

[texte](#)

[article](#)

Hospitaliser sur demande d'un tiers ? Une mise à l'épreuve des valeurs éthiques du médecin

"Les connaissances et l'expérience du praticien sont bien sûr en jeu dans la décision d'hospitalisation sur demande d'un tiers, mais il faut reconnaître aussi que les domaines d'ignorance du praticien le sont tout autant. Se poser la question de savoir avec quoi on délibère, c'est vouloir réduire les risques de décider avec des impressions alors qu'il serait peut-être possible de fonder l'acte sur une démarche plus argumentée.

Par: Georges Berthon, Psychiatre, praticien hospitalier /

Publié le : 08 Janvier 2007

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Poursuivre la réflexion

L'acte par lequel une personne va être effectivement hospitalisée ou non en hospitalisation sur demande d'un tiers (HDT) procède d'une décision du médecin qui fait un choix à un moment donné. C'est un choix difficile.

La constitution d'une bonne ambiance relationnelle est un préalable indispensable visant à dépasser les inconvénients d'une rencontre imposée. Cela permet la mise en place de l'examen clinique proprement dit, qui n'est pas dissociable des débuts d'une relation spécifiquement soignante.

C'est bien sous l'égide du droit, lequel conçoit la notion de capacité à consentir, que le médecin doit apprécier les différents paramètres, cliniques et de conjoncture, qui vont lui permettre d'affirmer ou non que la pathologie constatée relève de l'HDT, et en même temps d'apprécier si le patient est capable de prendre la décision de consentir ou de refuser les soins proposés.

Les connaissances et l'expérience du praticien sont bien sûr en jeu dans cette décision, mais il faut reconnaître aussi que les domaines d'ignorance du praticien le sont tout autant. Se

poser la question de savoir avec quoi on délibère, c'est vouloir réduire les risques de décider avec des impressions alors qu'il serait peut-être possible de fonder l'acte sur une démarche plus argumentée.

Introduire de la confiance là où il y a méfiance

Initiée par une rencontre, permise par une reconnaissance de la souffrance, fondée sur l'examen clinique, la décision de recourir ou non à l'HDT peut à notre avis s'appuyer aussi sur la confiance faite au patient quant au chemin qu'il va prendre demain, alors que le seul examen objectif de ce qu'il peut montrer aujourd'hui ne peut déboucher que sur la méfiance. Nous voudrions montrer que si le droit des responsabilités nous habitue à la recherche des faits, obligatoirement objectifs car évalués à posteriori, le soin est lui tout entier tourné vers l'avenir, avec sa part de risques mais aussi d'espoirs.

Or il se trouve que la quasi-totalité des considérations sur le consentement des patients proviennent des réflexions issues du modèle juridique dont la majorité des médecins oublie d'ailleurs d'autres aspects que ceux ayant trait à la réparation des litiges. Nous pensons qu'il est possible d'élaborer une conception soignante du consentement, à partir d'une pratique de la confiance faite au patient, et sans qu'elle soit incompatible avec le droit. Mais avant d'envisager vers quelles perspectives cela peut nous entraîner, il faut d'abord se tourner vers ce dont nous disposons déjà. Nous savons que le recours à des méthodes thérapeutiques impliquant une privation de liberté est à confronter aux principes de liberté tels qu'ils sont affirmés par le droit et les principes fondamentaux sur lesquels se fondent les sociétés dans lesquelles les patients sont soignés. C'est en ce sens que le médecin psychiatre situe son action autant dans la sphère privée du colloque singulier que dans le cadre de la place que lui assigne la collectivité. L'approche médicale, et en particulier psychiatrique, pense la liberté de l'homme en théorisant ce qui la réduit. Sur le plan du droit, la question est de savoir jusqu'où l'Etat peut se permettre de priver quelqu'un de liberté pour un motif de soin et sans tomber dans un usage politique de la thérapeutique psychiatrique. Aborder la pratique de l'hospitalisation sous contrainte, c'est donc tenter de concilier les deux approches au bénéfice d'un seul patient, à la fois sujet de droit et affaibli dans son usage de sa liberté.

L'approche médicale du consentement et l'influence anglo-saxonne

Les situations pathologiques envisagées dans le cas de l'HDT sont les suivantes : la clinique suicidaire, l'agitation avec le risque potentiel d'atteinte à autrui, les délires, l'incurie, les troubles de l'humeur (c'est-à-dire les dépressions), les prises d'alcool ou de toxiques. On le voit, tous ces comportements peuvent revêtir soit un caractère franc et massif, soit au contraire montrer un caractère vague et imprécis, ainsi qu'une faible intensité des phénomènes présentés. Dans ce dernier cas, l'intuition de recourir à l'HDT surgit avec la même intensité que celle de ne pas y recourir et il est donc difficile de conclure rapidement en fonction de ce qui est spontanément ressenti. On note par ailleurs que ces comportements peuvent aussi être envisagés selon les trois structures possibles de personnalité que sont les névroses, les psychoses et les perversions. C'est donc la combinatoire et la confrontation de plusieurs modèles de référence qui va permettre d'avancer dans cette problématique complexe car seule une approche munie de plusieurs références conceptuelles va être, non

seulement utile, mais aussi la seule façon de dépasser l'apparente égalité des arguments visant, soit le recours à la contrainte, soit au contraire son rejet.

Pour ce qui est du consentement lui-même, l'article 36 du Code de déontologie médicale énonce qu'il « doit être recherché dans tous les cas. Lorsque le malade en état d'exprimer sa volonté refuse des investigations ou le traitement proposés, le médecin doit respecter ce refus après avoir informé le malade de ses conséquences ». Les textes nationaux ou internationaux soulignent également que l'exception à cette règle n'est autorisée qu'en cas d'urgence et de nécessité. La loi du 4 mars 2002, relative au droit des malades et à la qualité du système de santé, indique « qu'aucun acte médical ni aucun traitement ne peut être pratiqué sans le consentement libre et éclairé de la personne et ce consentement peut être retiré à tout moment ».

La culture médicale anglo-saxonne théorise le consentement depuis plusieurs décennies et il nous semble important d'en tirer des enseignements. Le concept de capacité à consentir de l'approche américaine centre son intérêt sur l'information, la volonté et la capacité. L'idée retenue est de ne pas se contenter d'un seul critère d'appréciation et que si plusieurs sont à utiliser, l'accent est mis sur l'inutilité de rechercher à faire un score global. Les mesures sont donc citées comme devant rester des guides d'orientation du clinicien. L'idée d'un seuil mobile pour distinguer la capacité de l'incapacité se dégage également de façon très nette. Par contre, les difficultés surviennent dès lors que l'on prend ou non en compte les conséquences des décisions du patient en plus de l'intérêt variable à l'égard de l'autonomie. On note également que la recherche d'une plus grande précision entraîne toujours une augmentation du nombre des critères, éparpillés en de nombreux sous critères sans que l'on voie une raison pour que cela s'arrête. Est-ce bien utilisable et par qui ? De plus, ces techniques d'évaluation semblent devoir être appliquées en dernier recours par des spécialistes et ce sont les psychiatres qui sont manifestement désignés pour tenir ce rôle. Est-ce judicieux et compatible avec une fonction soignante ? On voit aussi que l'ensemble de ces recherches se constitue sous l'égide de la confrontation entre médecine et justice car il y a manifestement une tendance forte à privilégier les études reprenant les critères des tribunaux. Toutefois, on voit que cela peut avoir des effets à notre sens tout à fait intéressants comme le fait de ne pas chercher à définir la capacité mais plutôt à en postuler la présence, pour adopter une réflexion centrée sur les altérations de cette capacité uniquement lorsque son usage pose manifestement problème. Mais ces bons effets du pragmatisme américain ne vont-ils pas trop loin quand ils obligent à postuler l'existence d'un patient supposé idéal, en quelque sorte caché derrière l'ensemble de cette théorie du consentement ? On peut en effet se demander s'il n'existe pas un paradigme tacite décrivant implicitement tous les hommes et donc les patients, prenant des décisions en toute objectivité, c'est-à-dire froidement car pouvant s'affranchir de toute affectivité. Nous pensons que les conclusions de l'école américaine sur l'approche du consentement peuvent heurter les pratiques européennes essentiellement pour deux raisons. D'une part, il existe une raison d'ordre juridico-politique qui accorde à l'autonomie un statut particulier et qui aux Etats-Unis donne à celle-ci une dimension très forte avec un sens d'autodétermination absolue. Ici, ce qui heurte n'est pas contestable d'un point de vue strictement éthique, à moins de contester aux Américains le choix de leur type de contrat social. D'autre part, il nous semble que le concept de subjectivité n'est pas assez, voire pas du tout pris en compte lorsqu'il s'agit d'aborder la question du consentement au regard de la clinique. Nous pensons qu'il est en effet tout à fait critiquable d'ignorer à ce point la réalité de la subjectivité, et du malade en particulier, dès lors que c'est à un homme total, et non pas représenté par sa seule raison, à qui l'on demande de prendre position à l'égard des soins dont il a besoin.

L'approche juridique du consentement

En droit français, on peut dire que l'autonomie est une valeur parmi d'autres et ce n'est pas cette valeur-là qui limite le droit à l'autodétermination des personnes, mais bien le refus de les considérer comme propriétaires de leur corps.

On considère donc que le patient n'est pas totalement souverain lorsqu'il lui est demandé de consentir à des soins ou de les refuser. Ainsi donc, même si le devoir d'informer peut relever parfois d'une nécessité rationnelle préalable à l'exercice de l'autonomie, l'exigence du respect du principe constitutionnel de sauvegarde de la dignité de la personne humaine soutient le devoir d'information. À notre avis, il est absolument nécessaire de penser la question du consentement, certes dans sa dimension éminemment singulière, mais avec en toile de fond l'exigence d'une connaissance du contrat social dans lequel le médecin, comme le patient, évoluent dans une égalité citoyenne. De cette façon, le médecin peut commencer à penser une éthique de sa pratique qui n'oppose pas le colloque singulier avec les besoins collectifs. Pour le médecin, comme pour le patient, penser une éthique du soin, c'est lier les devoirs interindividuels propres au cas de ce patient-là, avec les devoirs citoyens du médecin et du patient, auxquels ils se soumettent ensemble. Ainsi, il est absurde d'opposer le droit à l'éthique car les valeurs de l'éthique sont dans le droit et si certaines valeurs semblent manquer, c'est à la politique d'aller plus loin. N'est-ce pas à ce niveau que les soignants ont le devoir d'éclairer le débat ?

La nécessité d'une réflexion soignante sur le consentement

Il s'avère que, soigner, faire le diagnostic et évaluer la capacité à consentir sont intimement liés dans un entretien à dimension thérapeutique qui doit également satisfaire aux règles fondamentales qui régissent la relation médecin malade dans notre pays. Nous pensons qu'il est possible d'avoir un point de vue critique à l'égard, d'une part, des concepts d'autonomie et de consentement tels qu'ils sont habituellement repris dans le monde médical et, d'autre part, de la façon dont est utilisée la conception juridique de l'autonomie de la volonté et de l'acceptation du consentement qui en découle.

En premier lieu, nous relevons que dans le monde médical, autonomie et consentement sont parfois synonymes, au sens où le niveau théorique du respect de l'autonomie renvoie, au niveau pratique, au respect du consentement.

Par ailleurs, la réflexion sur le consentement, en partie calquée sur le modèle juridique, amène à le décrire comme étant la résultante d'une analyse raisonnée des informations données. La raison, considérée ici comme le seul outil à mettre en œuvre, et donc à évaluer, devient le seul outil du consentement. Il en ressort que le seul consentement valable est un consentement raisonné et il est censé être le seul qui garantisse un consentement libre. Mais, existe-t-il un soignant qui croit à la réalité d'une telle liberté ? C'est la même chose pour les juristes, car ils croient à la réalité civilisationnelle, et non réelle, du « devoir être » qui énonce que la liberté acquise par la raison doit être ce vers quoi l'homme doit se tourner pour toujours plus s'hominiser. L'homme libre, autodéterminé par la raison, est une fiction. Alors, si les juristes savent bien que le modèle auquel ils se réfèrent n'est pas l'homme réel, pourquoi les soignants le prendraient-ils pour une réalité ? Et pourquoi le prendraient-ils aussi pour un repère ? On assiste donc au paradoxe que les soignants, dont l'expérience les rend méfiants à l'égard d'un postulat de liberté humaine, se réfèrent néanmoins à un repère

juridique de liberté postulée. Le problème est que cette théorie de la liberté vers laquelle il faut tendre, prise pour une réalité accessible quand il s'agit d'exercer le consentement, conduit à penser que le consentement libre est la face concrète de l'autonomie. Du coup, respecter l'autonomie, c'est respecter le consentement libre, c'est-à-dire la logique rationnelle érigée en une valeur autosuffisante. Bien plus, elle devient ainsi la seule valeur traductrice d'une autonomie d'homme et cela conduit à penser que tout ce qui n'est pas consentement fondé sur la seule raison n'est pas respectable.

Nous pensons qu'il y a là la marque d'une fascination pour l'intelligible qui fait croire que ce qui est respectable doit être ce qui peut se comprendre dans un partage universel. À notre sens, il est préférable de penser que tout ce qui peut se partager nécessite l'usage de plusieurs langues, c'est-à-dire de plusieurs registres de l'humain.

L'autonomie de raison et l'autogouvernement réel

Pour nous, l'autodétermination de l'homme procède d'une complexité qui lui échappe et la raison n'est qu'un outil qui permet d'élargir le champ de la connaissance à la manière d'un phare dans l'obscurité, laquelle, de par sa nature, interdit d'en postuler les limites. Affirmer que cette méthode va un jour tout éclairer s'appelle le scientisme et cela procède donc d'une divinisation de la raison. Nous pensons que le raisonnement médical ne peut partir d'une telle raison idéalisée et d'une abstraction de liberté posée d'avance face à l'expérience d'un malade qui montre surtout que son problème est d'en manquer. On peut donc postuler la réalité d'une autre conception de l'autonomie et donc du consentement. Nous pensons qu'il faut se référer à la notion d'autogouvernement réel, c'est-à-dire une autorité qui s'exerce plus ou moins bien selon les circonstances, qui permet de prendre en compte en premier lieu la variabilité de ce qui détermine l'homme sur son chemin. Ce type d'autonomie concrète utilise la raison pour se déterminer, mais pas seulement car d'autres ressources que la raison interviennent pour guider cet autogouvernement réel.

Si on reprend les préceptes fondamentaux de l'éthique, on note que ce qui préside à la nécessité de respecter l'autonomie, c'est le principe de respect de la dignité des personnes. Ce n'est pas le respect de la raison. Pourtant, à la lecture de nombreux textes, dit de droit médical, comme la loi du 4 mars 2002, le consentement semble être exigé au nom du respect de l'autonomie fondée sur la seule raison. Beaucoup de soignants adhèrent à cela sans sourciller. Les conséquences d'une conception élargie de ce qui fait l'autonomie réelle sont pourtant à nos yeux intéressantes pour revisiter la notion de consentement.

À partir du moment où la maladie est comprise comme un événement grave de nature à déstabiliser un gouvernement initialement en paix, régi préférentiellement par la raison, mais pas seulement, on peut imaginer que les facultés d'adaptation réalisent un autogouvernement de crise, qui puise dans les standards les plus archaïques de l'humain, au point de le faire un temps ressembler à l'animal par certains côtés. Pourquoi cela ne serait-il pas respectable ? pour autant que cela marche ? La partie non raisonnable de l'homme est pourtant profondément humaine, ce qui nous autorise à aborder la question de l'autonomie à partir, non pas d'une égalité juridique, mais de notre égalité sur le plan biologique et inconscient. Cela revient à se savoir égaux sur ce mode-là pour, ensuite, mais seulement ensuite, penser au mouvement d'élévation ou de dépassement de cette condition-là. Nous pensons que toute atteinte de la quiétude de l'homme le fait régresser, pour employer un terme de la psychologie, le disposant dans un registre où la notion de liberté n'a plus vraiment sens, comme Schopenhauer a pu le montrer. Plus l'homme régresse vers ses

profondeurs, et plus il rejoint l'universel d'une condition partageable, y compris avec le vivant non humain, et donc ce mouvement ne singularise pas, mais au contraire uniformise l'espèce humaine en une condition commune. Cela n'a rien de déshumanisant non plus puisque c'est à partir de tout cela que chacun va cette fois s'individualiser, se singulariser. Si donc la conception de l'autonomie s'appuie sur le socle de l'universel humain, désingularisant chacun d'entre nous sans nous déshumaniser, il est alors possible, à partir de ce sentiment d'égalité fraternelle, de s'aider pour gravir les échelons qui mènent à un accomplissement personnel de plus en plus référé à la raison qui libère. Selon notre conception, soigner devient l'accompagnement d'une reconquête, au sens d'une remontée du chemin d'humanité et non l'accompagnement d'une personne qui a chuté d'en haut. Malheureusement, quand certains disent que la maladie " fait perdre la raison", ils laissent entendre que le vrai homme est parti d'en haut, là où siège la référence du patient idéal.

Faire crédit à l'homme des profondeurs

Il nous semble que l'homme de la médecine part "d'en bas", et que la médecine à vocation pour le faire aller plus haut et sans savoir à priori jusqu'où. Le soignant sait aussi qu'il est coûteux de faire ce chemin et que l'économie de guerre d'un autogouvernement de crise n'a pas les moyens de refaire seul cette épreuve. C'est pour cette raison que nous proposons la métaphore du crédit pour montrer que, à partir d'un postulat d'égalité, en humanité et non en droits, il est possible d'aider quelqu'un en croyant à sa vocation à reprendre un chemin de personnalisation, vers toujours plus d'humanisation, donc en s'appuyant sur la raison qui permet de dépasser les seules lois de la nature. Mais sans les renier, c'est-à-dire notamment en reconnaissant que la raison est quelque chose en plus de tout le reste, sans quoi cette raison n'existerait pas.

Faire crédit au patient qu'il va être en mesure demain de consentir avec sa raison, c'est se baser aujourd'hui sur le constat clinique de modes d'autodéterminations qui sont viables. À partir du moment où les résultats sont là, c'est-à-dire qu'il y a autoconservation manifeste et que les pistes à venir indiquées par le soignant ne sont pas récusées par le patient, pourquoi ne pas respecter l'accord du patient de poursuivre les soins ? Alors bien sûr, il y a les cas où l'autogouvernement démissionne, est en fuite ou prend des décisions catastrophiques. Comme pour les bons actes d'un gouvernement, les mauvais s'évaluent uniquement au regard des résultats. Et si un patient est mené à son autodestruction, cela veut dire que son autogouvernement n'est pas respectable, et donc que sa forme d'autonomie n'est pas à respecter. C'est alors un devoir de la contrer car il n'y a plus rien qui guide la destinée de ce patient, qu'il faut littéralement sauver.

Nous sommes conscient que notre approche relève sans doute d'un certain idéalisme. Par contre, il nous semble que cela permet de compléter le point de vue juridique en adjoignant des critères plus charnels à la visée civilisatrice du droit. C'est donc en se référant à cette conception d'un consentement "qui part d'en bas" et auquel on peut faire le crédit qu'il va s'enrichir peu à peu de plus en plus de raison, qu'il faut examiner en quoi cela peut servir de critère de décision lorsqu'il s'agit de choisir de recourir ou non à l'HDT.

Décider ou non l'HDT

Dans notre pays, il incombe au seul médecin d'être le juge de ce qui va advenir d'un homme

ou d'une femme selon qu'il reconnaîtra que sa capacité à consentir est valable ou pas. Cette situation est en soi un problème éthique parce que la décision d'interner quelqu'un est très facile à prendre. En effet, si le médecin choisit de privilégier délibérément les arguments menant à l'HDT, il a la garantie de n'être pas inquiété. Qui viendra dire en effet qu'il n'était pas nécessaire d'être trop prudent dans un cas où le patient évoquait des idées suicidaires, même ténues ? Nous pensons également que dans l'hypothèse d'une judiciarisation de la procédure d'HDT, cela ne changerait rien sur ce point car le juge ne serait pas non plus facilement en mesure de passer outre un tel avis médical.

On se retrouve face à deux éventualités. Soit la personne est finalement reconnue apte à consentir et l'hospitalisation n'est envisageable que si elle l'accepte (donc au risque d'un refus), soit la personne est reconnue comme inapte à consentir, mais le recours à la contrainte pose alors lui-même question.

Parfois, le recours à la contrainte n'est pas justifié alors qu'il y a inaptitude à consentir. Cela peut être le fait, par exemple, d'une personne tout à fait envahie par une pathologie délirante, mais de manière relativement stable et dont la perspective d'une hospitalisation ne changerait rien. Tout dépend surtout de la tolérance de ladite société. En France, le législateur a justement prévu que pour être mis en HDT, il faut non seulement avoir des troubles psychiatriques certains, mais également présenter une clinique dont le pronostic d'aggravation est très probable, c'est-à-dire signifiant une mise en danger de l'intéressé ou des autres.

On le voit, la considération thérapeutique est sous-jacente à la décision finale et c'est ce qui nous conduit aussi à évoquer maintenant une autre éventualité où la contrainte pose problème, cette fois pour des raisons thérapeutiques.

En effet, le recours à la contrainte gêne parfois les soins. Nous voulons parler des cas où la perspective thérapeutique n'a de sens que si elle est prise en accord avec le patient, au sens qu'elle requiert sa participation, ce qui signifie du même coup le passage obligé par une alliance obtenue avec les moyens du moment, pour un consentement futur, qui sera cette fois reconnu valable au sens juridique. Ainsi, il est possible que le psychotique et le névrosé aient de bonnes raisons pour récuser la décision des autres de recourir à l'HDT "à leur rencontre". La différence est que pour le psychotique il s'agit de sauver sa vie, c'est-à-dire l'interprétation qu'il en a, faute de mieux, alors que le névrosé cherche (seulement) à sauver la face. Le schéma d'un patient qui, une fois rétabli, comprend et accepte rétrospectivement la décision de recourir à l'HDT, ne rend en effet pas bien compte des jugements à long terme des patients sur la contrainte qu'ils ont subie. Comprendre avec la raison ne fait pas effectivement l'acceptation, et cela s'avère pourtant parfaitement sensé. Le modèle de la médecine somatique est donc trop réducteur pour penser la question du consentement, notamment dans son déroulement sur la durée.

Le crédit au consentement

À notre avis, le recouvrement très probable de la capacité à consentir peut être pronostiqué sur la base d'arguments évolutifs tout à fait objectifs. Pourquoi, en effet, priver maintenant le patient des bienfaits d'un statut, alors qu'il est raisonnablement certain qu'il en aura la pleine jouissance demain ?

L'idée consiste à dire que le médecin évalue la situation clinique au plus bas de la déstabilisation du sujet. Comme nous l'avons déjà dit, il est indispensable que le médecin respecte les schémas non raisonnés "qui font tenir le patient". Les arguments qu'il apporte,

fondés sur la raison, doivent être considérés comme des éléments supplémentaires au dialogue et ne doivent jamais être utilisés pour contredire le patient. À ce moment, la tâche du médecin consiste à rechercher plusieurs choses, notamment ce sur quoi se fonde l'autogouvernement du patient :

- Quelle est la probabilité que cet autogouvernement conduise à l'effondrement de ce qui tient encore ?
- Si c'est effectivement probable, les arguments rationnels délivrés par le médecin sont-ils de nature à empêcher cet autogouvernement de s'effondrer ?
- Quelle est la probabilité que cet autogouvernement conduise, spontanément, à un rétablissement progressif d'une autonomie plus raisonnée ?
- Quelle est la probabilité que cet autogouvernement conduise, avec l'aide d'arguments raisonnés, au même résultat ?

Sans prétendre vouloir donner des recettes sur ce qu'il convient de faire dans les différents cas de figure, il nous semble possible de livrer quelques pistes pour envisager les choix qui s'offrent au médecin.

Si l'autogouvernement du patient est clairement en voie de déliquescence, c'est-à-dire que le patient doute lui-même, soit des postulats issus de sa pathologie, soit de ses modes de défenses ou encore des arguments qu'on lui apporte, alors il y a une forte probabilité que le patient aille vers son auto déséquilibre. On est dans le cas où il est éthique de ne pas respecter l'autogouvernement du sujet car il n'a aucune chance de retrouver par lui-même, à la fois la guérison et la possibilité de se saisir de son autonomie raisonnée. Il faut donc user de la contrainte qui traduit en fait l'irrespect justifié pour un autogouvernement qui menace le sujet au lieu de le préserver.

Le raisonnement est le même pour le cas de l'autogouvernement d'un patient qui se montre d'emblée hostile aux arguments de raison, c'est-à-dire le cas où ces arguments ne font qu'aggraver la situation. On trouve notamment ici les pathologies psychotiques à dominantes persécutives. C'est le cas des patients avec qui le dialogue s'avère de plus en plus difficile au cours de l'entretien et où tout ce que dit le médecin alimente toujours un peu plus le délire au lieu de le réduire.

On arrive donc au constat que le patient se fonde sur une logique en perpétuel déséquilibre, qui va finir par conduire le sujet à sa perte, et toute tentative de le ramener à la raison, c'est-à-dire vers le haut de la pensée, ne fait que l'aggraver. Dans le cas des pathologies névrotiques, il arrive aussi de trouver un schéma similaire avec, par exemple, des personnes "qui se braquent" de plus en plus à mesure que le médecin évoque les alternatives possibles à une situation existentielle vécue comme une impasse. Là aussi, l'autogouvernement pris au piège de cette logique de radicalisation peut mener l'intéressé à l'effondrement et il n'est alors pas possible de prêter à cette personne une capacité future à consentir raisonnablement sur cette base-là.

On rencontre aussi des personnes dont l'autogouvernement peut être qualifié d'ouvert à un supplément d'argument venu de la raison. Cela peut être le cas des patients qui évoquent spontanément des objections ou des remarques qui sont comme les prémisses d'une critique raisonnée de leur situation. On assiste alors à l'édification progressive d'une autonomie réelle. Dans le sillage des schémas plus régressifs imposés par l'état d'urgence de la maladie, on voit que l'autonomie se construit dans la continuité d'un autogouvernement plus rudimentaire, mais pas pour autant sourd aux voix de la raison qui l'élève. Nous disons que pour ce type de patient, il est possible de lui faire crédit de l'usage d'un consentement authentique dès maintenant, car il en sera très certainement propriétaire prochainement. De plus, ceci est non seulement possible, mais nous ajoutons que c'est ici un devoir de faire crédit. En effet, cette forme de confiance qui consiste à croire aux capacités futures de ce

patient, sur la foi de ce qu'il donne à voir à travers la structure de son autogouvernement d'aujourd'hui, est une condition nécessaire à la survenue de cette autonomie pressentie. En effet, si le médecin constate le potentiel du patient tel que nous venons de le décrire, et qu'il bâtit néanmoins sa décision sans tenir compte de la parole du patient, donc en rejetant sa part de contribution possible à la décision thérapeutique, alors le soin ne pourra jamais plus faire l'objet d'un quelconque consentement. Ici, ne pas faire crédit, c'est l'assurance d'un consentement irrattrapable. Autrement dit, il est des cas où la personne ne peut, à terme, être définitivement titulaire de son consentement que si on lui a fait le crédit qu'elle en avait un au début des soins. C'est pour cette raison que nous pensons que la confiance dans la relation thérapeutique n'est pas une notion du ressort exclusif de la bienveillance, car elle peut directement contribuer au respect de la valeur d'autonomie et donc de la dignité selon une approche non paternaliste.

En définitive, dans un certain nombre de cas, où la facilité serait de choisir l'HDT, il semble possible de faire le pari de s'engager à deux sur le retour du sujet vers la raison, c'est-à-dire vers la responsabilité de ses choix, en reconnaissant avec lui et à l'avance, la validité d'une parole dont les preuves rationnelles viendront plus tard, parce qu'un crédit lui a été fait plus tôt. C'est décider au risque de s'engager. Enfin, et cette fois contrairement à un crédit bancaire, si le médecin se trompe, il n'a pas de gage à reprendre. Pour le médecin, le crédit au consentement n'est qu'un devoir, au risque de son échec, et donc de sa responsabilité.

Conclusion

Nous pensons que chercher à promouvoir une part de choix, même infime chez le patient, c'est lui donner des moyens pour s'engager sur le chemin de son consentement, c'est-à-dire de lui faire regagner sa dignité par l'exercice d'une part de liberté.

Plutôt que d'en rester à une formulation abstraite à la recherche du bien par rapport au mal, nous pensons, en soignant, qu'il faut partir du bon, par rapport au mauvais, c'est-à-dire revenir au corps et à ses incontournables vérités, là où les certitudes subjectives se fondent avec les vérités objectives. Le corps a ses lois que la raison tente de connaître et cela relève donc de la recherche, mais la pratique soignante apprend à percevoir les astuces que ce corps met manifestement en œuvre pour le faire tenir debout. Il s'avère que c'est là le socle universel où se réfugie l'humanité, souffrante ou non, faisant de ce registre un espace d'égalité fraternelle, car charnelle, entre les individus.

Ainsi, en complément du principe d'égalité du monde juridique, nous avons l'intuition que les soignants peuvent proposer une autre approche du consentement à partir de cette égalité au regard des profondeurs de l'humain. Elle permet de penser une forme de cheminement du patient vers la reconquête de son autonomie perdue. L'évaluation de ses capacités de consentement consiste alors à rechercher quelles sont les pistes à disposition pour aller plus loin en direction de la raison. C'est à partir de cette réflexion que nous livrons à la discussion l'intuition qu'un consentement est possible par anticipation, mais nous sommes aussi conscient des limites d'un tel concept qui confère un pouvoir exorbitant au médecin.

A l'image de l'ambition civilisatrice du droit, qui en énonçant le « devoir être » assigne des objectifs idéalisés inaccessibles, notre proposition d'un crédit au consentement trouve peut-être ses limites dans une foi démesurée en l'homme. Pourtant, il est légitime que les soignants revendiquent, dans leur monde, le droit de penser dans leur langue, celle qu'ils parlent avec les patients, et il est peut-être possible que dans cette langue-là, un nouveau langage du consentement puissent dépasser les apories des autres approches. Or le crédit

au consentement, c'est le pari d'aller plus loin vers la liberté, donc vers l'insécurité. Nous pensons que c'est là qu'intervient toute l'utilité d'exposer le soin au regard de la société. En effet, pour se permettre cette audace, il faut une soumission commune du médecin et du patient qui, dans l'intimité, et non l'isolement de la relation duelle, s'engagent selon les règles du contrat collectif. Peut-être alors que notre intuition d'un consentement à crédit, qui n'est qu'utopie dans un monde réduit à l'inter-individualité, peut devenir une réalité sous l'autorité collective du contrat social.

Dans le cadre de l'HDT, il s'agit de savoir si notre société peut accepter qu'un médecin puisse prendre le risque de ne pas recourir à la contrainte, pour un patient juridiquement inapte à consentir librement et, si oui, selon quelles règles de droit.

La valeur accordée au consentement ne suppose-t-elle pas implicitement une admiration sans bornes pour la maîtrise de la pensée et des actes ? On connaît pourtant l'impuissance de la volonté de maîtrise pour apaiser l'angoisse.

Alors, pour décider, ne faudrait-il pas savoir aussi user de la vertu du lâcher prise et faire crédit à la vie plutôt qu'à la seule raison ?

- [Page precedente](#)
- [Page 1/7](#)
- [Page suivante](#)

Partager sur :

- [Facebook](#)
- [Twitter](#)
- [LinkedIn](#)
- [Imprimer cet article](#)
- [Enregistrer en PDF](#)

Sommaire