

Contraindre, forcer, influencer, coopérer ?

Constraining, forcing, influencing, cooperating?

Rodolphe Charles

Université Jean Monnet, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Département de médecine générale, 42270 Saint-Priest-en-Jarez

rodolphe.charles@univ-st-etienne.fr

Correspondance : R. Charles

DOI: 10.1684/med.2019.494

Ordonner ?

Tous ces verbes paraissent antinomiques avec la pratique médicale contemporaine. En 2012, dans un article un peu provocateur sur l'ordonnance [1], nous posons la question : à l'ère de l'autonomie, peut-on encore ordonner ? Une tension est perceptible. Mettre de l'ordre (dans le traitement, dans les priorités, dans la tête du médecin, du patient ou du pharmacien) : oui ! Donner un ordre : non !

Feue la médecine paternaliste, vive la décision partagée. En 2013, la Haute Autorité de Santé (HAS) édite d'ailleurs une recommandation pour préciser le modèle et définir le concept de processus partagé de décision [2], traduit de l'anglais « *shared decision making* ». Elle complète en 2018 en proposant un guide pour les déclinaisons du modèle sous forme d'outils (brochures, logiciels, documents) d'aide à la décision pour les usagers [3]. « *Laisse-t-il [l'outil] un espace pour l'expression des valeurs et des préférences du patient ? Présente-t-il l'exhaustivité des options possibles, y compris la non-intervention ? Présente-t-il la décision à prendre et les éventuelles décisions ultérieures qui devront être prises selon les différents parcours envisagés ? Liste-t-il pour chacune d'entre elles : Les bénéfices escomptés ? Les risques éventuels ? Les incertitudes pour chaque option ? Liste-t-il pour chacune d'entre elles les avantages et inconvénients au regard des activités et contraintes actuelles du patient : sur la vie sociale ? Sur la vie familiale ? Sur la vie intime ? Sur la scolarité ou la vie professionnelle ? Le caractère réversible ou non de la décision est-il précisé ?* ». Ces questions balisent notre réflexion éthique dans la pratique courante et nous travaillons actuellement dans ce paradigme, un peu sur le fil. Pour peu qu'un patient nous demande de choisir à sa place, nous trouvons désormais cela suspect... Vite, apprenons-lui à devenir acteur de sa prise en charge !

Pourtant des situations cliniques nous posent question. Ce patient diabétique insulinodépendant voudrait continuer à conduire des poids lourds. Cet autre sujet, épileptique, effectuant des travaux acrobatiques, souhaite ne pas mettre un terme à sa carrière assez lucrative, il craint de ne plus jamais gagner aussi bien sa vie. Ce patient « *ne supporte plus sa maison, sa famille, le désordre, il a envie de les débarrasser...* » Je lui demande si, après, il se suiciderait. Il me répond : « *Quand on fait le ménage, on le fait comme il faut !* » Ces présentations radicales, illégales, anormales, nous transportent dans un autre paradigme, mais la contrainte devient conditionnée par la loi, presque explicitement guidée par la clinique. Le Code du travail, la commission préfectorale, le Code de la santé publique et son article L3212.1 (et suivants) sur les soins psychiatriques à la demande d'un tiers balisent une prise en charge qui apparaît contre le gré du patient, mais le protège de lui-même ou plus simplement évite de faire prendre des risques à la société.

Cette adolescente (mais majeure), anorexique, vacille régulièrement pendant les cours en amphithéâtre. Comment la convaincre de se mettre en contact avec un service de psychiatrie spécialisé dans les troubles du comportement alimentaire ? Que répondre à ses arguments ? Maigreux constitutionnelle, fatigue et stress de la préparation des examens ?

Les parents sont dans le déni ou absents, le manque de certitudes est en tension avec le danger de maladie sérieuse et accidentogène. Ce patient, sale, isolé, en retrait social, vivant dans un appartement où je ne peux m'asseoir tant le mobilier est encombré d'objets hétéroclites (il me faut faire les ordonnances debout, le cartable coincé entre mes genoux, car je n'ose pas le poser au sol trop collant et poisseux), se nomme désormais un syndrome de Diogène. L'épidémiologie est formelle : l'espérance de vie à 5 ans s'élève à 54 % (voir l'article de Mathilde Sollier dans ce numéro). Mais là aussi, la clinique s'effectue autour d'un continuum de symptômes qui va du manque d'hygiène simple (par provocation, opposition, marginalité) à la franche incurie avec comorbidité psychiatrique. L'isolement rajoute un degré de complexité. Faut-il intervenir pour protéger ou respecter l'habitus et finalement épargner à notre patient une surmédicalisation ?

Forcer, influencer, coopérer

Le livre de Livia Velpy, Pierre Vidal-Naquet et Benoît Eyraud « *Contrainte et consentement en santé mentale. Forcer, influencer, coopérer* » [4] peut donner l'impression à la lecture de la quatrième de couverture qu'il s'adresse à des spécialistes en psychiatrie ou en gériatrie. La prévalence des situations où se questionne la santé mentale et où domine le refus du patient d'être approché pour des soins psychiques en consultation de soins primaires ambulatoire s'avère si forte que le livre ne nous paraît même pas exotique. Il nous offre des pistes de réflexion autour de dispositifs de soins satellites de notre activité de généraliste (équipe mobile de psychiatrie-précarité et soins aux SDF, unité Alzheimer, unité de soins intensifs pour patient autiste, majeurs sous protection juridique) et parfois nous montre l'envers du décor (soins en psychiatrie, en prison). Sans pouvoir donner de réponse évidente à la question « *faut-il intervenir, forcer... ?* », les auteurs enquêtent sur « *comment les soignants choisissent leurs actions, comment ils négocient avec les usagers, comment ils organisent la collégialité de leurs interventions, comment se fabrique une éthique de situation dans ce contexte de démocratie sanitaire dont les deux injonctions dominantes sont : éviter la contrainte et rechercher le consentement* ». Bien sûr, l'enquête se situe dans les interstices, là où la tension des conflits de normes est à son maximum. Quand les risques sont suffisants pour rendre l'intervention souhaitable, mais que cette dernière semble stigmatisante, liberticide, ou incompréhensible pour le sujet qui refuse d'être considéré comme un patient, plaçant le soignant sous un *double bind*, une injonction paradoxale : protéger le patient contre les risques, tout en respectant sa liberté de les prendre ! L'impératif de liberté ne déleste pas le soignant de son devoir de protéger.

Depuis vingt ans, autour de la question de l'autonomie, se développe toute une législation pour tenir compte de l'avis des patients (consentement éclairé, pratique d'accompagnement, démocratie sanitaire, mais aussi loi sur les mesures de protection, loi sur le handicap, loi sur la fin de vie) adossée aux grandes directives européennes ou mondiales centrées sur les « droits de l'Homme ».

Des outils se déploient : chartes, projets de vie, projets personnalisés, notices d'informations. Des instances de contrôle se déclinent : contrôleur général des lieux de privation de liberté, juge des libertés, des tutelles... Les autorités administratives où s'écrivent les recommandations de bonnes pratiques se multiplient : Haute Autorité de Santé (HAS), caisse nationale solidarité autonomie (CNSA). Le généraliste est régulièrement convoqué : le patient peut-il gérer son budget ? Une tutelle devient nécessaire. Le risque de chute a-t-il été pris en compte ? Le patient doit être installé au fauteuil avec une sangle ventrale. Pourrait-il tomber du lit ou faire une fausse route ? Après le questionnement vient l'heure des certificats produits en masse : pour manger « mixé », pratiquer le sport adapté ou dormir dans un lit avec des barrières. Caricaturalement, les certificats s'allongent et multiplient les contournements, l'appel à la collégialité, les procès de vérification dès qu'il s'agit d'enfermer et de contenir face à des troubles sévères du comportement (autisme, démence, psychose) comme si toute la bien-traitance s'appuyait sur ces certificats.

La première partie de l'ouvrage est consacrée aux postures soignantes permettant d'éviter la contrainte en recherchant le consentement. L'article autour du travail de l'équipe mobile de psychiatrie précarité se rapproche de notre action à la marge avec nos patients les plus démunis, les plus isolés comme ces patients Diogène qu'il faut patiemment apprivoiser pour qu'ils s'approchent du soin. À l'instar de ces soignants de rue, comment le généraliste se trouve-t-il en tension entre une légitimation de l'intervention sans consentement et la non-assistance, recherchant les bénéfices d'une action « pas-à-pas » ? L'article sur les équipes spécialisées Alzheimer se déroule en territoire familial pour peu que le généraliste accepte de réaliser des visites à domicile ou de soigner dans les maisons de retraite et les EHPAD. Il faut bien admettre que ces équipes ont radicalement changé nos pratiques ces dernières années, facilitant autant la lutte contre l'isolement des patients et des familles que la pratique solitaire du praticien de soins primaires ambulatoires. Si les certificats, les classeurs, les réunions, en d'autres termes, la lourdeur du dispositif parfois nous effraient, il faut bien reconnaître qu'ils constituent une issue de secours par la collégialité au *double bind* décrit plus haut. Il s'agit bien pour le généraliste « *de trouver sa place dans une configuration* » (il s'agit d'un des intertitres de l'article inspiré par Norbert Elias), de prendre en compte le système relationnel complexe autour du malade : un art de l'influence, un agir sur la situation [5].

La deuxième partie observe des dispositifs de soins « clos ». Deux exemples choisis n'appartiennent pas à l'environnement du généraliste (unité autisme, unité hospitalière pour personnes incarcérées), mais les unités Alzheimer des EHPAD nous sont coutumières. Les auteurs précisent comment les soignants tentent d'invisibiliser leurs contraintes dans « des lieux fermés où l'on vit en liberté ».

La troisième partie interroge « *la production d'écrits pour orienter l'action* ». La privation de liberté devient « pensée » par un nombre croissant de documents ; si le

généraliste reste le professionnel « du certificat » les autres soignants manient d'autres outils : tableau de chute, de trouble du comportement, d'événements indésirables, classeur de relève, cahier de suivi des contentions au fauteuil, des apaisements en chambre. Indicateurs de la réflexion interprofessionnelle, ils peuvent à mon sens, prendre des valeurs symptomatiques : du fait de la culpabilité des équipes, devenir une sorte de « valeur refuge » ; banalisation des pratiques de contraintes sous couvert d'une justification hypertrophiée.

Recommandations et droit souple

Je terminerai par les réflexions que m'a inspiré l'article d'Olivier Renaudie sur la question du « droit souple ». Il correspond à un certain nombre de textes, s'ajoutant au droit conventionnel (code de la santé publique, code de déontologie...), qui vont préciser des orientations des pratiques soignantes en fonction de grands principes sur

les droits de l'homme (édicte par l'ONU, l'Europe), en fonction de déclinaisons imposées par des instances régionales (ARS), par des autorités régulatrices (HAS, Comité d'éthique, comités techniques divers) ou par des institutions (charte des malades hospitalisés). Les textes du droit souple se multiplient et tendent à devenir plus nombreux que ceux du droit conventionnel. Destiné à homogénéiser, normaliser les processus de soins et de prévention (surveiller), il se trouve parfois contesté par des mouvements d'usagers ou au contraire par des collègues disciplinaires. Ces mouvements tendent à le durcir et à le rendre opposable (punir). Le droit souple intervient sur nos pratiques en augmentant, plutôt qu'en soulageant, les multiples contraintes autour des professionnels du soin. Ce raidissement semble conduire l'entraînement des généralistes vers la pratique de la gymnastique d'assouplissement et du funambulisme. Un défi !

~ **Liens d'intérêts** : l'auteur déclare n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Heyraud-Lains M, Bally JN, Bonnefond H, Charles R. L'ordonnance à l'ère de l'autonomie : peut-on encore ordonner en 2012. *Médecine* 2012 ; 8 (8) : 368-72.

2. HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. Concept, aides destinées aux patients et impact de la « décision médicale partagée ». 2013 disponible à l'URL https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2013-10/12iex04_decision_medicale_partagee_mel_vd.pdf (consulté le 31/10/2019).

3. HAS. Éléments pour élaborer une aide à la prise de décision partagée entre patient et professionnels de santé. 2018 disponible à l'URL https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/elaborer_une_aide_a_la_prise_de_decision_partagee_mel.pdf. (consulté le 31/10/2019).

4. Velpry L, Vidal-Naquet PA, Eyraud B. *Contrainte et consentement en santé mentale Forcer, influencer, coopérer*. Presses Universitaires de Rennes - P.U.R. Le sens social, 2018.

5. Hennion A, Vidal-Naquet PA. Enfermez maman. Épreuves et arrangement : le care comme éthique de situations. *Sciences Sociales et Santé* 2015 ; 3 (33) : 65-90.