

La recherche du consentement : finalité du programme de soins ambulatoires ?

BOURELLE JM^{1,2,*}, ZIELINSKI A^{1,3}, CLAUDOT F^{1,4}

1 : EA 7299 ETHOS, Faculté de Médecine, Université de Lorraine.

2 : Cadre-formateur, ISP, I.F.S.I., Centre Psychothérapeutique de Nancy, Laxou.

3 : Professeur agrégé de philosophie, Service de Médecine Légale, Faculté de Médecine, Université de Lorraine.

4 : MCU-PH, Directeur de l'axe de recherche, Service de médecine légale et droit de la santé, Faculté de médecine, Université de Lorraine

Pour joindre l'auteur : jeanmichel.bourelle@cpn-laxou.com

Mots clés : Loi du 5 juillet 2011¹ - Psychiatrie - Programme de Soins – Soins ambulatoires - Ethique – Consentement – Vulnérabilité – Autonomie - Alliance thérapeutique

Résumé: L'histoire de la psychiatrie et l'évolution de la société française ont conduit le législateur à instituer les soins psychiatriques ambulatoires sans consentement. Cette étude, basée sur une revue de littérature, a identifié 4 constats forts : la responsabilité collective à protéger les patients vulnérables ; le soin sans consentement à ne pas considérer comme une finalité ; la relation de soin essentielle au traitement des troubles psychiques ; l'aspect contenant et protecteur d'un cadre thérapeutique. Le programme de soins ambulatoires mérite d'être suivi dans la durée et devrait viser l'objectif initial du soin psychique : la recherche du consentement comme facteur d'alliance thérapeutique.

The research of consent : aim of the outpatient cares programme?

Keywords : Law of July 5th, 2011 – Psychiatry - Cares programme – Outpatient care – Ethics – Consent – Vulnerability - Autonomy – Therapeutic Alliance

Abstract : The history of psychiatry and the evolution of the french society have led the law maker to institute psychiatric outpatient cares without consent. This study, based on a literature review, has identified four main observations : collective responsibility to protect the vulnerable patients ; care without consent not to be considered as an aim ; care relationship essential to the treatment of mental troubles ; protective and containing aspect of therapeutic frame. The outpatient cares programme deserves to be followed on a long term basis and should aim for the initial objective of mental care : the research of consent as a factor of therapeutic alliance.

INTRODUCTION :

«Selon le professeur Frédéric Rouillon², un adulte sur trois souffrira dans sa vie de maladie mentale (...). Deuxième élément important, le placement sous contrainte a connu une forte augmentation ces dernières années. Ainsi, s'agissant des placements à la demande d'un tiers, on est passé de 43 957 placements en 2006 à 63 345 admissions en 2011 (...)» [1].

Parallèlement à ces statistiques pour le moins éloquentes, une histoire singulière : sans étonnement de la part de l'équipe soignante, Mr S. est hospitalisé une énième fois sous contrainte (en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers) pour une recrudescence délirante et hallucinatoire. Le déni des troubles, à l'origine de ruptures thérapeutiques fréquentes, oriente en partie sa vie et ses comportements. Il prend son traitement de manière chaotique mais participe régulièrement à une activité de médiation au sein du Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel. Mr S. ne se sent pas malade. C'est lorsqu'il dérange, par du tapage nocturne, les habitants de son immeuble que l'alerte est donnée... Il est comme ça, Mr S., sans traitement antipsychotique, l'immeuble trinque à coup de cris et de rythme techno... L'histoire se répète, agace sans qu'aucune violence n'ait ponctué le parcours de vie de Mr S.... Après un temps d'hospitalisation ayant permis d'apaiser Mr S., celui-ci exprime le désir de rentrer chez lui. A l'occasion d'un entretien médical, et sur décision de l'équipe pluridisciplinaire, un programme de soins ambulatoires lui est prescrit, afin de garantir la prise d'un traitement médicamenteux. Mr S. exprime sa surprise quant à cette nouvelle contrainte mais si elle permet la sortie rapide d'hospitalisation, alors...

Passant d'une logique d'hospitalisation à celle de soins psychiatriques hors et en les murs de l'hôpital, la Loi du 5 juillet 2011 instaure un nouveau paradigme avec la possibilité de prescrire un programme de soins ambulatoires à l'issue d'une période minimale d'hospitalisation sous contrainte de 72h. Ce type de

¹ Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge

² Psychiatre, Service Hospitalo-universitaire Clinique des Maladies Mentales et de l'Encéphale, Centre hospitalier Sainte Anne

démarche thérapeutique impose une continuité des soins, cela sans le consentement du patient mais après avis de celui-ci : un moyen de solliciter au moins sa participation à défaut de son autonomie au sens plein du terme ? «*Désormais, les patients peuvent être contraints de suivre des soins, non plus seulement dans les murs de l'établissement, mais aussi chez eux ou dans leur environnement familial, au sein même de la cité*» [2].

Peut-on contraindre, peut-on contenir la folie jusque dans les interstices de la vie privée des personnes souffrant de troubles psychiques ? Jusqu'où considérer la protection d'une personne vulnérable ? La contrainte en soins ambulatoires porte-t-elle atteinte aux libertés individuelles ? Un programme de soins ambulatoires met-il en place une dépendance à un protocole de soins ou vise-t-il à terme l'autonomie du patient ?

Ainsi posées, ces questions mettent à jour la complexité des soins psychiatriques, et leurs implications éthiques, politiques, juridiques et sociales. Obérer le débat reviendrait à condenser un enjeu majeur en terme de Santé Mentale : le consentement donné aux soins psychiques et l'un de ses corollaires : l'alliance thérapeutique. L'histoire de la psychiatrie peut-elle nous éclairer à ce sujet ?

Le soin sans consentement à l'épreuve de l'histoire

En France, en amont de la Loi du 5 juillet 2011, deux lois phares ont présidé à la mise en œuvre des modalités de l'hospitalisation sans consentement. La Loi du 30 juin 1838 dite «Loi Esquirol» organise l'hospitalisation sous contrainte dans un souci protectionniste et hospitalo-centriste. Pour autant, considérée comme avant-gardiste, elle apparaît comme la concrétisation «*d'une longue évolution qui avait permis pour la première fois d'élever le fou à la dignité de malade*» [3].

Il a fallu patienter près d'un siècle et demi pour parachever l'avènement de la loi du 27 juin 1990³. S'appuyant sur les évolutions sociétales et psychiatriques, elle reprend deux schèmes initiés par la Loi de 1838 : hospitalisation à la demande d'un tiers et hospitalisation d'office à la demande du préfet. Innovation, cependant : elle inscrit l'hospitalisation libre - donc avec consentement - comme principe «prima facie». Elle propose, pour tout patient, la possibilité de choisir son médecin malgré l'organisation des soins basée sur un secteur géographique. Elle autorise des sorties d'essai «sous le joug de la contrainte» : prémisses d'une «obligation de soins» dont maintes dérives ont été constatées - avec en premier lieu leur durée excessive sans motivation clinique.

Tout en conservant un caractère paternaliste - au sens de la protection de la vulnérabilité des personnes sans validation de leur consentement -, la Loi du 27 juin 1990 porte en elle l'objectif, certes perfectible, de renforcer les droits des patients, d'ouvrir le monde psychiatrique à une primauté du consentement aux soins et à une prérogative de réinsertion sociale : «*l'hôpital guérit parfois, prend soin souvent, et réinsère le malade dans la communauté*» [4]. A noter la position adoptée par le Conseil constitutionnel, saisi par le Conseil d'Etat, soulignant l'inconstitutionnalité des dispositions de l'article L3212-7 du code de la Santé Publique relatif aux hospitalisations à la demande d'un tiers⁴ au motif que «*nul ne peut être arbitrairement détenu. L'autorisation judiciaire, gardienne de la liberté individuelle, assure le respect de ce principe dans les conditions prévues par loi*»⁵. Il laisse au législateur le soin et l'obligation de modifier la loi du 27 juin 1990 avant le 1^{er} août 2011 pour mise en conformité constitutionnelle et conventionnelle.

La psychiatrie, une discipline à visée intégrative

Parallèlement à l'évolution juridique des modalités d'hospitalisation sous contrainte, la psychiatrie a été traversée - pour ne pas dire transpercée - par des courants psychothérapeutiques, philosophiques et politiques. Controverses et contradictions ont émaillé le nécessaire débat sur la privation de liberté, la dignité accordée aux patients souffrant de troubles psychiques et leur autonomie au sein de la Cité. De ce militantisme convaincu est née une psychiatrie «à la française»⁶, le plus souvent orientée vers le développement d'une discipline à visée sociale, intégrative et citoyenne, assumée par les équipes soignantes.

Des structures de soins innovantes ont fleuri au sein même de la Cité, enrichies par l'apport de la psychanalyse - compréhension des troubles psychiques et de l'inconscient -, de l'antipsychiatrie -

³ Loi n° 90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation

⁴ Conseil constitutionnel, décision n° 2010-235 QPC (Question Prioritaire de Constitutionnalité) du 26 novembre 2010.

⁵ Constitution française, article 66, 4 octobre 1958

⁶ Rapport Demay. Une voie française pour une psychiatrie différente, Ministère de la Santé, juillet 1982.

désaliénation asilaire et soins «*hors l'asile*»⁷ -, de l'humanisme - approche centrée sur la personne -, de la psychothérapie institutionnelle - dimension communautaire du soin -, de la systémie - développement de la thérapie familiale -, de la réhabilitation psychosociale - mise en évidence des habiletés et compétences de l'individu -, du cognitivo-comportementalisme - thérapies brèves et approche neurobiologique -, des progrès conséquents en pharmacologie - antipsychotiques, thymorégulateurs.

La fermeture de lits hospitaliers, tout autant consécutive à la réussite d'une politique de désaliénation qu'aux politiques de financement hospitalier, a conduit gestionnaires et soignants à considérer l'hospitalisation comme lieu de résolution de la crise. Les associations de patients et des familles ont milité pour le droit à la reconnaissance citoyenne, les droits des patients et l'autonomie - au sens d'une forme d'indépendance vis-à-vis de l'institution psychiatrique : «*la manifestation d'une profonde aspiration de reconnaissance et d'une revendication de patients qui rappellent aux professionnels la responsabilité morale et sociale qui est la leur lorsqu'il s'agit pour eux de soigner, au risque de priver de liberté et peut être de priver d'une intimité*» [5].

Suite à cela, la notion du dehors - dedans (c'est-à-dire hors et dans les murs de l'hôpital) a pris une dimension nouvelle. Elle tend, malgré la tentative constante de déstigmatisation des maladies mentales de la part des professionnels et des associations, à exporter l'exclusion et l'isolement social de l'institution psychiatrique vers la Cité. Les patients vivent, parfois livrés à eux-mêmes, dans la jungle sociale avec toutes leurs fragilités et leurs impasses.

Une législation en phase avec le contexte sociétal

S'est alors posée la question de l'intérêt à proposer des soins psychiques - parfois imposés - à des patients vivant à leur domicile. Dès 1997 puis en 2001, les rapports Strohl et Piel-Roelandt⁸ envisagent cette solution, relayés en cela par les associations de familles de patients souffrant de troubles psychiques. Quelques faits divers, repris avec une vision sécuritaire du traitement de la folie, ont amené les représentants de la Nation, dans le cadre de la Loi du 5 juillet 2011, à entériner la notion de programme de soins ambulatoires sans consentement, malgré une réticence - voire résistance ? - marquée de la part de nombreux professionnels et d'associations de patients. «*N'étant plus limité aux murs de l'hôpital, le système asilaire pourra s'inviter jusque dans l'intimité des personnes* » [6].

Saisi d'une Question Prioritaire de Constitutionnalité par une association de patients - le CRPA⁹ -, le Conseil Constitutionnel¹⁰ ne remet pas en cause le principe de soins ambulatoires sans consentement mais insiste sur le fait que «*la loi ne permet pas de prendre des mesures coercitives et qu'il est donc impossible d'imposer des soins sans consentement*» [7] sauf à réhospitaliser, contre son gré, la personne dans les meilleurs délais. A ce jour, l'obligation de soins ambulatoires existe sans la contrainte ! Le conseil Constitutionnel, conscient de ce paradoxe, laisse au législateur un délai de 18 mois pour modifier la Loi - échéance au 1^{er} octobre 2013.

Ainsi, la notion juridique de soins sans consentement évolue, au gré de la transformation de la société et de l'institution psychiatrique, avec en filigrane un adage souvent partagé par les soignants : «*La folie est une pathologie de la liberté... Le but de la psychiatrie, c'est la désaliénation*»¹¹. Partant de ce postulat, il semble que la question du consentement ou de l'absence de consentement se trouve au cœur du soin psychiatrique.

Soigner autrui contre son gré, une injonction paradoxale ?

Si le principe du respect du consentement éclairé est au cœur de la relation de soins depuis la promulgation de la Loi Kouchner¹², qu'en est-il de la notion de consentement ou de l'absence de consentement en psychiatrie ?

Comme nous avons pu le voir, l'absence de discernement, pour raison de troubles mentaux avérés, et ses conséquences éventuelles sur la vie d'une personne et (ou) de la société civile, a présidé à l'organisation des modalités de soins sous contrainte. Toutefois, la question de l'incapacité à consentir demeure un

⁷ Terme emprunté à Roger Gentis, psychiatre

⁸ Rapport du groupe national d'évaluation de la Loi du 27 juin 1990, septembre 1997. Rapport de mission ministériel, De la psychiatrie vers la Santé Mentale, juillet 2001

⁹ Cercle de Réflexion et de Proposition d'Actions sur la psychiatrie

¹⁰ Conseil constitutionnel, décision n° 2012-235 QPC (Question Prioritaire de Constitutionnalité) du 20 avril 2012

¹¹ Phrase empruntée à Henry Ey, psychiatre

¹² Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

problème complexe, sujet à caution au niveau éthique, compte tenu des dérives possibles sur le plan du respect des libertés individuelles : *«l'individu n'est libre que dès l'instant où il est en mesure de s'opposer à une décision extérieure. De ce droit au refus va découler celui de consentir»* [8].

Le paradoxe, parfois inhérent aux soins psychiques, réside dans le fait qu'une hospitalisation non consentie par un patient ne présage pas de soins consentis, sur le moment et dans le futur. L'aspect contenant et protecteur d'une hospitalisation sous contrainte n'augurerait pas une perte définitive de la capacité à consentir, notamment dans le cadre d'un suivi ambulatoire. Pour autant, l'hypocrisie collective consisterait à nier l'existence, parfois temporaire, d'une impossibilité à consentir à des soins nécessaires et proportionnés à la situation. La réflexion éthique, portée par le monde psychiatrique depuis trente ans, nous invite à réinterroger constamment ce qui peut apparaître comme une injonction paradoxale : soigner autrui contre son gré [6]. *«La psychiatrie fait figure d'exception : si, par principe, le consentement du patient est nécessaire pour le soigner, le législateur organise, pour la maladie mentale, des hypothèses de traitement forcé»* [9]. Ainsi, selon le niveau d'acceptation des soins par la personne souffrant de troubles psychiques, la société orchestre une forme de protection en jugulant l'absence de consentement par des soins psychiatriques imposés ; soulignant, par là, la nécessité de prendre en compte le déficit de perception de sa propre vulnérabilité.

La protection de la vulnérabilité, entre paternalisme et sollicitude ?

«La condition de l'homme est marquée, de la naissance à la vieillesse, par la vulnérabilité» [10]. Cependant, pourrait-elle, par voie de conséquence, justifier n'importe quel acte de soin ? Il convient toutefois de distinguer ici, la vulnérabilité «ontologique» inhérente à la condition humaine, et celle que nous pourrions nommer vulnérabilité «occasionnelle» ou «accidentelle» : les carences affectives, les angoisses de perte et d'abandon, le défaut de résilience face à des événements traumatiques, la crise suicidaire, les troubles psychiatriques chroniques... En ce sens, la vulnérabilité affecterait, parfois sur le long terme, la vie psychique du sujet.

De plus, La vulnérabilité, telle qu'exprimée dans le rapport Belmont¹³, nous invite à considérer l'homme comme porteur, à certains moments de sa vie, de fragilités amenuisant ses capacités personnelles. *«Par vulnérabilité on entend l'incapacité marquée à protéger ses intérêts propres comme l'inaptitude à donner un consentement éclairé, l'inexistence d'autres moyens d'obtenir des soins médicaux»* [11].

Dans ces circonstances, comment ne pas développer une attitude paternaliste en voulant protéger la personne ? La mise en danger de soi et (ou) des autres, la souffrance psychique en lien avec l'altération des capacités de discernement, renvoient au «tiers» témoin - soignant, aidant, citoyen - une forme de responsabilité vis-à-vis de l'être en difficulté : une manière *«de veiller sur la vie des hommes et par conséquent forme essentielle de responsabilité pour l'autre, le soin se révèle dès lors comme une éthique»* [12]. Renier toute notion de paternalisme au nom d'une idéologie libertaire prendrait une expression d'abandon. Le *«visage d'autrui tel qu'il se présente»* [13] engage notre inconditionnelle responsabilité à rechercher une réponse proportionnée à la souffrance de l'autre.

Un programme de soins sans consentement, établi par un soignant, souligne « l'impérieuse nécessité » de protéger la personne souffrant de troubles psychiques. Peut-on alors considérer ce programme comme une étape ou comme une fin en soi ? *«La normativité du regard et de la parole de celui qui pense le soin modèle sa capacité d'accompagnement et influe sur les chances qu'a le patient de reconquérir sa liberté»* [4]. Celle-ci faisant référence à l'autonomie de chacun, la reconnaissance des capacités, des compétences, des habiletés, ouvrirait-elle la voie à une approche des soins centrée sur la singularité de la personne ? Cette voie rejoindrait alors le concept de sollicitude : *«considérer l'homme souffrant comme un homme capable, lui permettre de se considérer lui-même non seulement comme souffrant - mais aussi comme (encore) capable – même dans la perte ou la diminution»* [13].

Le discernement comme marqueur de l'autonomie ?

L'un des marqueurs indéniables de l'autonomie est la capacité de consentir aux soins. Sous réserve d'une information adaptée à la situation, cette capacité permet à la personne de s'autodéterminer - un choix libre et éclairé -, de donner du sens à son acceptation. *«L'autonomie est appréhendée comme indépendance vis à vis des autres et se fonde sur la Déclaration de l'homme et du citoyen, en droit public (liberté physique et*

¹³ Rapport Belmont : National commission for the protection of human subjects of biomedical and behavioral research, United States of America, department of health and human services, 1979.

conscience) et sur la notion de capacité (en droit privé)» [10].

Le manque de discernement souvent constaté dans les troubles psychiques dénote-t-il une absence d'autonomie ou une altération de celle-ci ? «*Les possibilités de discernement d'une personne malade sont susceptibles de degrés et de variations dans le temps*» [9]. Le discernement est-il psychodynamique ? Le programme de soins sans consentement, s'il entame dans un premier temps la liberté individuelle de chaque individu, ne constitue-t-il pas la pierre angulaire de l'autonomie à recouvrer et de l'alliance thérapeutique à construire ?

De par son intentionnalité et son caractère contraignant, quelle que soit la qualité de l'information donnée par le soignant, le programme de soins porte en lui la tendance à renforcer l'asymétrie de la relation de soin. L'absence d'une temporalité déterminée - dans sa durée et son contrôle -, son aspect protocolaire pourraient-ils compromettre l'objectif d'accompagner un retour vers l'autonomie ? [14].

Entre reconnaissance de vulnérabilité et respect de l'autonomie : la recherche du juste milieu ?

Ainsi, est-on condamné à l'aporie : «*un problème qu'on ne peut pas résoudre, pour lequel il n'existe aucune solution satisfaisante ?*» [15]. Ou au truisme : «*la folie se traite à l'hôpital psychiatrique*» ce qui ne semble guère plus satisfaisant ? **Dans le cadre des soins psychiatriques ambulatoires, quelle alternative durable et ajustée peut-on proposer entre la nécessité du consentement et la nécessité de la protection ?**

Faut-il considérer, comme argument de la contrainte aux soins, l'aphorisme sociétal, «*une personne souffrant de troubles psychiques ne peut apporter son consentement libre et éclairé, tout juste son avis*» ?

En quoi l'alliance thérapeutique, définie comme «*la collaboration mutuelle, le partenariat entre le patient et le thérapeute dans le but d'accomplir les objectifs fixés*» [16] oscille-t-elle, en perpétuelle recherche d'équilibre, entre protection de la vulnérabilité et recherche d'autonomie ?

Dans le cadre des soins psychiatriques sans consentement - hors obligation de soins sur décision de justice et dangerosité psychiatrique -, l'objectif de notre étude vise à :

- **Explorer et analyser la littérature existante se rapportant au programme de soins ambulatoires.**
- **Identifier quelques pistes de réflexion quant aux modifications législatives à venir de la Loi du 5 juillet 2011.**

MATÉRIEL ET MÉTHODE

Le questionnement portant sur le programme de soins psychiatriques initié par la Loi du 5 juillet 2011 a conduit à privilégier une méthode de recherche qualitative basée sur une revue de littérature.

Celle-ci s'appuie sur l'identification des mots-clés suivants : Loi du 5 juillet 2011 - Programme de Soins - Psychiatrie – Ethique - Consentement – Vulnérabilité – Autonomie - Alliance thérapeutique.

Afin de concrétiser cette recherche, ont été utilisées :

1. Les bases de données à partir des ressources en ligne proposées par l'Université de Lorraine : Pubmed, cisMef, Cairn, BDSP¹⁴, CNRS¹⁵, psychINFO, EM¹⁶ consulte.
2. La base de données Ascodocpsy.

Les documents sélectionnés par un seul lecteur ont été principalement extraits de : Ascodocpsy, BDSP, cairn, Pubmed.

Cette première étape a inclus la sélection de documents récents - articles, thèses, ouvrages, textes législatifs très majoritairement datés des années 2011, 2012 et 2013. Ainsi, un corpus de 70 sources documentaires a été collecté.

En vue d'arbitrer la pertinence des ressources documentaires à disposition, le choix a été guidé par la méthodologie de synthèse suivante :

- 1^{er} temps : lecture individuelle des textes et visionnage pour la partie vidéo.
- 2^e temps : synthèse des textes à partir d'une grille établie au préalable : titre, sujet, datation, mots-

¹⁴ Banque de Données en Santé Publique, Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique Paris

¹⁵ Centre National de la Recherche Scientifique

¹⁶ Elsevier Masson®

clés, idées principales développées, résultats et conclusion tirés, commentaires éventuels.

Les textes et revues s'appuyant sur d'anciennes législations - la Loi du 27 juin 1990 par exemple - ont été exclus ainsi que ceux évoquant : le caractère informatif de la Loi du 5 juillet 2011, les notions d'obligation de soins sur décision de justice et la dangerosité psychiatrique ainsi que l'hospitalisation complète en psychiatrie sans lien direct la notion de programme de soins ambulatoires.

A l'issue de cette étape, 25 ressources documentaires ont été sélectionnées à partir de convergences identifiées lors du travail de synthèse et pour rester en conformité avec les exigences de recherche.

RESULTATS

En s'appuyant sur la revue de littérature, quatre constats forts ont été identifiés, portant essentiellement sur :

1. La responsabilité collective à protéger la vulnérabilité de personnes souffrant de troubles psychiques.
2. Le soin sans consentement à ne pas considérer comme une finalité thérapeutique.
3. La relation de soin essentielle au traitement des troubles psychiques.
4. L'aspect contenant et protecteur d'un cadre thérapeutique, y compris sans consentement.

1^{er} constat :

Le contenu des articles choisis n'envisage pas toujours directement la protection de la vulnérabilité en lien avec la Loi du 5 juillet 2011 et le programme de soins ambulatoires sans consentement. Cependant, force est de constater une congruence remarquable autour de **la responsabilité soignante et sociétale à protéger les personnes en situation de vulnérabilité pour cause de troubles psychiques**.

21 des 25 sources documentaires [1-15,17-23] évoquent cette forme de responsabilité dévolue, en premier lieu, à la société - par l'intermédiaire d'une protection juridique et sociale, d'une législation appropriée aux modalités de soins sans consentement ; en second lieu, aux soignants par la prise en compte de la souffrance psychique et de sa complexité résultant d'un manque de discernement, de fragilités intrinsèques ou encore de traumatismes extrinsèques. Cette responsabilité symbolique et réelle participe, en partie, au respect de la dignité des personnes [1-3,9-11,13,15,17-19,22].

Certains auteurs soulignent que les soins auprès de personnes souffrant de troubles psychiques doivent être dictés par l'intérêt de la personne et non par la protection de la société [6, 12, 14, 17,18]. Poursuivant leur argumentation, les notions de vulnérabilité, de fragilité seraient à apprécier dans une perspective casuistique, en s'appuyant sur une évaluation clinique et des intentions à tonalité humaniste.

2^e constat :

Le soin psychiatrique sans consentement - notamment dans le cadre du programme de soins ambulatoires - ne saurait être une finalité thérapeutique [1,3-9,11,14-17,19-23].

17 auteurs précisent que les soins sans consentement ne peuvent revêtir un caractère immuable. Malgré l'altération - ou l'abolition temporaire - du discernement rendant la capacité à consentir délicate, et l'absence d'adhésion aux soins proposés, la recherche de consentement aux soins apparaît comme une composante indéniable du soin psychique [5,6,8,9,14,17,20]. Concernant les soins ambulatoires, *« nous devons tenir compte du respect de l'éthique et des libertés individuelles et de leurs limites »* [3].

Sur le plan juridique européen, le soin sans consentement s'envisage sous l'angle de la *« proportionnalité »* [8] (au sens de *« strictement proportionnée à ce qui est nécessaire »* [7]). Un des auteurs insiste sur le principe de la *« restriction minimale »*¹⁷ : *« les personnes atteintes de troubles mentaux devraient avoir le droit d'être soignées dans l'environnement disponible le moins restrictif possible »* [11]. S'agissant directement des soins ambulatoires en psychiatrie, un auteur estime que *« les soins doivent être le moins contraignants possible »* [9].

La dimension du consentement est notamment appréciée sur le plan médical, par le fait qu'il est capital *« de réviser ce concept, non seulement sous l'éclairage de sa légalité juridique mais aussi sous celui de sa légitimité clinique »* [20]. Ainsi, le soin sans consentement ne semble pas une finalité en soi, en ce sens qu'il

¹⁷ Recommandation REC 2004/10 du Comité des Ministres aux Etats membres relative à la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, article 8

questionne, fait réfléchir : «*aucun professionnel de santé mentale n'est entièrement en faveur d'une culture du consentement ni exclusivement animé par la nécessité de la contrainte et de l'obligation de soin*» [5].

Si le soin sans consentement peut apparaître comme une phase de transition dans certaines situations cliniques, la relation de confiance propice au développement d'une alliance thérapeutique est recherchée, pour ne pas dire plébiscitée par quelques auteurs [4,6,7,14,16,17,21,23].

3^e constat :

Avec ou sans la mise en œuvre d'un programme de soins ambulatoires sans consentement, nombre d'auteurs insistent sur l'intérêt de la relation, quels que soient les troubles psychiques présentés par une personne. Sans éluder l'importance de traitements complémentaires, les auteurs expliquent que **la relation de soin est essentielle au traitement des troubles psychiques**, au sens où elle est «*au cœur du traitement*» [18]. Elle génère une dimension éthique du soin, propre à apporter «*hospitalité à la folie*» [6] et «*sensibilité émotionnelle aux soignants*» [18].

16 auteurs conceptualisent les propos en ce sens [3-7,12-14,16-18,20-22,24,25]. Que ce soit autour de l'information, du recueil du consentement, de l'écoute ou du travail psychothérapeutique, la relation de soin est considérée comme un atout majeur du soin psychique [4-6].

Ce qui crée la relation de soin, «*c'est l'écoute et la collaboration de l'autre*» [21], sans quoi les équipes soignantes ont peu de chance de susciter l'adhésion du patient à la démarche thérapeutique, surtout lorsque celle-ci s'est initiée sous la forme de soins sans consentement. [4-6,17,20,21].

S'appuyant sur la confiance et la réciprocité [12,13], elle est à même de favoriser la construction d'une alliance thérapeutique, un continuum inhérent à l'accompagnement et à l'intersubjectivité [16,18,24]. Cette approche humaniste de la prise en compte des troubles psychiques invite certains auteurs à entrevoir la relation de soin comme support du soin psychique [6,7,14,18] permettant «*aux sujets de se maintenir mutuellement dans l'estime de soi*» [13], une porte ouverte vers l'expression des capacités d'autonomie de tout un chacun [25].

4^e constat :

L'aspect contenant et protecteur d'un cadre thérapeutique - avec ou sans le consentement du patient - est souligné comme faisant potentiellement partie des modalités de soin en psychiatrie. Sans relever d'un consensus stricto sensu, les différents auteurs - au nombre de seize - vont dans ce sens lorsqu'il s'agit d'évoquer, à un moment donné, les soins auprès de personnes souffrant de troubles psychiques [1-3,5,6,9,11,14,15,17-23].

Certains aspects de la Loi du 5 juillet 2011 sont sujets à observations. Son caractère «*sécuritaire*» selon certains auteurs [6,17], stigmatisant les troubles psychiques sous l'angle de la dangerosité et de l'étrangeté, n'empêche pas les professionnels de reconnaître l'impasse du soin lorsque le patient ne peut consentir à des soins ajustés et proportionnés. En référence à la Loi, l'accompagnement soignant en dehors de toute hospitalisation peut être placé, au décours de la trajectoire de vie d'un patient, sous le sceau de la contrainte de soin. [1,2,3,5,19,21-23].

Les moyens proposés par la Loi du 5 juillet 2011, qu'ils soient thérapeutiques ou juridiques, ainsi que leurs aspects symboliques et contenant, entraînent des divergences d'appréciation sur les soins imposés : stigmatisation de la folie, visée aliénante des soins, régression des droits [5,6,14,17,23].

Toutefois, le cadre thérapeutique peut revêtir un caractère approprié lorsque les soins sont dictés par l'intérêt de la personne et non la stricte protection de la société [3,14,17,18]. En ces circonstances, un paradoxe est soulevé «*celui de l'intervenant qui se trouve bloqué entre l'aide et le contrôle*» [20].

ANALYSE, DISCUSSION

Avant d'envisager de discuter et de confronter les arguments des auteurs avec la problématique retenue, il convient de faire deux remarques quant à la démarche de recherche :

- Le choix et l'analyse des articles effectués par un seul lecteur.
- Peu de travaux sur le sujet d'étude conduits à ce jour.

Ces remarques méritent cependant d'être nuancées compte tenu de la spécificité de l'étude portant sur une législation récente : impact et manque de recul sur les conséquences du programme de soin sur les pratiques soignantes, références non retenues car décrivant et explicitant la Loi du 5 juillet 2011 sans lien

direct avec la thématique de recherche.

L'intense débat, entre professionnels de la psychiatrie notamment, a nécessité de laisser place aux différents acteurs du champ d'étude - psychiatres, juristes, sociologues, philosophes, médecins, associations, ... - lors de la sélection et le choix des articles. En effet, le contenu de la Loi du 5 juillet 2011 ne traite pas tant de la protection de la vulnérabilité que du respect des libertés individuelles et de «l'hospitalité»¹⁸ [5-7,17,23], dans une société libérale à tonalité paternaliste lorsqu'il s'agit de personnes souffrant de troubles psychiques.

Comme nous avons pu l'évoquer dans la partie précédente, les quatre constats extraits de la littérature, sous une apparente cohérence de présentation, masquent en fait la disparité, l'hétérogénéité des pratiques de soin en psychiatrie.

Du coup, les moyens législatifs et thérapeutiques pour parvenir à une forme de consensus au sein de la discipline n'apparaissent pas. Les propositions diffèrent, parfois radicalement. Concernant le programme de soins ambulatoires, les positions des uns et des autres oscillent entre un intérêt manifeste pour sa mise en œuvre pour cause de protection de la personne ou de la société [2,3,15] et la radicalité d'une abrogation et résistance assumées en raison d'une atteinte aux libertés individuelles [6,7,17].

Pour autant, ces controverses, soutenues par des débats militants et passionnés, demeurent autant de garanties potentielles à la protection des droits des personnes vulnérables et au respect des principes d'autonomisation.

Protection de la vulnérabilité : l'enjeu de la proportionnalité

La loi du 5 juillet 2011 a instauré la possibilité, pour un psychiatre, de prescrire un programme de soins ambulatoires. Si l'effet «précipitation» et «sécuritaire» de cette loi a profondément éveillé polémique voire résistance [6,7,23], force est de reconnaître que cette proposition ne date pas d'hier. Souvenons-nous des propositions des Rapports Strohl et Piel-Roelandt (1997 et 2001) soulignant la nécessité, compte tenu des évolutions de la psychiatrie, d'envisager la protection de la vulnérabilité psychique des patients vivant au sein de la communauté ; le soin ambulatoire sans consentement comme une des solutions à l'accompagnement et au suivi de patients souffrant de troubles psychiques, comme un cadre thérapeutique contenant et protecteur [3].

Cependant, s'arrêter strictement à la volonté de protéger la vulnérabilité des personnes souffrant de troubles psychiques en proposant des modalités de soins sous contrainte relèverait probablement d'une vision passiviste du soin. L'éclosion de nouvelles pratiques soignantes, orientées notamment vers le respect des droits du patient et la recherche de l'autonomie par le consentement, associe l'idée de normes nouvelles du soin psychique : les troubles psychiques nécessitent un espace protecteur et contenant où la préoccupation soignante reste de ne pas induire une relation de dépendance à l'institution [8] ; un paradigme emprunt tout à la fois d'opportunités riches de créativité soignante et d'obstacles en partie dus à l'hétérogénéité des pratiques et des positions dogmatiques [1,4,9,14,15,17,19].

Les soins sans consentement (hors obligation de soins sur décision de justice et dangerosité psychiatrique) n'ont de sens que portés par l'intérêt de la personne et de sa situation [3,18]. Ainsi, protection de la société et normes produites à l'instant «t», sous la pression d'événements dramatiques, ne peuvent faire oublier que les personnes souffrant de troubles psychiques sont plus souvent victimes qu'agresseurs [1].

Sur le plan médical, la protection de la vulnérabilité - par des soins sans consentement - des personnes souffrant de troubles psychiques ne peut s'appuyer que sur des faits cliniques en lien avec une situation forcément singulière [8]. Penser cette protection comme temporaire ou transitoire sonne alors comme une exigence éthique.

Sur le plan juridique, considérer le programme de soins sous l'angle de la «juste» proportionnalité apparaît comme une «borne» éthique relevant de la protection de la vulnérabilité et du respect potentiel de l'autonomie des personnes souffrant de troubles psychiques [9,11]. Les dérives passées concernant les sorties d'essai «ad vitam æternam» nous y incitent [2,3].

Sur le plan social et politique, veiller à ne pas stigmatiser une population déjà vulnérable de par la présence de la maladie relève d'un impératif éthique et collectif [6,15].

Ainsi, le programme de soins ambulatoires, par son aspect tout à la fois symbolique (contenant) et réel (contenu), ne peut à lui seul garantir protection de la vulnérabilité par des soins appropriés et respect de

¹⁸ Terme emprunté au « Collectif des 39 contre la nuit sécuritaire ».

l'autonomie par une privation de liberté encadrée par la Loi. Pour autant, le questionnement initial d'allure aporétique mérite encore un approfondissement.

Relation de soin et autonomie : la recherche du consentement

Naviguant entre truismes et aphorismes, les représentations individuelles et collectives considèrent souvent la souffrance psychique comme l'expression de bizarreries comportementales nécessitant des soins en milieu strictement hospitalier.

A l'encontre de ces symboles euphémiques, les soins psychiques ont investi la Cité, parfois avec grande(s) difficulté(s). A ce jour, des soins sur le lieu de vie d'une personne souffrant de troubles psychiques sont possibles. Leur aspect parfois contraignant, au travers du programme de soins, est probablement issu d'un compromis sociétal permettant l'acceptation de patients au cœur de la Cité. Ainsi, *«un programme de soins est établi par un psychiatre de l'établissement d'accueil. L'avis du patient est recueilli préalablement à la définition du programme de soins et avant toute modification de celui-ci, à l'occasion d'un entretien avec un psychiatre de l'établissement d'accueil. Le programme de soins définit les types de soins, les lieux de leur réalisation et leur périodicité»* [1].

Si l'avis du patient est expressément exigé, avec traçabilité dans le dossier de soin, le programme de soins ambulatoires ne règle pas la délicate question de la recherche du consentement dans les soins psychiques. Au-delà de son caractère protocolaire et descriptif de la prise en charge, il pourrait avoir comme objectif principal, non pas le soin en tant que tel - et son catalogue d'actions - mais d'abord la qualité de l'information à délivrer sur celui-ci ainsi que la *«recherche et l'accompagnement de la capacité à consentir»* [9]. Ainsi, *« Le soin en psychiatrie consiste à trouver le point où une relation non contrainte est possible»* [17].

Sortir de la notion stricte de prescription - au sens d'un paternalisme «unilatéral» -, penser le soin psychique comme privilégiant la capacité future à consentir, à s'inscrire dans une démarche de soin... **La discussion portant sur la recherche d'un consentement dans tous les actes de soin, certes parfois fragile et inconstante, tend à reconnaître l'Autre dans ses capacités à vivre avec - et malgré - sa maladie.** Alors, concilier vulnérabilité et autonomie ne s'apparente plus à une impasse paradoxale [18,23] mais plutôt au développement d'une alliance thérapeutique à venir par l'acceptation des potentialités décisionnelles de chaque patient.

Cette position intermédiaire, susceptible de faire évoluer les antagonismes, entre le tout sécuritaire et le tout libertaire, repose sur un principe éthique fondamental : l'aspect prioritaire et symbolique du travail sur le consentement malgré la présence de troubles psychiques [10]. *«L'importance de l'éthique du soin psychique en tant que processus relationnel, à la fois comme acte thérapeutique et intention de réinsertion. Vouloir soigner et vouloir le retour d'un consentement libre sont ici confondus en un même processus mutuel visant l'autonomie»* [14].

Le processus relationnel, la relation de soin, piliers essentiels de la *«confiance réciproque»* [18] ne peuvent se réduire à une information sur un programme de soins. Le soin ambulatoire sans consentement s'élabore, avec comme objectif de restaurer ou instaurer un dialogue avec le patient. L'asymétrie de la relation ne peut se cantonner à l'explication des soins contraints ou à l'avis demandé au patient.

La finalité des soins psychiques, par l'instauration d'une relation thérapeutique empreinte de confiance et de collaboration, implique le retour aux capacités à choisir, à décider [13] Même s'il faut du temps - au sens de l'inscription dans la durée et la patience -, afin que celui-ci ne soit pas préjudiciable au patient souffrant de troubles psychiques, *«une personne qui souffre de psychose est d'autant plus vivante qu'elle est confrontée à des choix. On ne soigne qu'un sujet. On répare un objet, on ne le soigne pas»* [17], ou encore *« je consens, donc je suis... »* [25].

Pour autant, l'émergence d'un tel engagement thérapeutique ne peut en occulter toute la complexité car le psychisme est à la fois support du consentement (avec parfois déni des troubles, manque de discernement, mise en danger de soi et d'autrui) et support du soin (étayage psychique, accompagnement soignant, développement de l'alliance thérapeutique) [14,20,21].

Programme de soin : transition, temporalité et alliance thérapeutique

Le déni des troubles, s'il demeure un obstacle dans les soins psychiques, n'est pas pour autant à envisager comme une fatalité [4,20]. Considérant le psychisme sous un angle dynamique et susceptible d'évolution malgré la maladie mentale, la mesure de contrainte - programme de soins ambulatoires - contribue, dans certaines circonstances cliniques, à la protection de la personne. Toutefois, **son aspect, pensé d'emblée**

comme transitoire dans l'esprit du soignant et du patient, tend à susciter un travail psychique portant non pas sur le strict respect des modalités de prise en charge mais aussi sur le développement de l'alliance thérapeutique. A contrario du programme de soin, *«l'alliance thérapeutique ne peut se prescrire»* [24].

Le programme de soins ambulatoires, négocié dès que possible, empreint d'un engagement réciproque, peut apparaître comme une étape thérapeutique, acceptant l'idée que le patient puisse éprouver, à un moment donné et en dehors de mesures contraintes, ses capacités d'autonomie et ses fragilités.

En prenant appui sur la relation de soin, cette étape ne peut alors s'imaginer sans un travail portant sur la capacité à consentir aux soins d'autant que *«Le programme de soin oblige le psychiatre à réfléchir sur la contrainte et sur sa pertinence»* [22]. Le substrat thérapeutique de la psychiatrie réside dans son intention : celle-ci *«est bien le vecteur d'un tel accompagnement vers l'autonomie du patient»* [14].

En conséquence, le respect de la souffrance psychique, la reconnaissance de la vulnérabilité et de l'autonomie par le soignant sont actes fondateurs de l'alliance thérapeutique. La relation de soin favorise l'intériorisation et la compréhension par le patient de sa propre vulnérabilité et de ses capacités existantes ou potentielles [12,13,16,18]. C'est bien au travers de cette approche centrée sur le patient qu'une alliance thérapeutique basée sur la *«relation de confiance»* [12] peut voir durablement le jour.

Ainsi élaboré, le programme de soin, contraignant dans un premier temps pour le patient, invite les équipes psychiatriques pluridisciplinaires à questionner sans cesse la clinique et le sens des symptômes dans une perspective visant à restaurer les capacités d'autonomie. Il doit faire partie d'un arsenal thérapeutique à manier avec parcimonie, avec une temporalité réfléchie : *«le maintien d'un patient dans des soins sans consentement impose une réflexion individualisée autour de chaque patient, pluridisciplinaire entre les soignants»* [19].

CONCLUSION

Le Conseil Constitutionnel souligne que *«l'obligation de soins a été conçue non pour briser par la force l'éventuel refus du malade de se soumettre à un protocole de soins mais pour passer outre son incapacité à y consentir»* [1]. Il a été proposé au législateur un délai - 1^{er} octobre 2013 - afin de mettre la Loi du 5 juillet 2011 en conformité constitutionnelle et conventionnelle. En ce sens, une proposition de Loi a été discutée et adoptée définitivement le 19 septembre 2013, en séance publique, par l'Assemblée Nationale et le Sénat, dans le cadre d'une procédure accélérée¹⁹. Concernant le principe d'un programme de soins ambulatoires sans consentement, la cause est entendue : il est conforté dans ses grandes lignes et ne plus fait l'objet de débats politiques passionnés. Il fait désormais partie des modalités d'accompagnement d'un patient souffrant de troubles psychiques.

Notre étude a montré que la légitimité du programme de soins ne réside pas tant dans son contenu que dans son objectif visant à solliciter *«la capacité à consentir»* [9] à des soins initialement contraints : un tremplin pour le développement de la confiance et de l'alliance thérapeutique. Malgré toutes les difficultés consécutives de la souffrance psychique, il s'agit de *«comprendre l'alliance thérapeutique comme une notion multidimensionnelle incluant les dimensions de collaboration, de mutualité et de négociation»* [16]. **Cette posture éthique, orientée vers la recherche du consentement apparaît comme une réponse proportionnée à la nécessité de protection de la vulnérabilité et au respect de l'autonomie auquel tout être humain aspire.** Cela passe par *«la reconnaissance du statut de citoyen au malade mental, dusse-t-il nécessiter, durant un temps, des soins sans consentement»* [21].

En parallèle, l'enjeu majeur est la capacité, pour les soignants, à se centrer sur l'approche clinique des situations de soin et la dimension thérapeutique de la relation de soin. C'est bien la compréhension des phénomènes psychopathologiques - et leur caractère psychodynamique, évolutif - qui guide nos pratiques soignantes et non une forme de protocolisation des soins. Dans ce contexte, soigner sans consentement mérite une réflexion pluridisciplinaire, éthique, au sens du partage de l'intersubjectivité [18] et d'une décision ajustée par delà la responsabilité de prescription du psychiatre.

Afin d'éviter les dérives constatées lors de la prescription des sorties d'essai - dans le cadre de la Loi du 27 juin 1990 -, **suggérer l'avis consultatif d'un collègue d'experts sur le programme de soins prescrit quand sa durée dépasse une année ne semble pas extravagant** pour toute situation ayant trait aux

¹⁹ Texte adopté n°212 et 215, visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011.

soins sous contrainte. De plus, nous savons toute la difficulté pour les personnes souffrant de troubles psychiques de faire valoir leurs droits et faire entendre parfois leurs voix - à titre d'exemple, la demande volontaire d'audition auprès du Juge des Libertés et de la Détention est peu courante. **La temporalité du programme de soin ne peut faire l'économie d'une réflexion collective** car «*d'autres problèmes se poseront pour les soins sans consentement en ambulatoire, citons ceux qui paraissent évidents : celui de leur durée, 1 mois, 1 an, 10 ans*» [3].

Pour ce faire, il convient de surmonter les croyances et représentations séculaires sur la maladie mentale. Le risque de stigmatisation et d'exclusion des personnes souffrant de troubles psychiques est grand. C'est pourquoi la psychiatrie entre dans le champ politique en ce sens qu'elle participe, de par sa fonction «régulatrice» et «intégrative», au débat sur le respect et la garantie des libertés individuelles ; sans pour autant nier l'aspect invalidant et contraignant de certains troubles psychiques. C'est ainsi que la psychiatrie a évolué, s'affranchissant parfois tant bien que mal des conséquences de l'internement au long cours.

Prendre en considération la souffrance et la capacité de l'Autre [13] est un acte fondateur du soin psychique sous réserve de se protéger de l'identification projective toujours à même de guider les pratiques lorsqu'il s'agit d'accompagner les personnes vulnérables.

Prendre en considération la singularité de la vie d'autrui, reposant sur un cadre thérapeutique contenant et temporaire, sans projeter sur autrui ses propres peurs, ses propres intentions, ses propres contraintes... Soutenir la vulnérabilité quand elle s'exprime et contribuer à l'émergence de l'autonomie dès qu'elle est rendue possible... Une posture éthique attendue ?

REMERCIEMENTS

Agata Zielinski pour son accompagnement lors de ce travail de recherche et ses conseils avertis.

Frédérique Claudot et Pierre Gillois pour leurs précieux apports méthodologiques.

L'ensemble de l'équipe du master 2 et les étudiants.

Fabienne Gilet et Françoise Pierron pour leur inlassable soutien à la recherche et leur efficacité professionnelle.

Nathalie Lemaire pour ses capacités d'échange et de discussion sur la question de l'éthique soignante.

REFERENCES

[1] Assemblée Nationale, Commission des affaires sociales. Rapport d'étape de la mission d'information sur la santé mentale et l'avenir de la psychiatrie, n°1085 ; <http://www.assemblee-nationale.fr/14/rap-info/i1085.asp>, consulté le 4 juin 2013 à 20h

[2] Guellec A. La réforme des soins psychiatriques sans consentement, Vers une amélioration de la prise en charge ?, Actualités Juri Santé juillet 2011 ; 74 : 18-20

[3] Vidon G. De l'internement psychiatrique aux soins sans consentement en ambulatoire, Psychiatrie française 2012 ; 175-189

[4] Grenouilloux A. Ethique et normes en psychiatrie et santé mentale, l'information psychiatrique juin 2011 ; 87 : 479-86

[5] Coffin JC. Consentement : un petit détour par l'histoire, Santé Mentale octobre 2011 ; 161 : 32-37

[6] Bellahsen M, Brunessaux V, Klopp S. Is it really possible to be treated without consent, Soins Psychiatrie juillet/août 2012; 28 : 18-21

[7] Devers G. Le soin sans consentement n'existe pas, n'a jamais existé et n'existera jamais !, Santé Mentale mai 2012 ; 168 : 6-7

[8] Péchillon E. Place de la jurisprudence dans la gestion et l'évolution de la législation relative aux soins sous contrainte, Annales Médico-Psychologiques 2012 ; 170 : 706-710

[9] Theron S. De quelques remarques sur une évolution attendue de la prise en charge de la maladie mentale : l'instauration de soins ambulatoires sans consentement, Droit Sanitaire et Social 2010 ; 1088-1101

[10] Mislawski R. Dignité, autonomie, vulnérabilité : approche juridique. In : Ethique Médecine et Société, comprendre, réfléchir, décider. Hirsch E, espace éthique, Vuibert novembre 2007 ; 176-186

- [11] Jonas C. Le certificat circonstancié du 5 juillet 2011 : pourquoi ? Comment ?, Annales Médico-Psychologiques 2012 ; 170 : 699-702
- [12] Svandra P. Relier vulnérabilité et autonomie ; <http://svandra.over-blog.com/article-31707175.html>, consulté le 5 janvier 2013 à 22h
- [13] Zielinski A. La vulnérabilité dans la relation de soin, fonds commun d'humanité, Cahiers philosophiques février 2011 ; 125 : 89-106
- [14] Berthon G. Le paradoxe du respect du consentement dans les soins sous contrainte : entre norme juridique et éthique psychiatrique, L'information Psychiatrique juin 2011 ; 87 : 459-65
- [15] Strohl H. Le soin contraint ne peut remplacer l'offre adaptée de soin, l'information psychiatrique juin 2006 ; 85 : 499-507
- [16] Bioy A, Bachelart M. L'alliance thérapeutique : historique, recherches et perspectives cliniques, Perspectives Psy avril 2010 ; 49 : 317-26
- [17] Friard D. On ne soigne qu'un sujet, Santé Mentale octobre 2011 ; 161 : 44-48
- [18] Bloch S, Green S. An ethical framework for psychiatry, British Journal of Psychiatry 2006 ; 188 : 7 – 12
- [19] Alamowitch N, Vacheron MN, Navion C. The interest of multi-disciplinary collaborative work, Soins Psychiatrie juillet/août 2012 ; 281 : 22-25
- [20] Layet L, Rosello L. Place de la contrainte dans les soins en psychiatrie, revue française de psychiatrie et de psychologie médicale février 2008 ; tome XII, 108 : 11-15
- [21] Mazodier M. The ethical questions raised by the law of July 5th, 2011, Soins Psychiatrie juillet/août 2012 ; 281 : 36-37
- [22] Cambier G. La Loi du 5 juillet 2011 relative aux soins sans consentement en psychiatrie, Regards croisés d'acteurs de proximité sur un nouveau dispositif, Faculté de Médecine de Grenoble février 2013 ; http://dumas.ccsd.cnrs.fr/docs/00/78/95/87/PDF/2013GRE15005_cambier_gentiane_1_D_.pdf, consulté le 27 février 2013 à 18h
- [23] Fédération Nationale des Associations d'Usagers en Psychiatrie. L'esprit d'une Loi, Droit Déontologie et Soins 2011 ; 11 : 440-48
- [24] De Roten Y. L'alliance thérapeutique est-elle la clé du changement ?. In : L'alliance thérapeutique : fondements et mise en œuvre. Collot Edouard, psychothérapies, Dunod 2011 ; 3-15
- [25] Marzano M. Je consens donc je suis, Ethique de l'autonomie, Presses Universitaires de France août 2006 : 15-47

TEXTES LEGISLATIFS

- Loi n°2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ; http://www.legifrance.gouv.fr/jopdf/common/jo_pdf.jsp?numJO=0&dateJO=20110706&numTexte=1&pageDebut=11705&pageFin=11718#, consulté le 3 janvier 2013 à 9h
- Conseil constitutionnel. Décision n° 2012-235 QPC du 20 avril 2012 ; <http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/les-decisions/acces-par-date/decisions-depuis-1959/2012/2012-235-qpc/decision-n-2012-235-qpc-du-20-avril-2012.105519.html>, consulté le 3 janvier 2013 à 9h30
- Conseil constitutionnel. Décision n° 2010-235 QPC du 26 novembre 2010 ; <http://www.conseil-constitutionnel.fr/decision/2010/2010-71-qpc/decision-n-2010-71-qpc-du-26-novembre-2010.50790.html>, consulté le 2 mai 2013 à 9h
- Proposition de Loi n°1223 du 3 juillet 2013 relative aux soins sans consentement en psychiatrie ; <http://www.assemblee-nationale.fr/14/propositions/pion1223.asp>, consulté le 9 juillet 2013 à 19h
- Texte adopté n°202, proposition de loi visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge ; <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0202.asp>, consulté le 26 juillet 2013 à 13h
- Texte adopté n°212, proposition de loi visant à modifier certaines dispositions issues de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, <http://www.assemblee-nationale.fr/14/ta/ta0212.asp>, consulté le 26 septembre 2013 à 17h