

# La psychiatrie : domaine d'exception au principe de consentement des personnes ?

## Delphine Moreau,

sociologue, enseignante-chercheuse à l'École des hautes études en santé publique (EHESP), laboratoire Arènes (UMR 6051).

La loi française du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé reconnaît explicitement la nécessité du consentement aux soins du patient (un principe déjà reconnu dans des déclarations et des décisions de justice antérieures), ainsi que son droit de refuser des soins. La psychiatrie continue de faire exception puisque des dispositions autorisant des soins sous contrainte pour des troubles psychiques persistent, reconduites par la loi du 5 juillet 2011, selon trois modalités : les soins sans consentement sur décision du représentant de l'État (SDRE), sur décision de la direction de l'établissement à la demande d'un tiers (SDT), et, en cas de danger immédiat pour la santé de la personne et en l'absence de tiers demandeur, les soins dits en péril imminent (SPI)<sup>1</sup>. Ces soins sont initiés par une hospitalisation de minimum 72 heures, et ils peuvent être poursuivis soit dans le cadre d'une hospitalisation ainsi prolongée, soit par un programme de soins, lequel peut se dérouler en ambulatoire [1].

## Soins sans consentement

Le nombre de personnes prises en charge dans le cadre de ces soins contraints tend à augmenter (+ 3 % de personnes hospitalisées sans leur consentement en 2021 par rapport à 2013, en dépit d'une légère inflexion

en 2020 dans le contexte du début de l'épidémie de Covid), notamment en lien avec ces mesures facilitées que sont les soins en péril imminent (SPI) et avec la prolongation des mesures en programme de soins ambulatoires, atteignant 95 500 personnes soignées en soins sans consentement en 2021 [2]. Les hommes représentent 60 % des personnes suivies au moins une fois en soins sans consentement, plus de 80 % des personnes en soins sur décision du représentant de l'État (SDRE), alors qu'ils ne représentent que 46 % des personnes suivies exclusivement en soins libres. Les personnes avec des faibles revenus sont surreprésentées : ainsi « *les personnes hospitalisées à temps plein sans leur consentement sont près de deux fois plus fréquemment bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) que les personnes hospitalisées librement à temps plein en psychiatrie* [2] ».

L'incapacité à consentir liée aux troubles psychiques reste au cœur de ce régime d'exception au principe du consentement, même si les mesures de soins sous contrainte exigent d'autres conditions, comme le fait que l'état de la personne doit nécessiter des soins immédiats et une surveillance soignante constante ou régulière en milieu hospitalier pour les SDT et les SPI. Les troubles psychiques sont en effet jugés susceptibles d'affecter la capacité de la personne à décider pour elle-même, et plus précisément d'altérer différentes capacités mobilisées dans la décision ou des attentes sociales qui y sont associées : la capacité à appréhender la réalité et notamment son propre état, à apprécier les conséquences

## L'ESSENTIEL

La loi reconnaît que le patient ne peut être soigné sans son consentement, et qu'il peut refuser des soins. La psychiatrie fait exception : des soins peuvent être imposés sous contrainte au patient, au motif de son incapacité à consentir, liée aux troubles psychiques. Toutefois depuis 2016, les différentes formes de contrainte et de restriction des libertés en psychiatrie font l'objet d'une vigilance renforcée des formes de contrainte intra-hospitalière que sont l'enfermement dans une chambre (isolement) ou l'usage de sangles (contention). Ce contrôle accru ne semble pas, à lui seul, suffire à diminuer le recours à la contrainte ni à assurer le respect des droits des personnes. La persistance de formes de disqualifications et d'une stigmatisation contribuent à des formes de tolérance envers un traitement différencié des personnes avec un trouble psychique. L'on constate cependant un nouvel accent mis sur l'importance de tenir compte de ce que les personnes peuvent exprimer pour elles, tant sur le plan du respect de leurs droits fondamentaux, que dans la perspective de trouver un mieux-être et une vie qui a du sens.

de ses actes, à maintenir une décision dans le temps, et à donner une cohérence – du moins identifiable par d'autres – à ses actions.

## Une reconnaissance des droits

Pour autant, cette altération n'est pas nécessairement inhérente aux troubles ni permanente dans le temps. Le droit des personnes à pouvoir participer à la définition de leur soin et de leur accompagnement fait l'objet d'une reconnaissance accrue, tant au niveau national qu'au niveau international. La Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) [3] de l'Organisation des Nations unies (ONU) – adoptée en 2006, ratifiée par la France en 2010 – exige ainsi la pleine reconnaissance de la capacité juridique des personnes (art. 12) et établit qu'un handicap ne peut justifier une privation de liberté (art. 14). Cette convention ne se réfère pas à une définition administrative du handicap, mais elle s'attache à préciser les droits des personnes concernées par des restrictions de participation sociale à l'interface de leurs caractéristiques personnelles, dont leur état de santé, et de l'environnement social dans lequel elles évoluent. Les différentes formes de contrainte et de restriction des libertés en psychiatrie font de plus l'objet d'une vigilance renforcée avec l'encadrement par la loi, depuis 2016, des formes de contrainte intra-hospitalière que sont l'enfermement dans une chambre (isolement) ou l'usage de sangles (contention), suite à plusieurs décisions du Conseil constitutionnel, et l'instauration d'un contrôle par le juge des libertés et de la détention en 2022, comme cela existe pour les soins sans consentement depuis la loi de 2011. Ce contrôle accru ne semble pas, à lui seul, suffire à diminuer le recours à la contrainte ni à assurer le respect des droits des personnes – comme l'indiquent la persistance de chiffres élevés de recours à ces mesures et les différents rapports du Contrôleur général des lieux de privation de liberté. La persistance de formes de disqualifications et celle d'une stigmatisation contribuent à des formes de tolérance envers un traitement différencié des personnes avec un trouble psychique. L'on constate cependant un nouvel accent mis sur l'importance de tenir compte de ce que les personnes peuvent exprimer pour elles, tant sur le plan du respect de leurs

droits fondamentaux, que dans la perspective de trouver un mieux-être et une vie qui a du sens.

## Reconnaître les personnes comme sujets de leur vie

Le paradigme du rétablissement, qui se diffuse depuis une dizaine d'années en France, contribue à revivifier l'enjeu de la reconnaissance des personnes comme sujets de leur vie et citoyennes à part entière, de leur légitimité à se déterminer malgré ou avec leurs troubles<sup>2</sup> [4]. Issu de mobilisations de patients et ex-patients de la psychiatrie en Amérique du Nord, ce paradigme s'est ensuite diffusé auprès des professionnels de la santé mentale cherchant à réformer leurs pratiques – même si certains usages peuvent en affaiblir la dimension critique [5]. Cette reconnaissance y apparaît cruciale pour reconstruire de nouveaux équilibres face à la maladie, mais aussi pour désamorcer les effets potentiellement aliénants d'un traitement social différencié et disqualifiant. Cette perspective s'inscrit dans une conception de l'autonomie qui n'est pas auto-détermination d'un individu rationnel isolé des autres, mais qui est rendue possible, pour tout un chacun, par les étayages créés dans des solidarités avec d'autres et qui n'est pas contradictoire avec la présence de vulnérabilités. Différents outils ont été développés pour constituer les supports de cette forme d'autonomie, comme les directives anticipées [6] ou les plans de crise conjoints [7], qui peuvent constituer les supports d'une réflexion partagée avec l'entourage et les professionnels, et permettre l'expression d'une volonté nourrie des expériences passées et anticipant sur de potentiels moments de vulnérabilité future. Par-delà la question du consentement à une proposition de soin ou d'accompagnement, cela invite à penser la place de la personne dans la construction de ce qu'elle souhaite dans une temporalité. ■

1. Pour en savoir plus : Service-Public.fr: Soins pour troubles psychiatriques. <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F761>

2. Selon Shery Mead et Mary Ellen Copeland : « L'objectif ultime de l'expérience de rétablissement n'est pas nécessairement de retrouver la santé en termes de rémission de symptômes. Il s'agit plutôt pour

une personne de parvenir à l'utilisation optimale de ses ressources personnelles et environnementales afin d'atteindre un état de bien-être et d'équilibre dans les conditions de vie qu'elle-même aura choisies. »

## Pour en savoir plus

Dossier : Du consentement. *Pratiques en santé mentale*, 2021, n° 4. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-4.htm>

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Moreau D., Marques A. Programmes de soins : quand la contrainte se déploie hors des murs de l'hôpital. *L'Information psychiatrique*, 15 avril 2020, vol. 96, n° 3 : p. 177-184. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2020-3-page-177.htm>

[2] Coldefy M., Gandré C., Rallo S. Les soins sans consentement et les pratiques privatives de liberté en psychiatrie : un objectif de réduction qui reste à atteindre. *Questions d'économie de la santé*, juin 2022, vol. 6, n° 269 : 8 p. En ligne : <https://www.irdes.fr/recherche/2022/qes-269-les-soins-sans-consentement-et-les-pratiques-privatives-de-liberte-en-psychiatrie.html>

[3] Organisation des Nations unies. *Convention relative aux droits des personnes handicapées (CDPH) et protocole facultatif*. ONU, 2006 : 38 p. En ligne : <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-f.pdf>

[4] Mead S., Copeland M. E. What recovery means to us: consumers' perspectives. *Community Mental Health Journal*, 2000, vol. 36, n° 3 : p. 315-328. En ligne : <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10933247/>

[5] Linder A. De la contestation à la collaboration : tensions et luttes de pouvoir entre usagers et professionnels de la psychiatrie. Le cas du rétablissement en santé mentale. *Sociologie*, 2022, vol. 13, n° 1 : p. 43-61. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-sociologie-2022-1-page-43.htm>

[6] Tinland A., Loubière S., Mougeot F., Jouet E., Pontier M., Baumstarck K. et al. Effect of psychiatric advance directives facilitated by peer workers on compulsory admission among people with mental illness: a randomized clinical trial. *JAMA Psychiatry*, 6 juin 2022, vol. 79, n° 8 : 752-759. En ligne : <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/2793222>

[7] Condemine M., Canceil O. « Mon GPS » : anticiper pour mieux consentir. *Pratiques en santé mentale*, 2021, n° 4 : p. 83-92. En ligne : <https://www.cairn.info/revue-pratique-en-sante-mentale-2021-4-page-83.htm>