revanche illicites les DA qui prévoient des actes qui:

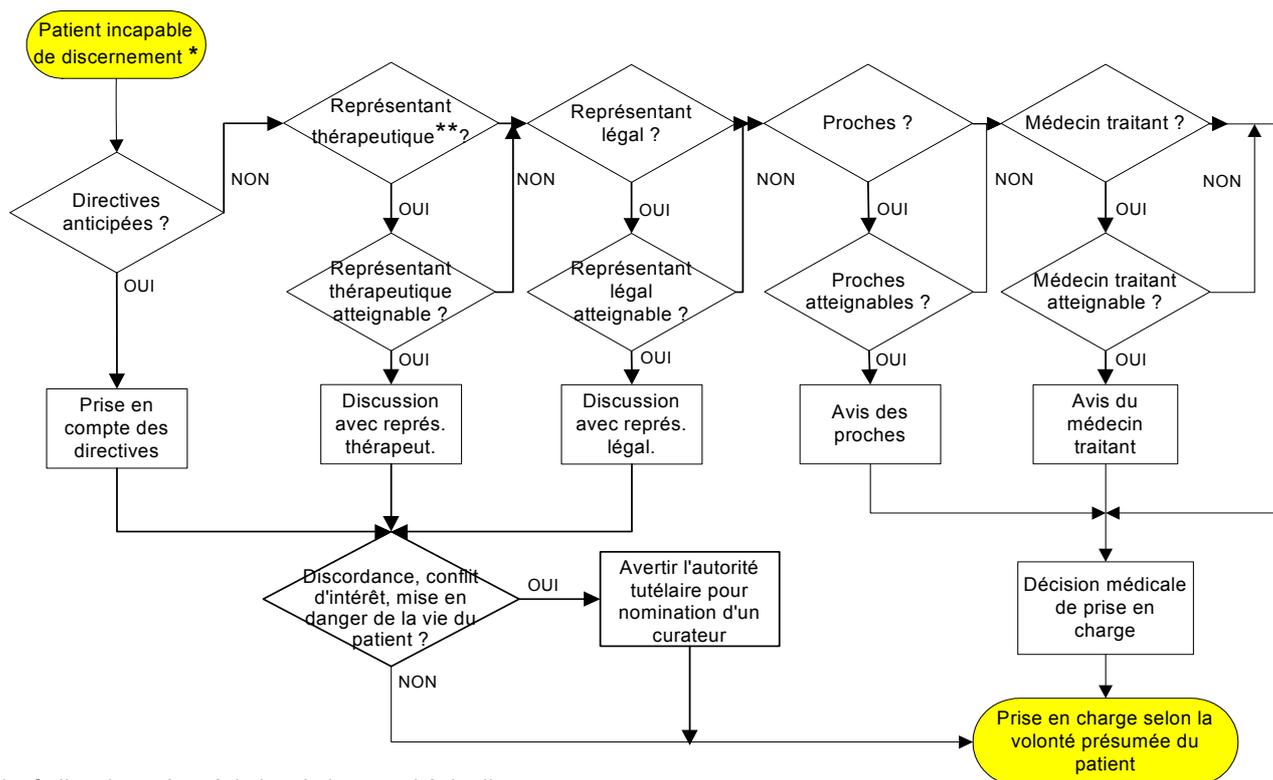
- constituent des **infractions au sens du Code pénal suisse**, p. ex. :
 - le meurtre sur demande de la victime (art. 114 CP) ;
 - l'interruption punissable de la grossesse (art. 118 CP) ;
- tombent sous le coup de **dispositions défendues par le Code civil suisse**, p. ex. :
 - l'aliénation de la liberté personnelle au sens de l'art. 27 CC ;
- en général, sont **contraires à une norme de l'ordre juridique**.

En ce qui concerne les demandes d'**assistance au suicide**, une directive est en cours d'élaboration.

5. Procédure à suivre en l'absence de directives anticipées

- Lorsque le **patient est incapable de discernement et qu'il n'existe pas d'indices sur l'existence de DA ou de représentant thérapeutique**, le professionnel de la santé peut faire appel aux personnes suivantes :
 - représentant légal
 - proches du patient
 - médecin traitant,

en résumé, aux personnes qui pourraient donner des **indices quant à la volonté présumée du patient** et ainsi l'aider à prendre une **décision quant au choix de la prise en charge** (voir, pour plus de détails, schéma ci-dessous ainsi que les directives [« Prescription diagnostique et/ou thérapeutique »](#), [« Attribution d'un code de réanimation à utiliser en cas d'arrêt cardio-respiratoire chez un patient adulte »](#)).
- **En cas d'urgence** ou en l'absence d'un représentant (légal ou thérapeutique), **le médecin prend seul la décision thérapeutique**, en tenant compte des intérêts et de la volonté présumée du patient.



* cf. directive « Appréciation de la capacité de discernement »

** cf. directive « Représentant thérapeutique : droits et devoirs »

6. Situations particulières

Que faire face à **plusieurs DA contradictoires** rédigées par le patient ?

- **lorsque le patient a rédigé de nouvelles DA sans avoir révoqué les anciennes** et que les deux variantes sont applicables dans la même situation, il y a lieu de prendre en compte les plus récentes, **pour autant qu'il soit légitime de penser qu'elles expriment la volonté actuelle du patient.**

Ainsi, si une personne rédige des DA, et que par la suite elle devient « Témoin de Jéhovah » et en rédige une deuxième version, c'est cette deuxième version qui sera suivie. En revanche, lorsque suite à un changement de convictions, la personne ne fait plus partie des « Témoins de Jéhovah », les DA rédigées à l'époque où elle en était membre ne sauraient être suivies aujourd'hui, alors même qu'elles sont postérieures aux premières DA.

- **si les DA ne sont pas claires ou contiennent des dispositions contradictoires**

- dans leur formulation (terminologie): p. ex. elles contiennent des termes qui donnent lieu à une interprétation subjective, tels que « *bonne vs. mauvaise* qualité de vie », « *maladie grave ou modérée* du cerveau » etc.

ou

- par rapport à la situation qu'elle prévoient,

il est conseillé de **faire appel au représentant thérapeutique ou légal, aux proches, médecin traitant, personnes de confiance, en bref à toute personne qui, de par la connaissance du patient, de ses valeurs ou souhaits, pourrait aider l'équipe soignante à établir sa volonté présumée et agir en conformité avec ses intérêts.** Le médecin

n'est pas lié par l'avis des proches ou du médecin traitant du patient. Il prendra la décision de traitement qui intègre au mieux la volonté présumée ou exprimée du patient.

En cas de désaccord, et notamment lorsque la décision du représentant légal ou thérapeutique met en danger la vie du patient, le recours à la Justice de Paix (int. 966 10 60) est possible.

Pour obtenir de l'aide dans l'évaluation de l'applicabilité des DA dans un cas d'espèce, l'équipe soignante peut aussi **faire appel aux** deux structures suivantes :

- Bureau de la Commission d'éthique des Hospices-CHUV (tél. 41406)
- Unité des affaires juridiques et éthiques des Hospices-CHUV – UAJE (tél. 41815)

Dans tous les cas, la décision motivée de la prise en charge sera notée dans le dossier médical.

Références :

- Code civil suisse, art. 27
- Code pénal suisse, art. 114 ss
- Loi du 29 mai 1985 sur la santé publique, art. 23a à c
- Hugli O., Yersin B. Directives anticipées : un rôle clé du médecin traitant ? *in* Médecine&Hygiène 2004, N° 2492, pp. 1564 ss.
- Wasserfallen J.-B., Stiefel F., Clarke S., Crespo A. Appréciation de la capacité de discernement des patients : procédure d'aide à l'usage des médecins, *in* Bulletin des médecins suisses 2004 ; 85 : Nr 32/33
- Ummel M. Testament et directives anticipées, *in* D. Bertrand et al., Médecin et droit médical, 2^e éd., Chêne-Bourg 2003, pp. 113 ss (117-119).
- Thompson T., Barbour R., Schwartz L. Adherence to advance directives in critical care decision making: vignette study, *BMJ* 2003; 327: 1011-4.
- Cassani U. Le droit pénal suisse à l'épreuve de l'assistance au décès : problèmes et perspectives, *in* D. Bertrand et al., Médecin et droit médical, 2^e éd., Chêne-Bourg 2003, pp. 121 ss.
- Loewy H. E. Ethical considerations in executing and implementing advance directives, *Arch Intern Med/ Vol. 158, Feb. 23, 1998* 323
- Babaïantz O. Les directives anticipées en matière des soins médicaux et la représentation thérapeutique privée, Institut de droit de la santé, Cahier N° 6, Université de Neuchâtel, Neuchâtel 1998

Exemple de « Directives anticipées »¹

Nom : Prénom :

Né/e le :

Rue, n°: NPA/Localité :

Je soussigné/e, après mûre réflexion et en pleine possession de mes facultés, fais part ci-après de ma volonté, pour le cas où je ne serais plus capable de discernement en raison par exemple d'une maladie, d'un accident, de faiblesse extrême ou de perte de conscience :

1. Traitement médical et soins

- J'accepte (je refuse) les traitements médicaux et les mesures thérapeutiques suivants :

.....

- Si le diagnostic du médecin devait conduire à un pronostic de perte permanente et irréversible des facultés de communication (à la suite par exemple d'une atteinte cérébrale extrême ou de la perte de fonctions corporelles essentielles), **je désire l'arrêt de toute mesure diagnostique ou thérapeutique et je refuse toute réanimation.**

oui **non**

2. Dispositions complémentaires en cas de décès

- En cas de décès je consens au prélèvement de mes organes **oui** **non** **exception***
 (*compléter ci-dessous)

* En cas de décès je consens au prélèvement de mes organes à l'exception de :
 (spécifier)

.....

- En cas de décès je consens à l'autopsie de mon corps : **oui** **non**

3. Autres souhaits

(accompagnement religieux, respect de la tradition culturelle, décès à domicile, etc.)

.....

4. Divers

- J'ai informé de mes directives mon médecin de famille que vous pouvez contacter:

¹ Adapté des sources suivantes : Organisation suisse des patients, « Mes directives anticipées », www.spo.ch ; Pro mente sana, Romandie, « Directive anticipée en cas de troubles psychiques », www.promentesana.org .

Nom : Prénom :
 Rue, n°:
 NPA/Localité : Tél. :

Aux mêmes fins, j'ai mandaté un **représentant thérapeutique** (voir procuration annexée) :

Représentant thérapeutique :

Nom : Prénom :
 Rue, n°:
 NPA/Localité : Tél. :

Signature du représentant thérapeutique :

.....

Je n'ai pas mandaté de représentant thérapeutique

En cas d'hospitalisation, je souhaite que l'on contacte les personnes suivantes :

Nom : Prénom :
 Rue, n°:
 NPA/Localité : Tél. :

Par ces directives anticipées, je ne délie pas les médecins de leur propre responsabilité ni de leur devoir de diligence, et je leur demande de n'entreprendre aucun acte susceptible d'enfreindre les lois.

5. Signature :

Lieu et date : Signature :

Il est recommandé de mettre à jour ce document régulièrement (avec date et signature).