

# Éthique et traitements en psychiatrie

**La psychiatrie: une discipline relativement stable**

**D'une vision cloisonnée à une approche pluri-factorielle des troubles mentaux**

***Respect de l'autonomie: fondement de l'éthique médicale***

**Les limites d'intervention de la psychiatrie**

**Légitimité de l'utilisation des psychotropes**

**Psycho et chimiothérapie: évaluation et codification**

**Psychiatrie et secret professionnel**

**Entre respect de l'autonomie et soucis de la protection: le consentement aux soins**

**Le cas des situations d'urgence**

**La question des thérapeutiques éprouvées**

**Psychothérapie, chimiothérapie et transformation du sujet**

**Information et capacité à consentir**

**La question du refus de soin Continuité des soins, limites et instrumentalisation**

**Vivre la prise de risque dans le respect de la dignité du malade**

**Les avancées de la psychiatrie de liaison**

**Seuil de soin et seuil de l'offre**

**Chimiothérapie et pensée: un lien irréversible?**

**Il n'y a pas un corps et un esprit, mais une unité psychosomatique**

## **La psychiatrie: une discipline relativement stable**

### **Pr Patrick Hardy**

Il est difficile de vouloir traiter de l'ensemble des questions auxquelles s'affronte la psychiatrie, depuis pratiquement son origine, en matière de traitements. Je ne sais pas si la psychiatrie, en tant que discipline médicale, est bien connue de tous dans ce qu'elle revêt aujourd'hui par rapport à ce que l'on a pu savoir autrefois. Sur un certain plan, en comparaison avec d'autres disciplines dans lesquelles des progrès fulgurants se sont réalisés, la psychiatrie peut apparaître relativement stable, fonctionnant encore sur un mode relativement classique. On pourrait citer quelques exemples, notamment du point de vue des références diagnostiques. En dehors du fait que l'on a pu identifier lors de ces 10 ou 20 dernières années quelques troubles apparemment nouveaux (les troubles boulimiques sont reconnus et étudiés depuis peu de temps, c'est le cas également de certains troubles de la personnalité, comme les troubles limites de la personnalité); qu'il y a eu des avancées dans les méthodes diagnostiques, notamment celles destinées à la recherche (certains parmi vous ont sans doute entendu parler des fameux VSN 3, VSN 4, qui ont apporté des progrès en matière diagnostique en l'étayant sur des critères de diagnostiques); on peut dire que peu de progrès ont été accomplis sur le plan diagnostique, et la plupart des grandes catégories d'aujourd'hui, que ce soit la schizophrénie, la maladie maniaco-dépressive, les troubles anxio-névrotiques, les troubles de la personnalité avaient déjà été identifiés au début du siècle.

Ce qui peut apparaître comme une relative stagnation, contrairement là aussi à d'autres disciplines médicales et en l'absence de critères étiologiques qui nous permettraient peut-être de mieux identifier certains troubles sur le plan des classifications, vient sans doute du fait qu'aujourd'hui encore les pathologies mentales restent définies, diagnostiquées sur un plan exclusivement clinique: c'est l'entretien, l'examen qui permet d'aboutir à un diagnostic.

Peu de progrès également du côté thérapeutique. Certes, nous disposons d'une palette d'instruments thérapeutiques assez différenciés, multiples, mais qui, pour la plupart, ont été élaborés, mis au point il y a déjà un certain temps. Sur le plan de la psychothérapie, par exemple, la psychanalyse date du début de ce siècle. Avec les années 40 apparaissent les électrochocs, et il y a aujourd'hui l'électrothérapie. Enfin, c'est dans les années 50 que sont mis au point les premiers anti-dépresseurs, et un peu plus tard, dans les années 60 – 70, que sont proposées des molécules comme les tranquillisants ou encore le Lithium.

Si depuis ces années-là, de nombreux progrès ont été accomplis dans l'amélioration de ces thérapeutiques – nous avons des molécules nouvelles, mieux tolérées – aucune révolution nouvelle, aucune découverte fondamentale n'a été effectuée en matière de psychiatrie.

Les aspects nouveaux, que l'on sent depuis un peu plus d'une dizaine d'années, tiennent au regard que l'on peut désormais avoir et que les plus jeunes générations manifestent. La discipline psychiatrique, en matière de recherche notamment, peut faire ainsi valoir des avancées dans de nombreux domaines. Il faut rappeler qu'aujourd'hui encore, et depuis l'origine, la compréhension des troubles mentaux n'est pas univoque, et fait appel à la prise en compte de facteurs qui se situent aussi bien dans les champs social, psychosocial,

psychologique que biologique. Il est vrai que pendant longtemps, jusqu'à la moitié peut-être du siècle dernier, ces différents champs étaient restés relativement cloisonnés, ce qui pouvait aboutir d'ailleurs à des divisions, voir même des déchirements entre conceptions différentes. On peut avoir le sentiment, quand nous parlons avec nos collègues les plus jeunes, et depuis un certain temps déjà, que ces désaccords se sont largement atténués au profit d'une conception plutôt pluri-factorielle des troubles mentaux, autorisant dans la pratique l'utilisation de toute une palette de références et de traitements, qu'il s'agisse de la psychanalyse, la biologie, en passant par les thérapies comportementales et d'autres encore.

### **D'une vision cloisonnée à une approche pluri-factorielle des troubles mentaux**

C'est dans ce cadre-là, et d'une manière qui ne peut pas être exhaustive, que je souhaiterais introduire le sujet. J'ai entendu des réactions à l'instant, quand je parlais d'électrochocs. On pourrait en discuter, mais c'est pour moi un sujet qui ne pose pas de problème éthique majeur, j'aurais du mal à imaginer des problématiques autour de cela. Je n'aborderai pas non plus les traitements du passé qui ont fait beaucoup parler d'eux, je pense par exemple à la lobotomie. Je me risquerai simplement à dire que les techniques psycho-chirurgicales sont tout à fait exceptionnelles et restent pratiquées, dans certains pays, avec une certaine légitimité.

Je voudrais plutôt rediscuter ce qui, depuis que je participe aux débats d'éthique, me semble être un concept central, le concept d'autonomie tel qu'il peut être appliqué à la pratique psychiatrique. Plus le temps passe plus j'ai une position relativement critique vis-à-vis de ce que ce concept d'autonomie du sujet peut véhiculer comme position un peu idéaliste. Je dirai donc quelques mots sur les limites d'intervention de la psychiatrie dans le champ social, les limites des troubles face auxquels elle peut intervenir.

Mon troisième point concernera davantage la question de la légitimité de l'utilisation des agents modificateurs du psychisme. Tout cela, par rapport à ce que peut nous renvoyer la société de manière très régulière à travers la question de la drogue psychiatrique, suspecte à priori de modifier l'individu, suspecte d'être utilisée de manière abusive, alors même que les indications sont parfois très légitimes.

### **Respect de l'autonomie: fondement de l'éthique médicale**

Ce respect renvoie parfois, de manière quasi équivalente, à la valeur supérieure qu'est l'unité de la personne. Cette valorisation de l'autonomie et du libre-arbitre du sujet me semble avoir présidé à la constitution d'une relation médecin/malade idéale, dans laquelle le patient, parfaitement informé de sa situation et des possibilités de la médecine, serait parfaitement à même de décider de sa thérapeutique - ou de consentir aux propositions du médecin. Dans ce type de relation, vous noterez que le patient devient quasiment responsable du choix, bien que le médecin demeure responsable légalement. Cette relation est censée supplanter un mode de relation plus archaïque que l'on nomme paternalisme autoritaire.

Il me semble qu'en psychiatrie, comme dans d'autres disciplines, d'autres zones d'exercice, ce modèle relationnel paraît souvent inadapté, en tout cas dans sa forme la plus pure, la plus idéalisée. Il faut rappeler que le champ psychiatrique a souvent été délimité, identifié par des psychiatres aujourd'hui classiques, comme le champ des pathologies de la liberté. J'emploie ces termes à dessein car le fait que la plupart de nos patients soient caractérisés par une réduction de leur liberté de choix à cause de leur pathologie est un des éléments fondamentaux du trouble mental. On en rencontre cependant ailleurs qu'en psychiatrie: c'est le cas du patient addictif, alcoolique ou toxicomane, qui a perdu la liberté de s'abstenir. Celui du patient délirant – on aurait dit autrefois l'aliéné, et je crois que ce terme qui a perdu en usage est tout de même riche en signification – subissant les injonctions de ses hallucinations qui régissent, sinon tous ses comportements, du moins certains d'entre eux, et parfois les plus graves. Du patient déprimé, pathologie hautement fréquente, quelle que soit l'intensité de la dépression d'ailleurs, rentrant dans un mode de pensée rigide, soumis, se référant à des schémas aussi négatifs que lourds et modifiant sa perception de lui-même, sa perception du monde, et donc ses comportements.

Dans bien des cas donc, l'adoption par le psychiatre d'une attitude qui serait neutre, qui laisserait, après information, le patient seul et libre de ses choix, serait à mon avis laisser à la maladie toute son emprise sur le sujet. Au-delà de l'information qu'il peut donner à son patient, et dès lors qu'il est convaincu de la nécessité d'un traitement, le psychiatre se doit d'engager toute sa force de persuasion pour entraîner son adhésion à son projet. Cette attitude - et après tout, cela ne me gênerait pas qu'on la qualifie de paternalisme engagé - est monnaie courante, en pratique hospitalière notamment. C'est le cas par exemple lorsqu'il s'agit de faire accepter des électrochocs à un patient mélancolique convaincu de l'inutilité de toute thérapeutique. Je crois qu'il faut un engagement fort pour arriver à le déterminer à entreprendre ces soins.

Ce nécessaire engagement médical trouve sa forme extrême dans les décisions d'hospitalisation sous contrainte, considérées d'ailleurs, sous l'angle médical, du point de vue positif du secours pouvant ainsi être apporté à autrui, plutôt que sous l'angle de la privation de liberté, correspondant plutôt à l'angle de vision des juristes, mais parfois aussi du public. Si ces deux facettes sont importantes c'est, bien entendu, celle du soin qui prévaut dans la décision.

Pour conclure sur ce chapitre, nous pourrions nous référer à la récente proposition du Comité consultatif national d'éthique qui suggère que dans des situations de perte de compétence, puisse être désigné par le patient une sorte de référent qui lui servirait d'auxiliaire. Il pourrait ainsi cautionner des choix et aider à la décision. Une telle proposition peut être utile dans certaines situations, et c'est sans doute ce que nous faisons dans la pratique quotidienne quand nous cherchons auprès de l'entourage. Ces personnes proches sont susceptibles de nous appuyer. Pour reprendre l'exemple des électrochocs, il va de soi, dans une décision, que l'on s'engage auprès du patient, et toujours avec cette sorte de caution de l'entourage proche, qu'il s'agisse du conjoint ou d'un parent. Mais il me semble que cette proposition ne saurait se substituer à toutes les situations dans lesquelles les médecins usent, et, je l'espère, sans en abuser, d'une capacité, d'un engagement et d'une force de persuasion pour conduire le patient vers des soins.

## Les limites d'intervention de la psychiatrie

Un deuxième point qui soulève également beaucoup de questions concerne les limites d'intervention de la psychiatrie. D'une part ce que l'on pourrait appeler la psychiatrie préventive, et la question de la limite d'intervention de la psychiatrie dans les zones frontalières entre le champ social et le champ psychiatrique. Quelle est la légitimité médicale de traiter quelqu'un qui n'est pas encore malade selon les critères reconnus, mais qui risque de le devenir? Cette question se pose à la psychiatrie, en particulier à travers un certain nombre d'études cliniques, épidémiologiques, montrant qu'en deçà des formes constituées des maladies mentales, on peut identifier un certain nombre de sujets présentant quelques-uns des symptômes caractéristiques des troubles, mais en intensité insuffisante pour porter un diagnostic. C'est ce que l'on appelle les troubles sub-syndromiques. Les sujets ne sont donc pas vraiment malades, mais pas non plus tout à fait sains puisqu'ils présentent quelques symptômes. Qu'est-il possible de faire, ou de ne pas faire, pour ces sujets? La question a été enrichie d'un certain nombre de recherches qui ont montré que ces sujets-là, en général, étaient à risque pour le développement ultérieur de la forme constituée de la maladie. Ils souffraient en outre d'un certain degré de handicap, soit sous forme de la qualité de vie, soit sur le plan de l'adaptation sociale, qui n'avait certes pas la sévérité des troubles constitués, mais qui représentait un handicap supérieur à celui de la population moyenne. Fallait-il laisser ces patients tels que, les surveiller ou bien les traiter? Certains auteurs ont fait le projet d'un traitement préventif.

Nous étions récemment à un symposium où un auteur australien faisait état de travaux portant sur de jeunes sujets qui présentaient des symptômes de schizophrénie. Cet auteur a montré qu'en prescrivant un traitement neuroleptique approprié à un groupe défini, à partir d'un suivi de l'ordre de plusieurs mois (6 mois à un an), le nombre de sujets entrant dans la schizophrénie était moins élevé que pour un groupe ne recevant pas de traitement.

Il y avait une certaine ambivalence par rapport à cela. Elle tenait, en partie en tout cas, au type de perspective que l'on adopte. La majorité des psychiatres admettent que quelqu'un qui ne présente pas tous les critères d'une maladie, ou les indices de souffrance suffisants, mais faisant une demande d'aide, de soulagement, peut faire l'objet d'un traitement (un psychiatre peut évaluer si l'aide qu'il apporte, notamment pharmacologique, soulage la plainte ou les troubles). Cette attitude peut être tout à fait légitime. Mais il m'a semblé que l'inquiétude de mes collègues à l'égard de l'expérience que je viens de relater tenait à une autre perspective, une perspective de santé publique, et qui aurait peut-être conduit à des normes, en tout cas à des invitations à traiter tout individu présentant tel ou tel critère.

Cela pose la question des limites, et sans doute de l'extension actuelle du champ de la thérapeutique en psychiatrie. Les troubles psychiatriques du début du siècle étaient pour l'essentiel, tels qu'ils ont été décrits, des troubles sévères, graves. Aujourd'hui le psychiatre est conduit à intervenir sur des formes beaucoup plus rudimentaires, plus atténuées de psychiatrie.

Prenons l'exemple de la prise en charge des troubles psychiatriques dans la population des exclus comme limite du champ social et de la psychiatrie. À travers la mise en place exemplaire du Samu social, tout un accompagnement psychiatrique peut se faire, à travers lequel le psychiatre est chargé en quelque sorte de soulager la souffrance. Certains font néanmoins valoir qu'il y a un décalage important entre les attentes de l'action du psychiatre, et l'analyse de la situation de ces personnes qui donne à penser que c'est à un défaut social, un manque d'organisation de la société, que ces troubles sont imputables. Et l'on se trouve dans une

position un peu ambivalente consistant à se demander s'il convient d'accorder un secours psychiatrique, qui risque d'ailleurs d'être extrêmement limité si le statut social de ces personnes n'est pas vérifié, ou s'il ne serait pas préférable d'engager des actions politiques.

C'est très caricatural, et en pratique les choses ne se posent pas ainsi car les intervenants apportent malgré tout une contribution humaine, mais la question se pose de manière aiguë, en particulier au niveau des missions confiées à la discipline psychiatrique, et sans doute en voie d'extension. On demande de plus en plus à la médecine d'intervenir dans des champs très différents: son champ classique, les troubles mentaux, mais aussi dans d'autres champs, dont celui de l'aide aux sujets en situation de précarité par exemple.

Ce problème des limites entre champ social et champ de la psychiatrie peut se poser également au niveau de la prise en charge des effets psychiatriques liés à l'augmentation des contraintes sociales, ou peut-être même, à la réduction de la tolérance sociale. Les psychiatres qui travaillent en entreprise connaissent par exemple les effets psychologiques des trois huit.

Pour ce qui est de la tolérance sociale, aux Etats-Unis, par exemple, les prescriptions médicamenteuses sont plus larges que dans certains pays européens, notamment dans le domaine de la pédopsychiatrie. La Vitaline qui est une amphétamine ayant comme indication certains comportements, certains syndromes d'hyperactivité comportementale de l'enfant, est très largement prescrite dans ce pays. Cette constatation ne donne pas la réponse à la question: pourquoi une telle différence? On peut très bien admettre, même si je n'ai pas de données qui le confirmeraient, que dans ce domaine comme dans d'autres les Etats-Unis sont peut-être en avance, qu'ils arrivent à mieux dépister et à mieux prendre en charge ces enfants-là. (Il est vrai qu'il y a des hypothèses alternatives qui tiendraient au fait que le modèle social, aux Etats-Unis, se traduirait par une plus grande intolérance, que ce soit une intolérance familiale ou scolaire face au désordre du comportement de l'enfant). Sur un plan de santé publique, sur un plan général de population peut-être plus que sur un plan individuel, peuvent donc être posées un certain nombre de questions.

### **Légitimité de l'utilisation des psychotropes**

La représentation sociale des médicaments et des drogues psychotropes pose la question de la légitimité de l'utilisation de substances modificatrices du psychisme. Historiquement, il y a une ambivalence culturelle très ancienne concernant l'utilisation par l'homme de produits psychotropes. Avant même l'aire du médicament, elle a porté sur tous les types de psychotropes, l'alcool, les différentes drogues, en même temps chargés, un peu comme le pharmacien, de vertus particulières: l'alcool étant source de convivialité, de bonheur, mais en même temps source de conflits.

Cette ambivalence, sa suspicion, continue à être véhiculée dans la représentation des psychotropes. À travers les images utilisées pour décrire ces produits, ils peuvent être considérés comme créant une camisole chimique. Certains antidépresseurs, l'un d'entre eux notamment, sont appelés «la pilule du bonheur», appellation qui ne décrit en rien les effets que les professionnels peuvent constater. Plus récemment, autour des années soixante-dix, les Benzodiazépines, les tranquillisants et les somnifères, ont été considérés, à travers les médias, comme de nouvelles drogues. L'idée générale qui a sans doute contribué à ce discours soutient que tout produit, fut-il un médicament qui agit sur l'esprit, sur le cerveau, est potentiellement source de méfait, voire même d'aliénation. On voit très bien nos patients traduire cela à l'égard de produits provoquant des risques de

dépendance. Ils expriment leurs craintes qu'en commençant des antidépresseurs - ou quoi que ce soit - ils en deviennent dépendants. On voit même cet effet assez stigmatisant resurgir dans certains rapports très sérieux. Il y a quelques années de cela, un rapport sur la consommation et la prescription des médicaments en France a presque exclusivement mis l'accent sur le fait qu'il existait sans doute dans notre pays une surprescription de psychotropes. Certes un certain nombre de sujets reçoivent des psychotropes alors même que l'indication n'est pas évidente. Ce rapport a privilégié cette approche-là, mais a traité de manière plus atténuée, voire plus négligeable un autre aspect de la question: il y a un grand nombre de personnes en France, qu'elles soient déprimées ou schizophrènes, qui ne sont pas reconnues, pas diagnostiquées et pas traitées. Or leur nombre est sans doute aussi important.

Cette question mériterait, mais le temps fera peut-être son œuvre, une correction, qu'il puisse y avoir un usage plus raisonné de la représentation des psychotropes.

Je conclurai à propos de ce lien qui semble être fait avec le psychotrope source d'aliénation, source de dépendance, en disant qu'au fond ce reproche est davantage fait aux médicaments qu'il n'est fait aux psychothérapies. La psychanalyse, notamment, n'a jamais connu d'images négatives de cet ordre-là, peut-être au contraire des thérapies comportementales considérées, à une certaine époque, comme l'application à l'homme de techniques d'apprentissage que l'on avait observé chez l'animal, et donc relativement déshumanisante. Toute une discussion peut, là aussi, être engagée, notamment sur le fait que nous sommes très proche, quand on voit la manière dont sont portées les indications de thérapie comportementale et la façon dont elles se développent, de ce modèle idéal d'un individu autonome, informé, etc. Car les thérapeutes qui prennent en charge de tels patients sur le plan comportemental et cognitif arrivent, à travers un échange dialectique avec le patient, à identifier ce que l'on peut appeler des symptômes cibles: ce sur quoi la thérapeutique devra porter. Je ne crois pas qu'en psychiatrie traditionnelle nous soyons conduit à autant expliciter que dans ce type de traitement ses modalités, comment cela marche, etc. Ces explicitations ont simplement comme raison d'être le fait que cela participe du traitement: le patient reprend à son compte les stratégies thérapeutiques que lui propose le thérapeute. C'est une thérapie généralement d'assez courte durée (sur un an). Nous sommes vraiment là en présence d'un processus dans lequel le patient est traité comme une personne autonome, ou en tout cas en cours d'autonomisation.

La psychanalyse, sous cet angle-là en tout cas, a été soumise à un moindre regard critique. Elle a été traditionnellement reconnue comme un espace de liberté pour le sujet, dans lequel il est censé construire lui-même son changement, sa transformation, en présence d'un analyste supposé être neutre et bienveillant, même s'il peut intervenir au travers d'une interprétation.

L'expérience montre que cela est sans doute vrai très souvent, mais pas toujours. La situation de dépendance, vis-à-vis d'un modèle de thérapeutique, de patients qui trouvent dans ce mode de psychothérapie une sorte de support, d'étayage et de soutien, un mode de relation, d'interdépendance se traduisant finalement par peu ou pas de changement chez eux, leur sert en quelque sorte de support indéfini, et renvoie à la question des psychanalyses interminables. Cela pose le problème éthique des indications de psychanalyse telles que les psychanalystes peuvent les porter.

## **Psycho et chimiothérapie: évaluation et codification**

### **Pr Thérèse Lemperière**

La psychothérapie a été, à travers les médias en tout cas, infiniment moins controversée que les psychotropes. À l'heure actuelle, il y a au moins 200 variétés recensées de psychothérapies. Disons qu'une dizaine ont pignon sur rue dans le monde psychiatrique. Dans le domaine des chimiothérapies, il y a eu depuis une dizaine d'années de nets progrès dans la codification des cures et l'évaluation des résultats à court et long terme. Il y a eu des conférences de consensus donnant des directives pour le traitement des schizophrènes, la dépression chez l'enfant, les traitements de substitution chez les toxicomanes, etc.

Dans le domaine des psychothérapies, les évaluations sont plus complexes. Dans ce registre il y a les psychothérapies psycho-dynamiques, dont l'exemple type est la psychanalyse, mais également quantité de variantes théoriques et techniques: ce sont souvent des traitements qui demandent une cure assez longue, et où le changement est relativement difficile à apprécier car il s'agit davantage d'un changement dans le fonctionnement psychique que d'une modification des symptômes. Il y a eu des tentatives d'évaluation des psychothérapies psycho-dynamiques, mais dans l'ensemble on ne peut pas dire que ces évaluations soient satisfaisantes, ni qu'elles aient montré d'une façon solide leur pertinence. Ce qui se dégage, c'est plus la valeur du thérapeute, quelle que soit la technique, que la technique elle-même. Le résultat dépend beaucoup de la qualité du thérapeute, de son empathie, de sa motivation, de sa perspicacité à saisir l'inconscient.

Il y a aussi le registre des thérapies cognitivo-comportementales. Elles sont beaucoup plus faciles à évaluer car elles s'adressent à des symptômes, à des comportements. Il y a, au départ, une ligne de base: le malade a tel et tel symptôme, dans telle et telle circonstance. Après 15 ou 20 séances, on peut mesurer le changement. Nous avons là un système évaluatif qui ressemble beaucoup à ce que nous avons en médecine générale. Dans un certain nombre de pathologies phobiques ou obsessionnelles, des troubles du comportement sexuel ou alimentaire, ces thérapies ont fait la preuve de leur efficacité. Ce qui n'empêche que pour un certain nombre de malades, des thérapies psycho-dynamiques plus longues, plus coûteuses, faisant davantage appel à l'introspection, peuvent être plus utiles et apporter des changements en profondeur plus définitifs.

Mais que demandent les malades? Certains vous disent: je ne peux pas prendre le métro car j'ai des angoisses, je ne peux pas aller dans un grand magasin, pouvez-vous me débarrasser de mes symptômes? On peut leur proposer des thérapies comportementales qui s'adressent aux symptômes. D'autres malades, au contraire, veulent comprendre pourquoi ils sont angoissés ou déprimés et sont demandeurs d'une thérapie plus en profondeur.

Sur un plan éthique, il faut offrir un certain choix au malade et tenir compte de sa demande. Il est sûr qu'il y a eu, qu'il y a encore parfois, des impérialismes, c'est-à-dire des services où il y a une orientation exclusive. Nous avons connu, disons jusqu'aux années 80, l'impérialisme psychanalytique. À l'époque, dans les commissions de l'INSERM du CNRS, par exemple, un projet faisant référence au comportementalisme était balayé avant toute discussion. Les choses ont bien changé, mais il y a des services dans lesquels, inversement, la tendance est tout comportementalisme. Ajoutons que pour beaucoup de malades, il y a au cours de leur existence des moments où une thérapie comportementale peut être indiquée et d'autres moments où une psychothérapie psycho-dynamique est à envisager.

## Psychiatrie et secret professionnel

Il y a un autre aspect, qui déborde un peu celui des traitements mais lui est intimement lié, celui du secret professionnel. La psychiatrie est l'un des domaines où, au niveau du soin, on implique énormément l'entourage, le généraliste, la famille, et le problème du secret partagé est très difficile à maîtriser: jusqu'ou faut-il aller? Que faut-il dire? Je voudrais donner quelques exemples, car cela fait partie de la dynamique des soins. Il y a un certain nombre de malades que l'on ne voit qu'une fois de temps en temps, puis qui sont ensuite suivis par quelqu'un d'autre qu'il faut mettre au courant. Il y a donc le secret avec la famille, avec le conjoint, etc. Il m'est arrivé de regretter d'avoir trop dit à des conjoints sur la pathologie de leur époux. S'agissant par exemple de patients déprimés, quelques années après le traitement, il a pu y avoir conflit de couple, puis procédure de divorce. Le malade vous appelle alors et vous dit «ma femme m'a dit que vous lui aviez expliqué que j'avais beaucoup de chance de récidiver». Or nous sommes bien obligés d'impliquer la famille dans les traitements, voire de les informer des signes de récurrence, pour un maniaque ou un alcoolique par exemple, de façon à ce qu'ils soient vigilants pour que les traitements soient aussi précoces que possible, et il est difficile de savoir quelles seront les retombées. Le malade peut, par exemple, vous reprocher de ne pas vous être simplement mis en contact avec son généraliste. Oui, mais pour lui transmettre quoi? S'il s'agit de dire que le malade a été déprimé et qu'on lui a prescrit des antidépresseurs, cela ne pose pas de problèmes particuliers, mais si l'on doit rentrer dans le détail, c'est tout à fait différent car le regard du médecin sur son malade va alors changer.

Les généralistes croient savoir beaucoup de choses de leurs patients, et ils savent effectivement beaucoup, mais il y a un certain nombre d'informations que les malades ne leur donnent pas, qu'il s'agisse de leur vie intime, des particularités de leur vie sexuelle, de leurs antécédents familiaux, qu'ils nous ont dites ou que nous connaissons. De même pour les particularités du fonctionnement psychique: avons-nous besoin de dire au généraliste que son patient a un fonctionnement pervers, ou qu'il est très paranoïaque? Tout cela est difficile à juger car on ne sait jamais ce que le généraliste fera de l'information, en particulier vis-à-vis de la famille du malade. C'est parfois lui qui, brutalement, dira aux parents, «votre fille est schizophrène et vous savez, la schizophrénie, il n'y a rien à faire...»

Il y a donc une dimension de prudence à ne pas négliger, même si les choses se modifient sûrement (nous n'avons plus, par exemple, les mêmes réticences à donner aux malades leur diagnostic, même quand il s'agit d'une maladie grave). Pour la maladie d'Alzheimer, alors qu'autrefois nous aurions eu tendance à reculer l'annonce du diagnostic, les gériatres qui s'occupent de ces patients pensent désormais qu'il vaut mieux transmettre un diagnostic relativement précoce aux familles, voire au patient, afin qu'ils règlent, eux aussi, leur fin de vie dans toutes ses dimensions, affectives, hôtelières, financières tant qu'ils sont encore dans une certaine possession de leurs moyens.

Pour la schizophrénie, que l'on considère comme la maladie la plus grave, la tendance actuelle est d'informer le malade sur son diagnostic, mais, comme dans toutes les pathologies graves, ce n'est pas une information que l'on donne à la légère. Il faut d'abord en être certain, ce qui demande du temps, puis préparer ensuite le malade, saisir le moment opportun.

Cela dit, nous sommes obligés de tenir compte de l'information générale: quand on donne aux malades des neuroleptiques, s'ils lisent la notice qui l'accompagne, ils voient «psychoses, schizophrénie», et un certain nombre d'entre eux nous dit, «mais docteur, si vous me donnez cela, c'est que je suis schizophrène». Il est donc certain que l'information générale change la façon de faire.

## **Entre respect de l'autonomie et soucis de la protection: le consentement aux soins**

**Dr François Petitjean**

Il y a un positionnement éthique initial qu'il est important de rappeler, celui du psychiatre clinicien. Il fait une observation clinique, évalue une démarche thérapeutique, et fait donc une démarche dont la finalité est de modifier le sujet. Il n'y a pas de clinique en dehors d'une finalité thérapeutique, ce qui distingue ce positionnement de celui du psychanalyste où c'est le patient qui vient consulter, est son propre opérateur des soins, utilise en quelque sorte le psychanalyste. La finalité profonde de la démarche psychanalytique n'est donc pas forcément une modification du sujet. Je crois qu'il est important de le rappeler car, en tant que psychiatre, nous nous situons dans une démarche fondamentalement médicale.

Sur le plan éthique, nous retrouvons donc le trépied éthique traditionnel: autonomie, protection du sujet, et respect de la dignité. Et nous sommes confrontés à un balancement éthique entre, précisément, ce qui relève du respect de l'autonomie et du souci de la protection du sujet. La pratique médicale recherche un point d'équilibre entre ces deux pôles, notamment sur la question centrale du consentement aux soins.

C'est une question centrale dès le départ pour la psychiatrie: en 1838 a été créée une loi qui permettait d'hospitaliser les aliénés, comme on les appelait à l'époque, contre leur gré, loi qui cherchait déjà à concilier la protection de la personne – lui donner des soins dans un milieu spécialisé – et le respect de ses droits, avec tout un ensemble de protections juridiques qui permettait le respect de la liberté individuelle. Cela a été une protection dès le départ, alors même qu'à l'époque, on ne parlait pas de consentement puisqu'on n'imaginait même pas que quelqu'un puisse demander des soins. C'est donc la loi qui définissait comment soigner les gens contre leur gré. Ce n'est qu'un siècle plus tard qu'apparut la possibilité pour les patients de demander eux-mêmes des soins psychiatriques. Néanmoins, la question du consentement aux soins demeure un problème crucial pour les décisions psychiatriques dans la pratique quotidienne. Je prendrai comme exemple celui des situations d'urgence.

### **Le cas des situations d'urgence**

On ne cesse de voir un nombre croissant de consultations dans les services d'urgences, ce qui crée des situations critiques. Ce problème majeur a différentes explications d'ordre sociologiques liées à l'organisation de notre système sanitaire. Quoi qu'il en soit, ce nombre est croissant et, au sein de ses urgences, il y a une proportion importante de situations psychiatriques, de détresses psychosociales. Pour ceux d'entre nous qui voient des patients dans ces services, c'est une confrontation quotidienne, à la fois au moment même de l'urgence et dans l'urgence différée: quels soins pouvons-nous décider de mettre en œuvre à l'égard d'une personne qui a des troubles comportementaux? Soit de façon très aiguë parce qu'il s'agit d'une détresse liée à une position dépressive, et qu'il y a là une urgence extrême qui va conduire à une intervention médicale psychiatrique. Dans ce cas, notre position va être très paternaliste, nous allons décider de soins contre le gré du patient (le consentement est provisoirement mis de côté) parce que l'urgence prime, ce qui, en général, ne pose pas trop de problèmes du fait même que nous sommes dans cette dimension d'urgence. Mais c'est aussi un problème dans l'urgence différée: à quel moment allons-nous décider, face à tel patient présentant des troubles

délirants, qu'il faut engager une procédure pour le soigner contre son gré, quitte à faire appel à sa famille, à son conjoint pour l'engager à une mesure d'hospitalisation pour le soigner, comme la loi le permet? Ce sont des décisions quotidiennes qui ne sont pas faciles car l'information du patient et de son entourage, confrontation brutale à la réalité de la pathologie psychiatrique, peut être extrêmement délicate.

Cela demeure une problématique importante où nous sommes constamment à la recherche de cet équilibre entre protection et respect de l'autonomie.

Le corollaire du consentement est l'information: il n'y a pas de consentement sans information. Mais nous sommes là face à une contradiction car les pathologies qui justifieraient le mieux une démarche d'information, codifiée et réfléchie, sont les pathologies les plus lourdes, celles pour lesquelles nous allons rechercher un partenariat avec le patient et sa famille pour des soins au long cours. Or nous allons le faire pour la prise en charge d'une pathologie stigmatisante. Il y a donc ce paradoxe de vouloir à la fois engager un partenariat et en même temps changer l'image, arrêter de stigmatiser, ce qui est un vaste problème.

### **La question des thérapeutiques éprouvées**

Déontologiquement, nous ne devons utiliser que des thérapeutiques ayant fait la preuve de leur efficacité. Cela conduit, en médecine, à ce que l'on appelle la médecine basée sur la preuve, et, en psychiatrie, à une démarche éthique prenant une importance croissante à travers les conférences de consensus (et dans les pays anglo-saxons, des recommandations pour la pratique: aux Etats-Unis, l'Association américaine de Psychiatrie a développé toute une stratégie de développement, de recommandations précises pour la pratique). L'un des problèmes que l'on rencontre est bien évidemment que cette logique de recommandation est basée sur une démarche scientifique. On n'adopte comme recommandation que ce qui a pu faire la preuve scientifique de son efficacité, or ceci va à l'encontre d'une certaine tradition psychiatrique. Ces démarches privilégient plutôt les thérapeutiques biologiques dont l'efficacité est plus facile à prouver méthodologiquement. Que dire, si ce n'est que cette question des thérapeutiques éprouvées nous renvoie à la confrontation entre l'approche scientifique et celle basée sur la relation, sur la dimension de l'art thérapeutique.

### **Pr Roland Jouvent**

Il y a un problème éthique global, car l'alibi scientifique de démonstration est au service d'une logique probabiliste qui est économique. Deux tiers des patients ont déprimé et guérissent grâce à de telles molécules: ce constat ressort d'une logique scientifiquement établie, mais économiquement radicale: poser les réalités de la sorte sous-entend que l'on veuille un résultat supérieur à ces deux tiers. La logique singulière, qui était la tradition de l'art clinique en psychiatrie, va à l'opposé de cette logique économique, et les tensions sont peut-être plus fortes en psychiatrie qu'ailleurs car on nous reproche notre dimension subjective.

Quand est sorti le Prozac® sur le marché, qui était le plus signifiant des inhibiteurs, des gens qui allaient bien en fin d'épisode ont dit qu'ils n'avaient jamais été comme cela depuis vingt ans, et n'ont pas voulu interrompre leur traitement. Ce que l'on appelle l'axe 2 en psychiatrie, celui de la personnalité, a été le sujet d'abus, mais pose une vraie question éthique. Lorsqu'un sujet qui était irritable, ou évitant, ou hyperémotif dans son travail,

demande par exemple, alors qu'il n'est plus déprimé, mais qu'il a découvert pour d'autres raisons les vertus chroniques d'un traitement, à le poursuivre. Sommes-nous dans la modification de la performance, donc dans celle de la personnalité en vue d'une meilleure intégration, ou d'une meilleure compétitivité sociale, ou est-il simplement légitime d'avoir envie de se sentir mieux? La transition avec le soupçon de dopage par les médicaments est vite faite.

La seconde question que je voulais évoquer, dans un domaine aussi sollicitant que la psychiatrie à l'égard du comportement, de la subjectivité, est celle du transfert des connaissances: à partir de quel moment peut-on se donner le droit de transférer des connaissances issues de la recherche vers la pratique? Prenons l'exemple des stress post-traumatiques, provoquant un état de chronicisation déficitaire grave qui handicap le destin de la vie. Nous avons eu une candidate secrétaire du CNRS, ancienne chimiste, dont le laboratoire avait brûlé quinze ans plus tôt. C'est une femme qui avait ensuite suivi beaucoup de stages de formation, de l'informatique, de la gestion, etc. Or elle avait l'obsession, maintenant qu'elle était gestionnaire et compétente en informatique, que son ordinateur brûle. Cette femme a eu sa vie brisée par ce traumatisme.

L'état des connaissances en recherche montre par ailleurs que l'hippocampe et les structures de la mémoire sont impliqués dans l'installation du stress post-traumatique, que ce sont les premières semaines, les premiers jours, voire les premières heures après le traumatisme qui comptent. C'est pour cela que le *debriefing* est une façon qui à l'air efficace de minimiser le risque d'installation du stress post-traumatique. Il y a des arguments sérieux soutenant que cela a à voir avec la neurobiologie de la mémoire, que le traumatisme est tel qu'il envahit les stocks mnésiques qui le rappellent à chaque fois que l'on a besoin de faire travailler sa mémoire. Enfin, nous savons depuis 10-15 ans que les benzodiazépines sont amnésiant (on dit même que les anesthésistes utilisent cette vertu en plus de la vertu sédatrice). Or, il y a eu une étude allemande il y a quelques mois, montrant que dans la chirurgie cardiaque avec circulation sanguine extracorporelle (CEC), il y avait beaucoup moins de stress post-traumatiques. Que le facteur le plus prédictif dans ces stress post-traumatiques après une intervention à cœur ouvert avec CEC était l'absence de benzodiazépine, ceux-ci empêchant la survenue d'un stress post-traumatique.

La question qui se pose désormais, même si ce n'est pas officiellement, est la suivante: si l'on rapproche tous ces faits, la prochaine fois qu'il y aura un attentat, ou qu'un médecin se trouvera devant quelqu'un qui viendra de subir un traumatisme, et même si ce n'est pas du tout démontré scientifiquement, ne sera-t-on pas en droit de proposer une autre démarche. De dire: je prends le pari, qui n'est pas un pari scientifique mais un pari thérapeutique préventif, je me fais une idée, et je soumetts ce fait à la validation de dizaines de cliniciens. Et si cela est vrai, viendra le jour où, comme pour le Lithium, tout le monde le saura chez les praticiens. Jamais, à ma connaissance, il n'y a eu d'étude contrôlée – Lithium contre placebo – pour montrer qu'il s'agissait d'un bon médicament pour éviter les rechutes maniaque-dépressives. Cela s'est imposé de soi même.

Voici le genre de questions qui se posent, sachant qu'affluent maintenant des connaissances qui donneraient envie, qui inviteraient à élargir le côté «apprenti sorcier» de la psychiatrie.

Nous pourrions également parler de la Rétaline et de la génétique. C'est un sujet qui soulève beaucoup de passion. Il y a probablement eu des abus, disons à l'Américaine, mais je ne suis pas choqué, si un enfant redouble ou triple sa sixième parce qu'il ne peut pas rester assis sur sa chaise, ne peut pas écouter la maîtresse et devient un enfant à problèmes, qu'on lui donne de l'amphétamine qui lui permettra de se concentrer. Cela pose d'autres questions à terme. L'ambiguïté vient du fait que soit l'on fait un diagnostique à l'Américaine, avec un traitement chronique, soit on dit que l'enfant va bénéficier d'un traitement pendant 1, 2 ou 3 mois, après quoi

l'on fera des fenêtres, et les pédopsychiatres européens ont plutôt cette attitude. Je ne vois pas très bien le scandaleux là-dedans car, à terme, c'est un destin qui se joue, et nous ne sommes pas là dans la maladie mentale grave. Des destins de vie peuvent basculer à cause de choses bien plus futiles. Il ne faudrait pas tomber, bien sûr, dans une démarche inverse et extrême, et donner à tous les enfants qui bougent de la Rétaline.

## **Psychothérapie, chimiothérapie et transformation du sujet**

### **Pr Herbert Geschwind**

Je suis très intéressé par cette notion de modification. Modification par la prise de médicaments, la chimiothérapie comme par la psychothérapie, car nous ne connaissons pas les surprises que l'inconscient nous réserve. Il est certain qu'une analyse transforme le caractère, la façon de penser, le comportement. Est-ce d'ailleurs si différent de la prise médicamenteuse, sachant que la psychothérapie n'est probablement pas réversible. J'assimile aussi cela à ce qui a été dit de la thérapie génique, c'est-à-dire de répondre à la question de savoir si nous avons le droit de modifier l'héritage qui nous a été transmis. Il semble que ce soit une façon de penser actuelle: avons-nous le droit de modifier «ce» que nous sommes et que représente le «ce» ?

Mais pour revenir à la dernière question, le fait qu'un médicament vous empêche d'être déprimé, vous permette de vous «sentir bien», pose-t-il un problème parce que ce bien-être est artificiel ou parce qu'il souligne que c'est votre dépression, votre mal-être qui l'était?

De ce point de vue, je trouverais très intéressant que les psychiatres et les neurologues, qui ont été si longtemps séparés, se retrouvent dans une étude plus globale du fonctionnement cérébral, des neurosciences, et tentent de comprendre ce qui appartient à l'un, à l'autre, et peut-être aux deux.

Pourquoi cette peur, cette angoisse de l'homme devant la modification, le changement? Tout change, l'être n'est pas immuable. Il suffit de comparer les réactions d'une personne quand elle souffre et quand elle ne souffre pas: dans ce cas, on ne se pose pas la question de savoir si c'est artificiel ou pas, on commence par soulager sa douleur.

### **Pr Thérèse Lemperière**

Cela pose un problème tout à fait fondamental: les rapports entre la personnalité et la pathologie. Y a-t-il continuité, ou pas, entre les deux? On accepte très bien que nos médicaments guérissent une pathologie, mais on s'aperçoit aussi que, dans un nombre de cas non négligeables, elle modifie la personnalité. La personnalité est-elle immuable et la pathologie de surcroît, ou y a-t-il des pathologies en continuité avec la personnalité, non seulement sur le plan psycho-dynamique, mais également sur le plan biologique? C'est surtout dans le domaine

des troubles de l'humeur que se pose le problème avec les personnalités dépressives, cyclothymiques, *borderlines*.

**Pr Herbert Geschwind**

J'ai envie de m'adresser au philosophe. Qu'est-ce qu'un état de bien-être et qu'est-ce qu'un état de bonheur?

**Pr Roland Jouvent**

Mademoiselle Lamperrière ne parlait pas de la pilule du bonheur mais du malade qui était timide ou colérique à son travail, qui a eu deux licenciements, qui a changé trois fois d'emploi, et qui tout à coup découvre qu'en continuant de prendre un traitement, il devient calme, n'a plus d'accès de désespoir une fois par mois, s'entend mieux avec les gens, n'est plus menacé de divorce tous les six mois pour des disputes graves, et considère que sa vie a changé. Ce n'est pas d'un euphorisant dont il est question, mais de quelqu'un dont la vie se trouve insidieusement mais fondamentalement transformée. Il n'est plus le même homme.

**Pr Herbert Geschwind**

Cela pose fondamentalement le débat entre normal et pathologique.

**Pr Patrick Hardy**

Juste un mot sur la psychanalyse et le médicament qui ferait la même chose. Je ne suis pas certain que les cibles soient les mêmes, que ce qui est modifié par la psychanalyse revienne à ce qui est modifié par les médicaments. Une autre différence importante également, et cela est valable pour l'ensemble des psychothérapies, contrairement aux médicaments les modifications sont en général relativement stables.

Quant à la question de savoir ce qui relèverait respectivement de la psychiatrie et de la neurologie, je crois que le problème est plus compliqué que cela. On se rend bien compte qu'entre des facteurs dits organiques et des facteurs plus psychologiques, l'indication est très étroite. En prenant un modèle comme la schizophrénie on s'aperçoit que pour que des facteurs anatomiques ou biologiques par exemple se révèlent à travers un état, il faut parfois des facteurs psychologiques ou un événement un peu particulier qui va faire survenir un certain nombre de stress, et permettre au processus de s'amorcer. Et puis, dans un second temps, pour peu que ces troubles évoluent sur une certaine durée, ce qui est le cas dans la schizophrénie, nous observons que cela entraîne derrière soi des remaniements de la personnalité. Faire le découpage, quand vous observez un sujet, entre un enchaînement de tous ces facteurs, est très intéressant car cela permet de mieux comprendre les troubles. Cependant, pour le sujet, cela ne permet pas d'attribuer au neurologue ou au psychiatre la

responsabilité de la prise en charge. Nous sommes obligés de faire face, chez le même sujet, à l'ensemble de ces phénomènes.

Ce qui est modifié est de l'ordre d'une pathologie mais jusqu'à quand? Cela est vrai pour les médicaments traditionnels, c'est-à-dire les antidépresseurs. C'est un postulat que fondent beaucoup de psychiatres et que vérifie souvent la pratique. Ce ne sont pas forcément des syndromes établis qui sont modifiés, ce sont des états un peu subtils, mais que nous pouvons rapprocher malgré tout de ce que l'on appelle le spectre du trouble (il y a le trouble identifié et le spectre du trouble, par exemple bipolaire): toutes ces modifications, atténués, mais pour lesquels nous pouvons penser que les mêmes facteurs, les mêmes mécanismes sont en cause.

Cela étant dit, nous mettrons sans doute au point des molécules qui agiront peut-être, non plus à l'origine, sur des troubles identifiés, mais sur le psychisme d'une manière beaucoup moins limitée. La question sera intéressante de savoir ce que nous pourrons faire.

Mais, encore une fois, si la question paraît inquiétante quand on essaye d'imaginer ce que cela pourrait donner au sein d'une population donnée, dans une cité radiieuse où les trois quarts de la population prendraient des pilules, dès que nous sommes en face d'un sujet, le regard change complètement. Quand quelqu'un qui avait mauvais caractère vous dit, après avoir été soigné pour une dépression, qu'il est guéri, peut-on honnêtement lui répondre, «mais non vous avez tort, c'est artificiel, arrêtez, et portez votre croix»?

## **Information et capacité à consentir**

### **Dr Edwige Boursstyn**

Je suis chirurgien en cancérologie et j'applique des thérapeutiques mutilantes. J'ai, par hasard mais aussi par fidélité, prodigué des soins à beaucoup de malades psychiatriques. Il y en a très régulièrement et cela représente une certaine difficulté. Pas pour les dépressifs, ni les mélancoliques, même si c'est difficile, mais pour les schizophrènes. J'ai souvent affaire à des femmes pour des cancers du sein. La proposition de mutilation, qui peut être une mastectomie ou une stomie digestive - ce sont les deux cas les plus difficiles dont on ne connaît pas la représentation -, pose à chaque fois problème car elle interfère avec une demande de mutilation. Il n'y a pas longtemps, une malade schizophrène me disait «en même temps que vous me coupez le sein, coupez-moi la tête car mes problèmes sont dans ma tête». Il est non seulement difficile d'entendre des choses comme celles-là, mais aussi de reconnaître que nous sommes en présence d'une parole délirante, car alors la question de l'information, et de la façon dont elle va être reçue et comprise se pose. Une stomie mal gérée, chez quelqu'un qui présente des troubles psychiatriques, peut être grave, et l'on peut alors proposer autre chose.

Pour un traitement somatique agressif et mutilant, la question n'est pas tant celle du simple consentement, que la façon dont l'information et la représentation de ce qui sera fait est intégrée par la malade.

## **Dr François Petitjean**

Il est vrai qu'il ne s'agit pas seulement du consentement mais de la capacité à consentir. Cependant quand nous sommes, en tant que psychiatre, conduits à soigner des patients dans ce type de situation, ce qui prime en général c'est l'existence ou non d'une indication thérapeutique, mais nous avons également besoin de savoir quelles vont être les conséquences sur le plan purement chirurgical, le préopératoire, le postopératoire. La nécessité d'un dialogue avec le chirurgien est indéniable. Toutefois, la difficulté est aussi d'un autre ordre, car les chirurgiens opérant ces patients rencontrent aussi la plupart du temps un refus d'être opéré.

## **Dr Edwige Boursstyn**

Les refus, je ne les vois pas. C'est plutôt à l'inverse que je suis confrontée. Une femme qui a une petite tumeur du sein peut préférer une mastectomie pour éviter de faire des rayons et risquer une rechute. S'il s'agit d'une femme qui n'a pas de troubles psychiatriques, c'est assez rare, mais cela existe. Si, au contraire, la malade présente des troubles psychiatriques, on s'en rend compte, et lorsqu'elle demande que l'on pratique cette ablation, nous sommes alors devant un cas de conscience, d'éthique, de choix.

Nous rencontrons beaucoup de malade qui demandent des mutilations et nous demandons jusqu'à quel point entrer dans leur demande.

## **La question du refus de soin**

### **Pr Patrick Hardy**

Sous l'angle médical, ces personnes-là vous permettent quand même d'accomplir un acte thérapeutique, et la question que vous posez est celle des limites: n'en fait-on pas trop en répondant à une demande de mastectomie totale ? Cependant, la question inverse du refus de soin nous inquiète beaucoup. La vulnérabilité des malades mentaux, notamment les plus sévèrement atteints, est également une vulnérabilité organique, car, pour des raisons somatiques, leur mortalité est supérieure à celle de la population générale. Leur état ne leur permet pas de reconnaître les choses.

### **Pr Thérèse Lemperrière**

Ce peut être aussi parce qu'ils peuvent simplement refuser de faire une prise de sang. Quand il s'agit d'un malade ambulatoire, qu'on le voit maigrir régulièrement, qu'il refuse absolument les soins somatiques, nous sommes dans une situation embarrassante.

## **Pr Patrick Hardy**

Je dirais même que nous sommes moins bien outillés que pour traiter, chez eux, les troubles psychiatriques car nous allons être confrontés à la loi. Nous pouvons effectivement, pour un malade extrêmement délirant, procéder à une hospitalisation sous contrainte, et lui administrer des traitements, neuroleptiques ou autres, mais...

## **Continuité des soins, limites et instrumentalisation**

### **Pr Emmanuel Hirsch**

Je voudrais vous poser la question de l'intérêt propre de la personne. Nous sommes très vite passé sur la question du Prosac®. J'arrive à comprendre, conjoncturellement, qu'il vaille mieux qu'une personne soit intégrée socialement et se sente bien, plutôt qu'elle se sente mal et soit désinsérée. Cela étant, d'une manière absolue et en réfléchissant un peu théoriquement, car nous n'avons pas ici de malades pour nous donner leurs points de vue, jusqu'où peut-on intervenir? La question de savoir ce qu'ils sont ne se pose-t-elle pas autre part? Nos responsabilités sociales ne se posent-elles pas autre part? On peut très bien dire qu'il y a une manière chimique de gérer la crise pour les gens les plus en difficulté socialement. Mais ne risque-t-on pas, comme certains régimes l'ont fait, d'instrumentaliser la fonction psychiatrique fautive, non pas de rigueur, mais de la détermination de limites?

### **Pr Thérèse Lemperière**

Je laisse de côté les placements d'office qui représentent en France 2000 cas par an, ce qui n'est pas considérable. Ce que l'on appelle l'hospitalisation à la demande d'un tiers représente moins de 10 % des hospitalisations en psychiatrie. La très grande majorité des hospitalisations en psychiatrie est donc une hospitalisation libre, pour laquelle les malades ont les mêmes droits, les mêmes libertés qu'ailleurs en médecine. Ils ont le droit de refuser des soins, de recevoir des visites, de téléphoner, etc. Cependant, nous ne sommes pas toujours très à l'aise avec eux dans l'adhésion à la proposition de soins, et cela peut poser problème. Dans la mesure où le consentement du malade est labile – un jour, il veut bien prendre ses médicaments, le lendemain il ne veut plus – où l'état clinique est fluctuant, où la famille intervient de façon intempestive, nous avons des difficultés dans la continuité des soins. Mais nous devons le gérer. Le malade peut dire non. Il peut signer une décharge et sortir, et nous sommes alors obligés de le laisser partir, sauf si nous pensons, mais c'est très rare, qu'il y a un risque immédiat, de suicide par exemple. Dans ce cas, il faut recourir au placement à la demande d'un tiers.

## **Pr Roland Jouvent**

Le problème des psychiatres, c'est la psychologie du sens commun. Chacun se sent, de par sa psychologie, des compétences que l'on ne s'autorise pas dans d'autres domaines de la médecine. Bertagnac disait, lors d'un colloque, «je voudrais vous parler de l'histoire de trois de mes malades qui sont morts parce qu'ils étaient suivis par un psychiatre.» Le premier était un maniaco-dépressif, hospitalisé dans une clinique chirurgicale dont le chirurgien, moins sensible que vous, avait arrêté le traitement psychiatrique. Le malade, grand mélancolique, s'est jeté par la fenêtre.

Cela remonte à dix ou quinze ans, et nos confrères chirurgiens ne donnaient pas à un traitement psychotrope l'importance qu'ils donnaient à un traitement cardiotrope, alors qu'il est aussi compliqué de bien régler des antidépresseurs que de régler un Bêtabloqueur. Un psychiatre n'oserait pas arrêter un Bêtabloqueur chez un hypertendu sans demander un avis. Cela provient peut-être du fait que chacun a ses théories, et assimile la psychiatrie à la psychologie du sens commun. La ligne de partage est délicate car, lorsque l'on dit, «il y a des déprimés chroniques», on fait de la psychiatrie. Dire qu'il faut qu'ils prennent des antidépresseurs et que cela changera leur vie n'est pas une considération sociologique ou intellectuelle: c'est étendre un champ de prescription dans un diagnostic, dans un spectre comme dit Patrick Hardy.

Cela devient compliqué lorsqu'on fait un amalgame et quand, dans notre société, nous acceptons l'idée que l'on a le droit de tricher pour améliorer la performance, que ce soit dans le domaine du sport ou dans le travail. Tous les moyens sont bons, à cause des exigences de compétitivité, pour être meilleur, même si l'on risque sa vie en prenant de l'hormone de croissance (comme c'est le cas avec des résultats du type Creutzfeld Jacob dix ans après). Si vous dites à un coureur cycliste qu'il a une chance sur deux mille d'avoir un Creutzfeld Jacob, mais qu'il sera champion du monde s'il prend de l'hormone de croissance, dans bon nombre de cas, il le fera. Ce n'est donc pas une question d'information. Ce type de problème relève effectivement de la sociologie.

Pour rester dans ce domaine, je trouve beaucoup plus grave le fait que mon fils, qui a 10 ans, me demande 5 francs, avant d'aller au patronage ou d'aller faire du football, pour acheter une canette de *Geencat Energy* pour être meilleur au foot. La représentation sociale associe désormais l'idée de sport à celle de performance, alors qu'avant nous étions plutôt dans une vision, issue du protestantisme, de la sublimation, du contrôle de soi.

Or ces problématiques sociales ne sont la faute ni des psychiatres ni du Prosac®. Prétendre que cela correspond au Prosac® serait une coquinerie.

## **Pr Patrick Hardy**

Pour reprendre cette notion d'instrumentalisation, il y a effectivement un courant extrêmement fort, comme on vient de le repérer à l'instant: l'homme a commencé à aménager son environnement pour vivre mieux, s'est intéressé, puisque c'est en son pouvoir, à aménager son propre corps et à mieux le traiter, et le cerveau est sans doute la prochaine étape de ce phénomène. C'est un processus indépendant de la psychiatrie, mais face auquel la psychiatrie va devoir se positionner.

Il est vrai que nous vivons aujourd'hui avec l'acquis - mais combien de temps cela va-t-il subsister - que le produit que nous donnons, nous pouvons toujours continuer à le donner pour des indications. Mais de nouveaux

produits vont apparaître et il y aura alors un choix à faire concernant l'autorisation de mise sur le marché. Qui prendra un jour l'initiative de donner l'autorisation de mise sur le marché à un produit de confort subjectif?

## **Vivre la prise de risque dans le respect de la dignité du malade**

### **Alain Koskas**

J'anime un réseau de coopération gérontologique où, comme ce soir, les questions tournent autour d'un certain nombre de points: l'information (alors même que, systématiquement, nous débordons de ce secret médical, contenu dans la relation du médecin avec le malade, en le déposant à la famille). Le consentement, qui est déposé tous les jours dans les gériatries. Le placement, le suivi du traitement. Enfin les seuils que l'on va prendre pour déterminer les capacités ou les incapacités. Or, à vous entendre, je me demandais comment faire pour élaborer des référentiels qui ne soient pas seulement chimiques, mais incluant aussi des valeurs à prendre en compte pour gérer la prise de risque. Il est peut-être assez intéressant que ce soit en gériatrie que neurologues, psychiatres et gériatres collaborent régulièrement, chacun se demandant comment faire, et à quel système de référence s'adresser pour essayer d'avoir une démarche respectueuse de la dignité du malade et de sa famille. J'aimerais bien avoir votre avis sur l'élaboration d'un référentiel permettant de vivre la prise de risque. Je ne parle pas seulement du risque de mêler la famille à quelque chose qui ne la regarde pas, mais aussi de celui de voir tomber un malade parce qu'il n'est pas attaché, ou fuguer parce qu'à un moment donné on aura pu envisager différemment les critères et les valeurs d'accompagnement. Et surtout la question qui reste pendante, peut-être parce qu'elle recèle la clé de la bien-traitance: comment associer le malade et ses aidants familiaux en considérant leur avis sur la notion de risque et la gestion des risques?

### **Pr Thérèse Lemperrière**

Le risque majeur est le suicide et parfois aussi celui de conduites agressives vis-à-vis d'autres malades, du personnel, ou, si le malade est dehors, de sa famille ou d'autres personnes. Il y a aussi le risque de la dégradation de l'état psychologique, voire somatique. La prise de risque vis-à-vis du suicide est un exercice quotidien pour le psychiatre, aussi bien aux urgences qu'à la consultation, voire dans le service lui-même. Il y a eu une évolution des pratiques et des mentalités, et l'on ne met plus, comme on le faisait il y a cinquante ans, le malade à l'abri dans une chambre d'isolement, en lui enlevant toutes ses affaires, et en attendant que la crise mélancolique soit passée. Avec la libéralisation des pratiques et l'accent mis sur la réadaptation psychosociale pour les malades chroniques, nous ne gérons plus de la même façon le risque de suicide immédiat ou à long terme. On a publié beaucoup d'échelles sur la prédictivité du suicide dont aucune n'a fait la preuve de sa fiabilité. Elles détectent beaucoup de gens qui risquent de se suicider et qui ne se suicident pas, même si elles

défectent assez bien ceux qui se suicideront. C'est donc beaucoup plus l'expérience du clinicien qui dicte la conduite à tenir que des outils diagnostiques ou pronostiques.

### **Dr François Petitjean**

Il me semble aussi que nous cherchons, dans la gestion du risque, à croiser des regards pluridisciplinaires. Cela dépend du niveau de risque. Quand un praticien est face à un patient aux urgences, et qu'il est seul face à une décision pour laquelle il n'a pas suffisamment d'éléments, il aura recours à un certain nombre de paramètres non exclusivement cliniques, et plutôt sociaux (patient isolé ou non, par exemple). Pour des patients schizophrènes sortant de l'hôpital, le risque de rechute ou, éventuellement, le risque de suicide, va être géré en croisant les appréciations différentes portées par un regard clinique, les infirmières, l'assistante sociale. Nous savons, par exemple, qu'il est important pour un patient schizophrène sortant de l'hôpital avec un plus grand risque de suicide, d'établir au préalable des consultations planifiées, qu'il ne soit pas totalement isolé, que l'on réfléchisse à l'observance de son traitement.

### **Les avancées de la psychiatrie de liaison**

#### **Chantal Deschamps**

Je voudrais m'arrêter sur deux points. Quand j'étais éducatrice spécialisée en psychiatrie infantile, il y a de cela un certain temps, on voyait bien quels étaient les champs: ils étaient délimités et bien déterminés, et le psychiatre était un homme immobile, que l'on ne voyait pas bouger, pas sortir du service ou de l'institution dans laquelle il était. Or ma grande découverte, en arrivant bien plus tard à l'hôpital Broussais, a été de voir combien ces psychiatres et leur équipe étaient infiniment mobiles, et combien ils allaient vers des gens qu'ils n'imaginaient peut-être pas avoir un jour à prendre en charge. Et nous voyons très bien à quel point, dans l'organisation médicale du nouvel hôpital européen Georges Pompidou (HEGP), cette psychiatrie de liaison essaie de s'implanter partout, non pas en opposition avec les autres spécialités, mais en accompagnement, voir en préparation, en amont. Ils proposent, par exemple, d'être présent dans les consultations de pré-transplantation cardiaque. On a le sentiment qu'ils veulent être là aussi bien en amont, pendant la crise, qu'en aval. Ils n'ont pas envie d'être mis de côté, au point que l'on peut se demander comment ils sont perçus par leurs collègues: comme des «facilitateurs», des collaborateurs dont on ne peut plus se passer, ou comme des personnes qui prennent des initiatives ou investissent des champs qui ne leur sont peut-être pas destinés?

Concernant les hôpitaux de gériatrie de l'Assistance Publique, par contre, les quelques exemples d'expérience de psychiatrie que j'ai pu observer renvoient aux problèmes de l'exclusion, ou de la prison, et sont des exemples de psychiatrie de contrainte où, effectivement, pour que ces malades ne posent pas trop de problèmes, on les attache. Nous avons donc, au sein d'une même institution, deux pratiques totalement contradictoires.

## **Pr Patrick Hardy**

On peut très bien identifier la complexité des attentes à l'égard des psychiatres. Autant cette psychiatrie de liaison peut s'appliquer à la prise en charge de patients connus comme ayant des troubles psychiatriques et nécessitant la prise en compte d'un suivi, autant cela peut être la gestion, par les équipes présentes, de troubles psychologiques d'un malade atteint d'un syndrome difficile, voire d'ailleurs des équipes elles-mêmes, et le malade est alors parfois sollicité pour des groupes de parole. C'est un travail que chacun fait dans la mesure de ses disponibilités, mais qui demande une présence très importante, qui fait partie des missions.

## **Pr Thérèse Lemperière**

Les psychiatres ne se sont intéressés que tardivement à la gérontopsychiatrie. S'il y a effectivement une partie des traitements psychotropes à visée symptomatique, sur l'agitation, par exemple, il y a aussi toute une dimension psychothérapique de soutien que l'on peut mettre en œuvre, mais qui dépend pour une bonne part des psychiatres allant dans les services.

## **Seuil de soin et seuil de l'offre**

### **Laurent Beaugerie**

Nous savons qu'en France, 30 % des gens souffrent de brûlures d'estomac provoquant des reflux. Sur ces 30 %, 10 % seulement nous consultent. Or nous avons, face à ce phénomène de reflux, des traitements très simples et efficaces à 100 %. Pour les 80 % restant, ce n'est pas un problème d'éthique, c'est un problème de logistique: nous essayons, à travers la presse et les émissions destinées au grand public, de faire savoir que l'on peut soigner très simplement.

Si l'on prend le cas de la dépression, il semblerait, d'après tout ce qui a été dit, qu'il y ait un *continuum* entre avoir de temps en temps les idées noires, un coup de cafard, et une dépression grave avec un risque immédiat pour le patient et son entourage. Il y a donc un devoir d'intervention de votre part, et plus largement de la société. Mais si nous nous plaçons de plus en plus en amont, et c'est le problème soulevé ici, où met-on le seuil à partir duquel proposer du soin? Ce seuil participe-t-il de phénomènes culturels, sociologiques, ou est-ce, plus trivialement, l'adéquation entre les possibilités de la chimiothérapie et l'offre? Plus il y aura de médicaments n'ayant pas d'effets secondaires, que l'on pourra produire en grande quantité et à peu de frais, plus on se rapprochera de la limite où l'on dépassera le seuil pour faire une proposition d'offre de soins. Où est donc l'éthique là-dedans?

### **Pr Patrick Hardy**

Ce seuil est d'abord limité par les indications qui se réfèrent à des prescriptions, sans oublier que, dans la grande majorité des cas, ceux qui arrivent jusqu'au psychiatre remplissent très largement ces critères. Il ne faut pas s'imaginer que des gens ayant des symptômes mineurs viennent voir le psychiatre. Ce sont des découvertes un peu fortuites.

### **Pr Thérèse Lemperière**

Je rappelle également que 80 % des antidépresseurs sont prescrits par les généralistes.

### **Pr Patrick Hardy**

Même si elle est effectivement complexe, la question du seuil est plus théorique que pratique. Si je devais ou non traiter quelqu'un qui se situerait en dessous du seuil, je m'aiderais de beaucoup de facteurs: y a-t-il eu des antécédents marqués de dépression, des antécédents familiaux, le patient a-t-il été sensible, à un moment donné, aux antidépresseurs, etc. Une multitude de critères peut emporter la décision, et il ne faut pas penser que tous présentent un tableau homogène qui soit comparable d'un sujet à un autre. Il y a des particularités que l'on va rechercher, mais je n'en fais pas, dans la pratique, un problème majeur.

### **Chimiothérapie et pensée: un lien irréversible?**

#### **Pr Emmanuel Hirsch**

Ce qui est plus «pervers», et qui semble se dégager de vos pratiques, c'est ce que vous nous restituez comme perception de notre nature humaine. Je ne parle pas de notre perception symbolique et des réflexions développées par Jean-Pierre Changeux sur la chimie de notre cerveau où, même en termes d'éthique, nous avons l'impression que les choses sont d'ordre physiologique, que notre pensée est de nature physiologique. La gêne, pour les non experts, vient du fait que nous avons le sentiment qu'il y aura irréversibilité de cette évolution, que rien n'empêchera de limiter cette efficace chimique, la chimiothérapie appliquée à notre pensée, à nos comportements, à nos libertés. On ne voit pas quel type de rationnel s'opposerait à ce qui peut paraître pour certains, en termes de régulation sociale ou de confort, comme un lien. On n'est pas promoteur de ce que vous mettez en place si l'on dit, selon les principes développés par John Stuart Mill, que la finalité est le bonheur.

## **Jean Wils**

Nous avons parlé de l'instrumentalisation du corps qui serait de l'ordre de la médecine somatique, mais nous pouvons parler de la même façon, et dans la logique probabiliste où se placent les psychiatres, d'instrumentalisation de l'esprit. Les psychiatres ont une immense responsabilité sociale et, pour revenir à la définition de la santé, il semble inéluctable que vous soyez confronté à cette responsabilité médicale d'offrir un bien-être total, ce miracle de santé auquel aspirent d'ailleurs la plupart des patients.

## **Pr Patrick Hardy**

Tout dépend de ce que l'on appelle instrumentalisation. Si le fait d'agir simplement sur des symptômes morbides est déjà une façon d'instrumentaliser, je l'assume très bien. Ce que je vois davantage, c'est un risque en devenir, mais nous n'en sommes pas encore au stade de la psychiatrie cosmétique.

## **Pr Thérèse Lemperière**

Il y a effectivement un risque, mais celui-ci se situe non seulement dans l'utilisation des chimiothérapies (en particulier des tranquillisants), mais aussi dans le domaine des psychothérapies où les indications sont imprécises et les résultats insuffisamment évalués.

## **David Smadja**

Je voudrais renvoyer à ce que l'on appelle de l'impensé- l'implicite ou l'impensé dans la relation psychiatrique – en relativisant le phénomène. Dans *La naissance de la clinique*, Michel Foucault explique très précisément que le fait de soigner un esprit, cette translation du soin à l'esprit, est un phénomène historique qui n'a pas toujours existé. Vous parlez de l'incidence sociale de ce phénomène, or on voit là précisément la médecine s'inscrire complètement dans la société. Foucault le décrit comme un phénomène global, concernant toute la société et allant de paire, faisant apparaître une sorte de mouvement de fond de la société dans lequel nous avons considéré que l'on pouvait maîtriser, non pas simplement les corps, mais aussi les esprits. La science, ou la connaissance, est apparue comme l'un de ces moyens. Elle n'était plus désintéressée, ce n'était plus simplement une recherche de la vérité, une recherche du bien: la connaissance, la science, dans sa dimension technique, mécanique et instrumentale, est apparue comme un moyen plus ou moins implicite, inconscient, insidieux, impensé de maîtriser, et donc de nier d'une certaine manière la liberté. Autrement dit, considérer que l'on puisse soigner un esprit de la même manière que l'on peut soigner un corps, reconnaître une pathologie et la faire disparaître, n'est pas une hypothèse gratuite. C'est une hypothèse qui présupposerait en elle-même nous dit Foucault, pour connaître l'esprit, pour connaître la psychanalyse, d'avoir renoncé à sa liberté.

Vous avez parlé de la difficulté à évaluer l'efficacité d'un certain nombre de pratiques et vous avez renvoyé à des critères éminemment psychologiques de validité du soin relevant de l'empathie, de la chaleur humaine du

soignant, autant de critères qui ne sont pas définissables, dont on ne peut dégager une formule, chacun, en fonction de sa vocation propre, réussissant à être plus ou moins bon psychiatre.

Cette sorte d'avertissement de Foucault renvoie à tout ce que peut avoir de qualitatif cette relation de soin particulière, d'un homme à un autre homme, dans sa qualité d'homme, pourvu d'un esprit que l'on va essayer de guérir.

Pour autant, peut-on parler de pathologie quand il est question d'esprit, comme on le fait quand il s'agit du corps? Est-ce une catégorie légitime? Y a-t-il des pathologies spirituelles, psychiques, ou ce que l'on désigne comme telle n'est-il pas toujours le fruit d'une construction sociale? Les gens ne se sentent-ils pas mal dans de nombreux cas du fait de la rumeur du social leur faisant développer pathologies ou malaises?

## **Il n'y a pas un corps et un esprit, mais une unité psychosomatique**

### **Pr Thérèse Lemperrière**

Vous raisonnez de façon trop dualiste. Les maladies mentales ont une dimension somatique. Le diagnostic de dépression ne se fait pas seulement sur la présence de cafard, d'idées noires, ni même de désespoir. Il se fait sur un ensemble syndromique qui comporte, à côté des «idées tristes», un ralentissement psychomoteur (difficultés de concentration, indécision, aboulie, idéation et gestuelle ralenties), des perturbations somatiques (anorexie, insomnie, amaigrissement), et souvent des idées de suicide. Le fonctionnement d'un déprimé est en nette rupture avec son fonctionnement habituel et la dépression s'accompagne d'un handicap, parfois très sévère, sur le plan intellectuel, professionnel, familial. Outre ses répercussions sur l'existence du malade et de ses proches, la dépression comporte un risque suicidaire élevé. Environ 60 % des suicidés étaient déprimés au moment du geste fatal.

### **Pr Emmanuel Hirsch**

Merci beaucoup d'avoir éclairé un sujet extrêmement compliqué. Nous ne faisons pas de psychiatrie à l'Espace éthique, mais nous touchons un peu à la psyché car, dans le contexte de l'institution, nous pourrions dire que nous sommes aussi un lieu qui apporte sa petite touche de bonheur, qui restaure certaines personnes. Nous aussi avons une fonction presque thérapeutique au niveau institutionnel. Mais il nous arrive quelquefois de nous interroger sur les limites de l'éthique et, sans peut-être vous en rendre compte, vous avez répondu à certains de nos questionnements.