

ÉTHIQUE MÉDICALE ET BIOÉTHIQUE / MEDICAL ETHICS AND BIOETHICS  
**REPÈRES ÉTHIQUES EN SERVICE DE PSYCHIATRIE**  
**L'expérience de l'Hôtel-Dieu de France à Beyrouth**

<http://www.lebanesemedicaljournal.org/articles/67-3/ethics11.pdf>

Sami RICHA<sup>1\*</sup>, Doris CHOUEIFATI<sup>2</sup>, Michel SCHEUER<sup>3</sup>

---

Richa S, Choueifati D, Scheuer M. Repères éthiques en service de psychiatrie : l'expérience de l'Hôtel-Dieu de France à Beyrouth. *J Med Liban* 2019 ; 67 (3) : 165-168.

---

## INTRODUCTION

Devant les nombreux défis éthiques soulevés par l'exercice de la psychiatrie, un service de psychiatrie se doit d'avoir un ensemble de principes éthiques qui orientent l'exercice des soins en son sein. Lorsque les soignants sont confrontés à des difficultés dans la conscience professionnelle qui régit leur travail au quotidien, le Code de Déontologie et les principes éthiques fondamentaux de l'exercice de la médecine, à savoir l'autonomie, la bienfaisance, la non-malfaisance et la justice ne sont plus suffisants. Il s'agit dès lors de créer des repères, de réfléchir à des bornes qui sont autant de principes généraux mais qui doivent aussi tenter de répondre à l'hétérogénéité des souffrances vécues.

La psychiatrie a des particularités en médecine que nulle autre spécialité ne peut partager avec elle. Parmi celles-ci, l'admission et les soins sans consentement, les étiologies et les prises en charge avancées et proposées ne reposant pas souvent sur des études solides et des recommandations avérées, les effets de la psychochirurgie pratiquée pendant des décennies et ayant laissé des traces indélébiles sur certains patients, la confusion qui existe entre la maladie et la personne elle-même (ne dit-on pas schizophrène, bipolaire, déprimé, pour des personnes souffrant de ces pathologies ?), l'amalgame entre toxicomanie et délinquance, des psychothérapies diverses et variées peu contrôlées et peu étudiées et pourtant pratiquées auprès de personnes extrêmement fragiles, les effets de l'institutionnalisation... Toute cette pratique naguère aux confins de l'éthique médicale impose désormais aux équipes soignantes de réfléchir à leur pratique, et nous a poussés à intégrer au sein de notre service des principes éthiques généraux.

Certaines dispositions internationales comme la Dé-

---

<sup>1</sup>Psychiatre, Chef de service, Centre hospitalier universitaire Hôtel-Dieu de France (CHU-HDF), Université Saint-Joseph (USJ), Beyrouth.

<sup>2</sup>Infirmière, Cadre de soins, CHU-HDF.

<sup>3</sup>Directeur du Centre universitaire d'éthique, USJ.

\*Auteur correspondant : *Dr Sami Richa*.  
richasami@hotmail.com

claration de Madrid [1] ou la Charte des patients hospitalisés en psychiatrie adoptée en France [2] prennent en compte ces repères. Toutefois, nous voulons insister sur un certain nombre de paramètres qui sont présents dans la forme générale des articles internationaux en les spécifiant davantage.

## LA DIGNITÉ

Le patient est une personne qui doit être traitée avec le respect et la sollicitude dus à la dignité de la personne humaine. Les patients en psychiatrie peuvent avoir dans certains cas commis certains actes répréhensibles du fait de leur maladie, comme des actes pédophiliques, des actes transgressifs, voire des meurtres. Quelle que soit l'extrême abomination de son acte, le patient ne perd pas sa condition humaine et la dignité humaine est inhérente à cette condition.

## LA MALADIE MENTALE

Le patient est une personne qui ne se réduit pas à une maladie, mais souffre d'une maladie. Cette maladie n'est pas une maladie honteuse, mais une maladie qui se soigne et se vit. Insister constamment sur la maladie sans la confondre avec le malade est un acte de respect, de compréhension profonde de sa condition et de sa situation.

## LA CONFIDENTIALITÉ

Héritage suprême de la pratique médicale depuis le serment d'Hippocrate, le secret professionnel garde une place de choix dans la pratique psychiatrique. « Il n'y a pas de médecine sans confiance, de confiance sans confiance et de confiance sans secret » disait-on. Encore plus en psychiatrie, où le patient dans le « pacte de soins » divulgue tout de sa personne, de ses émotions, de ses cognitions, de sa vie relationnelle et sexuelle. Une récente étude coréenne sur les critères d'un bon psychiatre met en évidence que tant les psychiatres que leurs malades placent en tête de liste la confidentialité comme tout premier paramètre [3].

Un récent fait divers, celui du crash de l'avion allemand Germanwings en mars 2015, probable suicide d'un copilote souffrant d'une maladie mentale et ayant

entraîné dans la mort tous les passagers et membres d'équipage, avait incité à remettre en cause ce principe sacro-saint, au nom de la sécurité. Tout en ne minimisant nullement la caractère dramatique des conséquences de cet acte suicidaire, il nous semble que se laisser embarquer dans une telle divulgation du secret au nom de la sécurité des autres est une insulte aux malades mentaux et une atteinte directe à la relation thérapeutique médecin-malade.

« *Mais enfin, en dehors de la compagnie sibylline d'Andreas Lubitz, qui donc se rend compte qu'en renforçant toujours plus le contrôle médico-psychologique sur les individus, anonymes mais toujours plus responsables – pilotes de ligne en l'occurrence, mais aussi bien instituteurs potentiellement pédophiles demain –, on va surtout renforcer la dissimulation de leurs problèmes par les intéressés, favorisant de nouveaux passages à l'acte, de nouvelles explosions de violence imprévisible ? Décidera-t-on enfin de placer un psy dans chaque cockpit, dans chaque foyer, dans chaque cerveau, pour que la société persiste à nier toute violence en son sein, visant à se donner bonne conscience ? N'en déplaise aux experts psychiatres et aéronautiques, le crash de l'Airbus A320 n'est pas le symptôme isolé de la folie d'un seul, qu'il suffirait de dépister, de soigner et de mettre à l'écart : il s'inscrit dans une anthropologie de la violence, tragique et probablement irrémédiable, une violence psychosociale extrême bien propre au XXI<sup>e</sup> siècle » écrivait le psychiatre Olivier Labouret [4].*

#### L'INFORMATION

L'information doit être loyale, claire et appropriée comme le stipulent la plupart des codes de déontologie du monde. Cela peut être plus difficile en psychiatrie, surtout dans certains diagnostics lourds, comme la schizophrénie ou l'autisme.

Loyale, en utilisant les mots justes, les diagnostics véritablement retenus dans la nosographie internationale. Claire, en essayant d'expliquer de façon à laisser le patient et son entourage comprendre autant que possible les symptômes, l'origine et la prise en charge escomptée de sa maladie. Appropriée, en sachant retrouver les moments d'annonce du diagnostic.

L'information, en psychiatrie plus qu'ailleurs, doit relever d'un processus étendu dans le temps et animé par la relation thérapeutique ; elle ne relève pas d'un moment ponctuel.

Elle doit aussi être engagée sur le mode du partenariat, dans un processus dynamique, faisant ainsi partie de la thérapeutique. Le slogan majeur serait : « Faire ce qui a été dit et dire ce qui a été fait ».

Il est évident que l'utilisation du placebo dans ce con-

texte ne trouve nullement [pas] sa place, les médicaments administrés aux malades devant être expliqués, avec un souci pédagogique majeur. Si le médecin juge qu'il vaut mieux, dans l'intérêt du patient (notamment pour calmer ses inquiétudes), ordonner un placebo, il se trouve confronté au problème du mensonge. Pour que la prescription ait une action bénéfique, il est indispensable que le malade soit convaincu de son efficacité. Il faut donc lui faire croire qu'il reçoit un produit actif. Beaucoup d'éthiciens considèrent que cette duperie est injustifiable puisqu'elle enfreint le principe d'autonomie selon lequel l'individu a le droit d'accepter ou de refuser un traitement. Pour exercer cette prérogative en connaissance de cause, il doit être correctement informé, par conséquent, on ne peut rien lui cacher. À l'opposé, certains cliniciens pensent qu'on peut légitimer l'usage du placebo en invoquant le principe de bienfaisance. L'intention du médecin est louable puisqu'il essaie d'aider le malade. C'est pourquoi il est autorisé à utiliser un subterfuge dont il espère des conséquences favorables. Le principe de bienfaisance l'emporterait sur le principe d'autonomie.

Par ailleurs, l'information n'a pas de raison d'être si elle n'a pas une portée thérapeutique ! Le poids des mots et des représentations en psychiatrie doit être constamment pris en compte dans l'information à délivrer.

Les erreurs à ne pas commettre seraient [5] :

- Mentir, banaliser, se dérober.
- Ne parler que de l'aspect scientifique du diagnostic.
- Être le seul à parler, sans laisser parler le patient.
- Annoncer le diagnostic entre deux portes, par courrier, par téléphone.
- Ne pas parler de la suite de la prise en charge.

#### LA QUESTION DU CONSENTEMENT

Une personne qui participe activement aux décisions la concernant, telle est l'attitude éthique la plus adéquate. Certains ont voulu faire évoluer la terminologie du consentement libre et éclairé en proposant d'autres termes tels « assentiment », « agrément libre et conscient » car en psychiatrie plus encore qu'en médecine :

- Le terme de consentement contient une dimension aliénante.
- La notion de « libre » est galvaudée parce qu'il existe toujours une dépendance.
- L'information éclairante complète est intrinsèquement illusoire.

Comment dans des conditions comme la catatonie, la schizophrénie, les dépressions sévères, obtenir un consentement, à plus forte raison un consentement à des soins dont le patient estime n'avoir nul besoin ?

« *L'autonomie se reconfigure au chevet du patient, en*

*dialogue étroit avec les soignants. Tout respect de la volonté du malade se fait au cas par cas. Ce faisant, l'une des qualités essentielles chez le soignant est une intelligence en situation, c.-à-d. une intelligence dans laquelle sont impliquées des qualités humaines telles que l'intuition, l'écoute de l'autre mais aussi l'expérience » [6].*

#### LA RESPONSABILITÉ

Une personne responsable peut s'estimer lésée. Tel est parfois le souvenir gardé d'un séjour en service de psychiatrie. D'où l'extrême importance de laisser les patients s'exprimer en répondant à des questionnaires de satisfaction concernant leur séjour hospitalier et surtout les soins qu'ils y ont reçus ainsi que leur degré de participation au programme les préparant à leur sortie du service.

#### LES FAMILLES

Dans la prise en charge de nos patients, une place de choix doit être réservée à leur entourage proche, en distinguant bien les personnes qu'ils auraient choisies eux-mêmes pour cela.

Des programmes d'éducation thérapeutique à la schizophrénie, au trouble bipolaire, au trouble obsessionnel-compulsif,... augmentent l'adhésion aux soins des patients et contribuent surtout à l'amélioration de l'image de la maladie auprès de leurs proches.

#### LA PRIVATION DE LIBERTÉ

Dans certains cas particuliers, des patients en service de psychiatrie peuvent subir une contention physique ou une mise en chambre d'isolement. De telles pratiques, bien codifiées par la loi, doivent répondre à des critères techniques mais surtout à des critères éthiques bien cernés :

- \_ Réfléchir préalablement et prendre la décision de contention avec beaucoup de précaution.
- \_ Réaliser une contention chimique.
- \_ Considérer ces mesures comme étant minimales, temporaires et de dernier recours.
- \_ Maintenir la communication tout au long de la procédure en assurant un accompagnement intensif.

Les contre-indications à l'utilisation de tels moyens seraient :

- \_ Le recours à ces moyens de contention en guise de punition.
- \_ Le recours à ces moyens en vue d'assurer le confort de l'équipe soignante.
- \_ Une instabilité hémodynamique.
- \_ Des conduites d'automutilation.

Pour la contention physique, des protocoles se rapprochant le plus d'une efficacité et susceptibles d'être admis seraient entre autres :

- \_ Être au moins 4 personnes.
- \_ Désigner dès le départ un leader (médecin ou infirmier) qui sera le chef d'orchestre de l'équipe (donnera les ordres nécessaires aux membres de l'équipe, mènera le contact direct avec le patient...).
- \_ Avant de s'introduire auprès du patient, le leader rappelle à l'équipe la démarche à suivre et distribue les tâches à chacun. S'il s'agit d'une patiente, une présence féminine d'au moins une personne dans l'équipe est exigée.
- \_ Processus de la contention physique : L'équipe s'introduit en adoptant une attitude professionnelle non menaçante. Le leader explique au patient l'indication de la contention physique ainsi que le déroulement. Lors de la contention, le leader tient la tête du patient et chacun des autres membres de l'équipe retient le membre préalablement assigné, en contrôlant l'articulation correspondante. Le médecin traitant ne doit pas participer activement à la procédure.

Pour le recours à une chambre d'isolement :

- \_ L'infirmier ou l'interne accompagné par au moins 4 personnes de l'équipe soignante explique au patient l'indication du recours à la chambre d'isolement.
- \_ Le patient sera accompagné d'un infirmier et de 2 membres de l'équipe soignante au moins, l'acheminant vers la chambre d'isolement.
- \_ L'infirmier explique alors au patient qu'il sera surveillé par une caméra et que les échanges se feront au moyen d'un micro lié au bureau infirmier.
- \_ Verrouiller la porte de la chambre.

L'attitude la plus adéquate serait d'en parler et reparler au patient de ces moyens utilisés à son encontre en insistant sur sa sécurité. Il serait souhaitable et vivement recommandé d'anticiper de tels actes en obtenant l'adhésion du patient à de telles techniques dans les périodes où il est capable de comprendre qu'il peut présenter un état d'agitation qu'il ne peut pas contrôler.

#### LES ADDICTIONS À L'ALCOOL ET AUX DROGUES

Les personnes souffrant d'addiction à l'alcool et aux drogues doivent avoir un minimum de repères dans le service où elles seront admises.

1. Faire part aux patients, avant le début du traitement, de leurs droits quant à la confidentialité et leur expliquer les situations qui pourraient mettre en péril le secret médical.
2. En cas de besoin, donner les informations strictement nécessaires sans faire part de tous les détails.
3. Collaborer avec les patients et les avertir à chaque

fois qu'il faut révéler des informations.

4. Pour les patients référés par des instances judiciaires, limiter le partage de données à la participation ou non au programme thérapeutique ainsi qu'à d'éventuels éléments urgents et éviter de donner tous les détails du traitement.
5. Ne jamais hospitaliser une personne contre son gré sauf pour traiter l'urgence d'une « overdose » ou d'un état physique dangereux.
6. Ne jamais récolter un tissu humain (urines, pour y doser les toxiques) sans consentement du patient et restitution ultérieure des résultats.

#### LES ÉLECTROCHOCES

L'électroconvulsivothérapie ou électrochocs est une modalité de soins extrêmement efficace dans certaines conditions, épisodes catatoniques ou dépressions sévères. Elle est régie par des lois spécifiques dans bon nombre de pays, avec une focalisation sur l'information et l'obtention du consentement du patient.

Devant un refus des électrochocs et si le médecin est convaincu que cette technique est la méthode convenable pour traiter le patient, il convient :

- De s'assurer que le patient est apte à consentir et à refuser. Du fait de leur état dépressif sévère, certains patients ne voient aucune possibilité d'amélioration, ils ne refusent pas pour ainsi dire mais s'opposent. Aller à leur rencontre serait une forme de violence, mais violence souvent requise, en veillant à la réduire le plus possible grâce à une relation de confiance attentive, à l'écoute et à la parole.
- Dans certains cas, des patients peuvent dire non mais leur comportement dit oui, par exemple accepter l'hospitalisation et aller à l'encontre des traitements proposés.

- Un refus devrait être encore plus « éclairé » qu'un consentement ! Cela invite souvent à recommencer à informer le malade à propos de l'action envisagée [7].

#### CONCLUSION

Le soin psychiatrique prend sa dimension éthique particulière d'être une histoire qui se déroule, se construit et se parle dans la singularité, d'où la nécessité d'être en permanence dans la réflexion et ceci dans chaque prise en charge.

L'éthique ne va pas de soi, elle prend racine dans un engagement, une volonté d'aider l'autre en souffrance, mais pour cela il est nécessaire de comprendre et reconnaître cette souffrance. C'est le questionnement qui va permettre de répondre aux principes éthiques de dignité, d'équité et de bienfaisance auprès du patient.

Nous avons essayé de relater l'importance de tels repères dans notre exercice au quotidien. Toutefois, en psychiatrie, plus qu'ailleurs en médecine, le savoir-faire se conjugue aussi toujours au savoir-être du soignant.

#### RÉFÉRENCES

1. Madrid Declaration on Ethical Standards for Psychiatric Practice, World Psychiatric Association, 1996.
2. La charte de l'utilisateur en santé mentale. Droit, déontologie et soin, mars 2002; 2 (1): 73-77.
3. Kim JH, Tor PC, King J, Seo JS. A Korean survey on qualities and definition of a good psychiatrist. J Korean Med Sci 2015; 30: 632-638.
4. Labouret Olivier, Le Monde, 1<sup>er</sup> avril 2015.
5. Galinowski A. L'annonce du diagnostic en psychiatrie. Laennec 2011; 3: 44-58.
6. Pelluchon C: L'autonomie brisée, Bioéthique et philosophie, Paris: PUF, 2009.
7. Richa S, De Carvalho W. Les enjeux éthiques de l'électroconvulsivothérapie, L'Encéphale 2016; 42 (6): 594-7.