

# Les paradoxes de la contrainte et du consentement dans les programmes de soins en psychiatrie<sup>1</sup>

**Mathias Couturier**  
Maître de conférences  
en droit privé et sciences  
criminelles,  
Normandie Université  
(UniCaen), CRDP  
(EA 967), Pôle Santé,  
maladies, handicaps de  
la MRSH de Caen

**La loi du 5 juillet 2011 relative aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques sans leur consentement a fait évoluer de manière substantielle les modes de prise en charge des personnes soignées en dehors de l'expression de leur volonté.**

Elle a créé, à côté de l'hospitalisation complète, des « programmes de soins » qui peuvent se dérouler « sous une [...] forme incluant des soins ambulatoires, pouvant comporter des soins à domicile [...] et, le cas échéant, des séjours effectués dans un établissement [de soins] ».

La loi consacre ainsi une désinstitutionnalisation des soins entamée depuis longtemps par la création du secteur de psychiatrie, en lui adjoignant toutefois une dimension obligatoire. Est cependant posée la question de la nature précise de la contrainte dont cette loi autorise le déploiement depuis que, suite à une décision du Conseil constitutionnel du 20 avril 2012, le législateur a, par une loi du 27 septembre 2013, introduit dans le Code de la santé publique un texte indiquant que « aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme [d'un programme de soins] ».

Ainsi, il n'est pas légal, par exemple, d'amener manu militari un malade à ses rendez-vous s'il ne souhaite pas s'y rendre ou de lui administrer par la force un médicament qu'il refuserait. En d'autres termes, le programme de soins peut être imposé au patient mais il est illégal de l'exécuter s'il s'y oppose, ce qui signifie que la mise en œuvre des programmes de soins exige implicitement une forme de consentement de la part du malade. Son obtention est importante en pratique car, si les personnels soignants passaient outre un refus du malade, ils s'exposeraient à des condamnations pénales diverses.

On se retrouve alors confronté à une forme d'impasse logique. En effet, la loi exige, pour que les soins puissent intervenir, que la personne y ait au moins tacitement accordé son consentement. Or, la loi énonce dans le même temps que la personne soumise à une telle mesure est « dite en soins psychiatriques sans consentement » et justifie la mise en place d'une telle mesure de soins par le fait que « l'état mental de la personne rend impossible son consentement ». Comment faire reposer l'efficacité juridique d'un système de prise en charge sur un consentement dont la loi dénie dans le même temps l'existence comme la substance ? Par ailleurs, ce consentement fait l'objet d'une vive incitation résultant de l'existence dans la loi d'une alternative simple : soit le malade décide de collaborer en acceptant les soins, soit il les refuse et il est alors privé de liberté. La loi dispose, en effet, que le psychiatre, lorsqu'il met un programme de soins en place pour un malade, doit informer ce dernier de ce qu'un retour en hospitalisation complète est possible à tout moment lorsque le programme de soins « ne permet plus, notamment du fait du comportement de la personne, de dispenser les soins nécessaires



1. Pour une analyse complète, v. M. Couturier, « La contrainte et le consentement dans les soins ordonnés par l'autorité publique : vers une aporie juridique ? », *Revue de droit sanitaire et social* 2014/01, pp. 120-133.

2. D. Robiliard, Rapport fait au nom de la commission des affaires sociales sur la proposition de loi relative aux soins sans consentement en psychiatrie, doc. Ass. nat. n° 1284, déposé le 17 juillet 2013, p. 17.

3. *Ibid.*, p. 10.

4. Sur ce sujet, cf. O. Razac, Avec Foucault. Après Foucault. Disséquer la société de contrôle, L'Harmattan, 2008, p. 129.

à son état ». Comme l'explique alors le député D. Robiliard avec clairvoyance, « il pèse [...] sur le patient en programme de soins une obligation légale et morale de respecter ce programme, obligation assortie d'une sanction : le retour éventuel en hospitalisation complète en cas d'échec »<sup>2</sup>.

Le même député manque cependant de lucidité lorsqu'il écrit que le droit, en posant à présent pour règle que « aucune mesure de contrainte ne peut être mise en œuvre à l'égard d'un patient pris en charge sous la forme [d'un programme de soins] », infirme clairement certaines interprétations ayant découvert en la loi de 2011 une extension de la contrainte hors les murs de l'hôpital<sup>3</sup>.

Cette innovation législative initiée par le Conseil constitutionnel ne signe nullement une suppression mais une évolution de la contrainte. En effet, dès lors que le malade est informé de la menace pesant sur lui de

privation de liberté par retour en hospitalisation complète en cas de refus de collaborer aux soins, il existe bien une forme de contrainte. L'erreur serait, en effet, de croire que la notion se limite à l'exercice d'une force physique sur un individu : la contrainte désigne aussi, en fait comme en droit, les formes aigües de pression morale comme celle par laquelle un individu est menacé explicitement dans sa liberté d'aller et venir s'il n'obtempère pas. Il suffira, pour s'en convaincre, de rappeler que la réforme pénale à l'étude au Parlement entend créer une mesure dite de « contrainte pénale » qui, comprenant possiblement elle aussi des soins ordonnés, ne pourra pas plus que les programmes de soins faire l'objet d'une exécution par la coercition : son efficacité sera simplement, là aussi, assurée par la menace d'une privation de liberté. Il s'agit donc non pas de soins sous la contrainte mais d'une espèce de consentement sous la contrainte, ce qui pose alors la question de

la pertinence même du concept de consentement pour décrire ce processus d'acceptation des soins. La loi de 2011 signe donc bel et bien une diffusion de la contrainte hors les murs de l'hôpital et la loi de 2013 ne permet nullement de remettre en cause ce point. Elle crée néanmoins une contrainte d'un type nouveau qui tranche avec les formes disciplinaires du contrôle social que Michel Foucault avait théorisées. Il ne s'agit plus de prendre en charge l'anormalité mentale sur un mode coercitif et socialement excluant comme celui que constituait l'asile, mais de contrôler l'individu au cœur de la cité par des dispositifs multiformes et évolutifs assurant leur efficacité par une fabrication du consentement de l'individu à la mesure de surveillance qui lui est imposée.

Les ressorts de ce contrôle social d'un type post-disciplinaire ne reposent donc plus tant sur une distribution de force brute envers l'individu que sur une intériorisation du contrôle par ce dernier au travers d'une construction de l'adhésion à ce qui le contraint, celle-ci permettant d'économiser en partie la dépense de pouvoir nécessaire pour obtenir la docilité. L'individu devient alors en partie son propre gardien en s'imposant une forme d'autocontrôle personnel répondant à une demande extérieure<sup>4</sup>. ■

