



SAISINE N°1

Un patient, médecin de profession, hospitalisé en HDT péril imminent suite à de nombreuses tentatives de suicide. Refuse le traitement neuroleptique mis en place.

Peut-on le contraindre à des soins contre son gré ? Doit-on lui administrer son traitement contre son gré, en injectable ?

Réponse du Comité d'Ethique du CPN en date du 01 avril 2011, réactualisée en décembre 2011 (voir additif)

L'avis du comité d'éthique sur une saisine étant relatif et historisé, et la présente saisine ayant été effectuée et travaillée avant la loi du 5 juillet 2011, le dit avis est publié en l'état, mais enrichi d'un additif qui tient compte de l'évolution législative à la date de sa publication. Suite à la loi du 5 juillet 2011, le statut d'une personne hospitalisée sans son consentement est aujourd'hui différent : l'HDT est désormais remplacée par « l'admission en soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement à la demande d'un tiers ». (art. L. 3212-1 et suiv. CSP), ce qui sera développé au niveau de l'additif à la présente saisine.

SOMMAIRE

Introduction.....	p 3
1. Les aspects juridiques.....	p 3
2. Le soin sous contrainte.....	p 3
2.1 La libre disposition de soi versus la protection de la personne... p 4	
La libre disposition de soi.....	p 4
Le consentement.....	p 4
L'information.....	p 5
La personne de confiance.....	p 5
2.2 La finalité du soin versus l'utilisation de la contrainte de soin... p 5	
Conclusion.....	p 6
Annexes	
Annexe 1.....	p 7
Annexe 2.....	p 8
Additif à la saisine n°1.....	p 10
Annexe à l'additif.....	p 11

INTRODUCTION

Les différentes valeurs et principes mis en tension par la question de la présente saisine nous ont conduit en premier lieu à interroger la loi (en particulier la loi du 4 mars 2002 qui nous occupe ici), à nous pencher ensuite sur le paradoxe de la recherche du consentement d'une personne en hospitalisation contrainte et enfin de nous questionner sur l'articulation entre la finalité du soin et l'utilisation de la contrainte de soin. Sachant que même si l'hospitalisation sous contrainte n'implique pas les soins sous contrainte, il n'en reste pas moins que la première motivation d'une hospitalisation reste le soin, ou plutôt les soins, tant l'éventail thérapeutique à disposition des soignants et des patients peut se révéler fécond.

Au regard des différentes facettes de cette question, le Comité donnera un avis qui est le reflet des discussions, échanges, recherches et interrogations en son sein.

1. Les aspects juridiques

Venant relayer le paradoxe évoqué plus haut, le plan législatif semble présenter, au niveau de la prise en charge du patient, une ambiguïté, entre la loi du 27 juin 1990 relative aux modes d'hospitalisation et à leurs contraintes, et la loi du 4 mars 2002 relative aux droits du patient et à la qualité du système de santé. Notons qu'un projet de loi est en cours concernant le soin sous contrainte. Ce projet adopté le 26.1.2011 en conseil des ministres est discuté au Parlement depuis le 15 mars 2011.

L'état actuel de la législation française statue sur *l'hospitalisation* sous contrainte, et non sur *le soin* sous contrainte. Le soin ne pouvant être imposé que dans la mesure où l'état de santé de la personne le nécessite.

Nous rappelons que le placement sous contrainte n'entraîne pas *l'automatisme* des soins sous contrainte. Ces soins sont soumis à l'évaluation et à la décision diagnostique et restent un choix thérapeutique qui tiendra compte du devoir d'assistance à personne en danger, notamment en cas de péril vital.

Au regard de l'art. L. 3211-3 CSP, les restrictions à l'exercice des libertés individuelles du patient doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en œuvre de son traitement. Les articles L. 1111-4 et L. 3211-3 du Code de la santé publique figurent en annexe 2.

2. Le soin sous contrainte

Où commence le soin ?

La notion de soin se constitue dans les premières modalités relationnelles qui se mettent en place entre le *soignant* et le *patient* (annexe1).

Dans sa temporalité, le projet de soin vise l'établissement d'un contrat de soins dont l'objectif global est d'aider le patient à reconquérir une autonomie raisonnée et ce dans la dignité.

La notion de soin est-elle indissociable du concept d'hospitalisation ? L'hospitalisation sous contrainte induit-elle de fait le soin sous contrainte ? L'hospitalisation est-elle avant tout le

cadre contenant visant à préserver le patient de ses propres comportements, la notion de soin intervenant dans un second temps ? Le soin est-il synonyme de traitement pharmacologique ?

Nous pouvons déjà relever 3 arguments pour l'indication d'un traitement :

- la protection du patient lui-même, avec l'idée de le préserver de mouvements auto agressifs.
- la protection des autres, avec l'idée de stopper et transformer son agressivité envers autrui.
- « le rendre à lui-même », avec l'idée de favoriser une contenance susceptible de restaurer sa capacité de discernement.

S'il s'avère possible dans la pratique de contraindre un patient au soin par injection, il paraît plus compliqué de le contraindre à des entretiens à visée psychothérapeutiques...

On le voit, le signifiant « soin » renvoie à de multiples représentations qu'il convient de clarifier avant de se déterminer sur la notion de soin contraint, le terme « soin » n'étant pas réductible à « traitement chimique ».

Enfin se pose la question de la façon dont la pratique même du soin contraint est assumée par l'équipe et par chacun de ses membres, ce que nous évoquerons plus loin.

2.1 La libre disposition de soi versus la protection de la personne.

Les enjeux générés par cette question en particulier tendent à mettre en tension la libre disposition de soi, évoquée à l'article 16.3 du Code Civil, avec le consentement de la personne, l'information qui lui est fournie à visée de ce consentement, tout en considérant sa protection et sa sécurité ainsi que celle de son entourage.

La libre disposition de soi

Ce concept renvoie au respect des droits individuels dans le cas qui nous occupe, à savoir l'hospitalisation sous contrainte. La contrainte dans les hospitalisations sans consentement consiste en une restriction de la liberté d'aller et de venir permettant le maintien d'une personne dans l'établissement, même contre son gré. Les restrictions qui peuvent être apportées sont celles liées à l'exercice des libertés individuelles, si elles sont nécessitées par l'état de santé et la mise en œuvre du traitement du patient.

Le consentement

Rappelons que la question du consentement fait émerger un paradoxe : celui de rechercher le *consentement* chez une personne hospitalisée contre son gré et *n'ayant donc pas consenti* à son hospitalisation.

Il est à noter que la question du consentement reste à se poser même dans le cas de l'acceptation des soins par le patient. En effet, qu'en est-il du consentement du patient lorsqu'il accepte le soin tout en étant perçu comme dans l'incapacité de donner un avis, ou bien dans un contexte de privation de liberté ? L'acceptation de soins n'implique pas nécessairement un consentement éclairé. Ainsi s'avèrerait-il nécessaire d'évaluer, dans un premier temps, la capacité du patient à consentir et, dans un second temps d'apprécier la possibilité d'avoir recours à une personne de confiance (thème que nous développerons plus

loin) désignée par le soigné et qui pourrait constituer une interface efficiente et permettre de trianguler la relation duelle soignant soigné.

Que nous dit le patient en refusant le soin ? Dans quelle mesure ce refus ne constitue-t-il pas pour lui un ultime espace décisionnel alors qu'il est hospitalisé sous contrainte? Sa seule façon de manifester son identité ?

Si le consentement est nécessaire, il n'est pas suffisant et le soignant gagnera à s'assurer que le patient a pu, dans la mesure de ses possibilités du moment, s'en approprier toutes les dimensions, à commencer par celles qui oeuvrent pour la reconquête de son autonomie. Et seule une analyse bénéfiques risques élaborée au sein d'une équipe soignante permettra de décider dans quelle mesure l'on peut passer outre le consentement du patient au soin préconisé.

L'information :

Le consentement passe nécessairement par une information qui doit être adaptée, éclairée, exhaustive, en vertu de la loi du 4 mars 2002 : « *Toute personne prend avec le personnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.* » (Article L 1111-4) Apparaît alors un nouveau paradoxe pour le soignant, en tant qu'il lui est demandé de recueillir le consentement *éclairé* d'une personne hospitalisée sous contrainte dont on estime par définition qu'elle a momentanément perdu sa capacité réflexive.

La personne de confiance :

En ce qui concerne les aspects juridiques : Tout patient hospitalisé a le droit de choisir une personne de confiance. L'hôpital a le devoir de s'informer de l'identité de cette personne. Elle peut être issue de l'entourage familial, amical, ou être le médecin traitant du patient. Il est à noter que la personne choisie par le patient n'est pas forcément informée de ce choix par le patient !

La personne de confiance a uniquement un avis consultatif et ne se substitue pas à l'accord du patient. Cette personne peut assister aux consultations du patient avec l'accord de celui-ci. L'identité de la personne de confiance est à réinterroger à chaque hospitalisation du patient, celle-ci pouvant varier au gré du patient.

2. 2 La finalité du soin versus l'utilisation de la contrainte de soin

Dans sa pratique quotidienne de soins en hospitalisation sous contrainte, le soignant est régulièrement interrogé au niveau de ses valeurs, de sa conception personnelle de la pratique des soins,

Quel sens cela prend-t-il pour le soignant d'en passer par la contrainte et par la force « pour le bien du patient » ?

Comme pour les patients, une information, une explication et une réflexion sur les actes prescrits, un espace de parole pour l'équipe, pourrait contribuer à établir un cadre contenant

visant à accueillir les questionnements des soignants, à donner du sens aux soins prodigués, à définir une ligne thérapeutique, et ce afin de recueillir le consentement éclairé du soignant à ses propres actes de soin !

En conclusion, si le consentement éclairé du patient est à rechercher, celui du soignant est à construire afin que celui-ci ne soit pas plus contraint au soin que le patient dont il a la charge.

Ici est peut-être à interroger le rôle du médecin dans l'équipe soignante. Rôle souvent constitutif d'un équilibre difficile entre contrôle médical et contrôle juridique dans le contexte de l'hospitalisation sous contrainte, ce qui ne manque pas de mettre à l'épreuve ses propres valeurs éthiques par rapport à celles des autres membres de l'équipe.

Concernant le cas de cette saisine, le fait que le patient soit lui-même médecin entraîne-t-il de fait des tensions supplémentaires agitant la conscience de chaque soignant ? En effet, ce patient est supposé, du fait de sa profession, être particulièrement informé sur les traitements et leurs effets et son absence de consentement prend dès lors une dimension qui ne peut qu'interroger le soignant qui y est confronté. C'est en quelque sorte la parole d'un médecin prescrivant un soin contre celle d'un médecin qui refuse cette prescription... en connaissance de cause d'un point de vue médical. Se poserait alors la question de l'aspect identitaire du patient. Sa profession, en tant que dimension identitaire avérée, avec tous les fantasmes qu'elle peut générer, peut-elle en faire un patient particulier, différent ?

CONCLUSION

A la question : le peut-on, la réponse est oui.

La loi autorise, lorsque l'hospitalisation s'est réalisée sur le mode de la contrainte, à administrer un traitement également sous la contrainte.

A la question : le doit-on, il faut noter que cette contrainte du traitement reste une stratégie thérapeutique qui, bien que la décision soit sous la responsabilité du médecin, engage toute l'équipe, en particulier les infirmiers qui réaliseront l'administration. Cette stratégie thérapeutique et son élaboration relèvent de l'engagement clinique du médecin et de l'équipe, elle est travaillée et explicitée en synthèse, instance de réflexion, d'échanges et de décision à laquelle le comité d'éthique ne peut se substituer. Si la décision est portée par le médecin, il est cependant à noter que l'équipe ne peut porter l'acte et le positionnement thérapeutique dans le lien au patient que si les choix thérapeutiques sont porteurs de sens pour elle : les membres de l'équipe seront en difficulté à soutenir des actes et des positionnements qui leur répugnent ou qui choquent leurs principes éthiques, leur conscience. De même, le médecin doit pouvoir se soutenir des appuis de l'équipe, de son écoute et de ses éléments de réflexion, d'observation et d'analyse. Le médecin ne peut porter seul un tel choix thérapeutique et doit pouvoir s'appuyer sur l'équipe. Ainsi, l'échange, la communication, l'élaboration commune doit avoir lieu et trouver ses outils de manière à ce que les professionnels ne se sentent pas, à l'image du patient, sous la contrainte, mais au contraire dans un processus thérapeutique évolutif avec lui.

Annexe 1 -

Paul Ricoeur : Le Patient et le médecin

Malade. Ce mot très utilisé a le mérite d'être clair. L'inconvénient est qu'il renvoie à la notion de maladie et de demande de guérison. La personne qui consulte n'est pas toujours malade et sa demande n'est pas toujours une demande de guérison

Patient. Ce mot a l'avantage de ne pas enfermer la personne dans la maladie. Le patient est celui qui souffre et qui supporte. Il insiste sur l'inégalité de la relation entre le patient et le docteur.

Usager du système de soins. Cette dénomination est celle que nous retrouvons dans la loi du 4 mars 2002. Elle a l'avantage de ne pas enfermer cet « usager » dans quelque limite que ce soit. Elle a l'inconvénient de ne rien signifier ou pire encore de renvoyer le patient à l'image d'un simple consommateur de service.

Chaman. Prêtre sorcier, dans les civilisations d'Asie centrale et septentrionale. Il assure de multiples fonctions jugées indispensables à la vie de la communauté :

Thérapeute Personne qui soigne les malades

Guérisseur. Personne qui fait profession de guérir sans avoir la qualité officielle de médecin et par des moyens non reconnus de la médecine

Médecin. Ce terme nous vient de la racine sanscrite « Med » la balance. Le médecin est celui qui pèse le pour et le contre, celui qui indique le milieu, l'équilibre

Docteur. C'est par ce nom que l'on nous nomme. Nous sommes celui qui enseigne, donc celui qui sait. C'est un titre universitaire par lequel la société nous reconnaît.

Soignant. Voilà un mot qui ne préjuge pas de notre qualité personnelle mais qui se veut plus général, reconnaissant la similitude de l'ensemble des professionnels qui soignent les patients. Mais il n'est pas, lui non plus exempt d'ambiguïté. Sommes nous celui qui soigne ou celui qui prend soin.

Annexe 2 -

Article L1111-4

Modifié par [Loi n°2005-370 du 22 avril 2005 - art. 3 JORF 23 avril 2005 rectificatif JORF 20 mai 2005](#)

Toute personne prend, avec le professionnel de santé et compte tenu des informations et des préconisations qu'il lui fournit, les décisions concernant sa santé.

Le médecin doit respecter la volonté de la personne après l'avoir informée des conséquences de ses choix. Si la volonté de la personne de refuser ou d'interrompre tout traitement met sa vie en danger, le médecin doit tout mettre en oeuvre pour la convaincre d'accepter les soins indispensables. Il peut faire appel à un autre membre du corps médical. Dans tous les cas, le malade doit réitérer sa décision après un délai raisonnable. Celle-ci est inscrite dans son dossier médical. Le médecin sauvegarde la dignité du mourant et assure la qualité de sa fin de vie en dispensant les soins visés à l'article L. 1110-10.

Aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, aucune intervention ou investigation ne peut être réalisée, sauf urgence ou impossibilité, sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6, ou la famille, ou à défaut, un de ses proches ait été consulté.

Lorsque la personne est hors d'état d'exprimer sa volonté, la limitation ou l'arrêt de traitement susceptible de mettre sa vie en danger ne peut être réalisé sans avoir respecté la procédure collégiale définie par le code de déontologie médicale et sans que la personne de confiance prévue à l'article L. 1111-6 ou la famille ou, à défaut, un de ses proches et, le cas échéant, les directives anticipées de la personne, aient été consultés. La décision motivée de limitation ou d'arrêt de traitement est inscrite dans le dossier médical.

Le consentement du mineur ou du majeur sous tutelle doit être systématiquement recherché s'il est apte à exprimer sa volonté et à participer à la décision. Dans le cas où le refus d'un traitement par la personne titulaire de l'autorité parentale ou par le tuteur risque d'entraîner des conséquences graves pour la santé du mineur ou du majeur sous tutelle, le médecin délivre les soins indispensables.

L'examen d'une personne malade dans le cadre d'un enseignement clinique requiert son consentement préalable. Les étudiants qui reçoivent cet enseignement doivent être au préalable informés de la nécessité de respecter les droits des malades énoncés au présent titre.

Les dispositions du présent article s'appliquent sans préjudice des dispositions particulières relatives au consentement de la personne pour certaines catégories de soins ou d'interventions.

Article L3211-3

Modifié par [Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 26](#)

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux est hospitalisée sans son consentement en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de cette hospitalisation, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être limitées à celles nécessitées par son état de santé et la mise en oeuvre de son traitement. En

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

Elle doit être informée dès l'admission et par la suite, à sa demande, de sa situation juridique et de ses droits.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

1° De communiquer avec les autorités mentionnées à [l'article L. 3222-4](#) ;

2° De saisir la commission prévue à [l'article L. 3222-5](#) ;

3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

4° D'émettre ou de recevoir des courriers ;

5° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

6° D'exercer son droit de vote ;

7° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 4°, 6° et 7°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

ADDITIF A LA SAISINE N°1

En date de décembre 2011

Depuis la loi du 5 juillet 2011, il n'existe plus d'ambiguïté quant à la possibilité d'imposer un soin sous contrainte : l'ancien régime (loi du 27 juin 1990) parlait « d'hospitalisation sous contrainte », alors que le nouveau traite « **d'admission en soins psychiatriques** ». En l'espèce, le patient était initialement placée en HDT et devrait aujourd'hui être soumis au régime de « **l'admission en soins psychiatriques sur décision du directeur d'établissement à la demande d'un tiers** » (art. L. 3212-1 et suiv. CSP).

Dans ce cadre, ce n'est pas seulement l'entrée dans le service mais également la mise en place du soin qui est regroupée dans la notion du non consentement, c'est-à-dire de la décision du tiers. On considère donc qu'une personne entrant en service psychiatrique sera également établie dans des soins pour lesquels son accord n'est pas la seule ni majeure force de décision. **De ce fait, il ne reste plus d'ambiguïté juridique au droit pour l'équipe soignante d'imposer des soins dans le cadre d'une hospitalisation sans consentement.**

Cependant, il est à noter que cette loi avait pour première vocation (officielle) de renforcer les droits du patient : ainsi de nombreux recours et précautions sont présents dans le texte de loi (cf. annexe à l'additif).

« Les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis, en toute circonstances la dignité de la personne doit être respectée »

(art L.3211-3). Ainsi si un soin peut être établi sans un réel accord de la personne, il doit être parlé et réfléchi avec elle avant sa mise en place, et autant que possible, son avis et son désir doivent être pris en compte. Le consentement doit toujours être recherché, le statut et les droits du patient doivent lui être nommés et expliqués, et la recherche du sens de ses soins pour le soignant et pour lui doivent être parlés puis à nouveau régulièrement réévalués ensemble.

La question du consentement fait toutefois émerger un paradoxe : dans quelle mesure doit-on rechercher le consentement d'une personne qui est soumise à un régime qui, par définition, impose un soin contraint ?

La loi du 5 juillet 2011 a donc permis de lever toute ambiguïté quant à la possibilité d'imposer un soin, mais elle renvoie tout de même au professionnel la charge d'apprécier dans quelle mesure le soin doit être contraint, à lui de s'interroger sur le plan éthique comment concilier droits des patients et soins forcés.

ANNEXE à l'additif sur saisine 1

Article L3211-3 :

Modifié par [LOI n°2011-803 du 5 juillet 2011 - art. 1](#)

Lorsqu'une personne atteinte de troubles mentaux fait l'objet de soins psychiatriques en application des dispositions des chapitres II et III du présent titre ou est transportée en vue de ces soins, les restrictions à l'exercice de ses libertés individuelles doivent être adaptées, nécessaires et proportionnées à son état mental et à la mise en œuvre du traitement requis. En toutes circonstances, la dignité de la personne doit être respectée et sa réinsertion recherchée.

Avant chaque décision prononçant le maintien des soins en application des articles [L. 3212-4](#), [L. 3212-7](#), [L. 3213-1](#) et [L. 3213-4](#) ou définissant la forme de la prise en charge en application des articles [L. 3211-12-5](#), [L. 3212-4](#), [L. 3213-1](#) et [L. 3213-3](#), la personne faisant l'objet de soins psychiatriques est, dans la mesure où son état le permet, informée de ce projet de décision et mise à même de faire valoir ses observations, par tout moyen et de manière appropriée à cet état.

En outre, toute personne faisant l'objet de soins psychiatriques en application des chapitres II et III du présent titre ou de l'article 706-135 du code de procédure pénale est informée :

a) Le plus rapidement possible et d'une manière appropriée à son état, de la décision d'admission et de chacune des décisions mentionnées au deuxième alinéa du présent article, ainsi que des raisons qui les motivent ;

b) Dès l'admission ou aussitôt que son état le permet et, par la suite, à sa demande et après chacune des décisions mentionnées au même deuxième alinéa, de sa situation juridique, de ses droits, des voies de recours qui lui sont ouvertes et des garanties qui lui sont offertes en application de l'article [L. 3211-12-1](#).

L'avis de cette personne sur les modalités des soins doit être recherché et pris en considération dans toute la mesure du possible.

En tout état de cause, elle dispose du droit :

1° De communiquer avec les autorités mentionnées à l'article [L. 3222-4](#) ;

2° De saisir la commission prévue à l'article [L. 3222-5](#) et, lorsqu'elle est hospitalisée, la commission mentionnée à l'article [L. 1112-3](#) ;

3° De prendre conseil d'un médecin ou d'un avocat de son choix ;

4° De porter à la connaissance du Contrôleur général des lieux de privation de liberté des faits ou situations susceptibles de relever de sa compétence ;

5° D'émettre ou de recevoir des courriers ;

6° De consulter le règlement intérieur de l'établissement et de recevoir les explications qui s'y rapportent ;

7° D'exercer son droit de vote ;

8° De se livrer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.

Ces droits, à l'exception de ceux mentionnés aux 5°, 7° et 8°, peuvent être exercés à leur demande par les parents ou les personnes susceptibles d'agir dans l'intérêt du malade.

-oOo-