



**HAL**  
open science

## Quelle éthique pour quels psychiatres ?

Caroline Guibet Lafaye

► **To cite this version:**

Caroline Guibet Lafaye. Quelle éthique pour quels psychiatres?. Sociologie, 2016, 2, pp.169-186.  
halshs-01311028

**HAL Id: halshs-01311028**

**<https://shs.hal.science/halshs-01311028v1>**

Submitted on 25 May 2017

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

# QUELLE ETHIQUE POUR QUELS PSYCHIATRES ?

Caroline GUBET LAFAYE<sup>1</sup>

*Résumé* : Le champ psychiatrique français est empreint d'une diversité notable de traditions qui, en dépit des découvertes des neurosciences, se perpétue. La présente étude vise à explorer une possible corrélation entre des types caractéristiques de psychiatres et des attitudes remarquables en matière d'éthique. Afin de préciser les formes de cette corrélation, nous envisagerons, en premier lieu, la fréquence avec laquelle ces médecins sont confrontés, dans leur pratique, à des situations appelant un questionnement éthique, puis la nature de ces situations et enfin le sens que la notion d'éthique prend pour chacun des types décrits.

*Mots-clés* : Éthique, psychiatrie, paternalisme, contrôle social, droits des patients.

*Abstract*: Psychiatry is characterised in France by a noticeable variety of traditions even in a context where neurosciences are more and more influent. The present study aims to explore a possible correlation between types of psychiatrics and ethical attitudes. In order to describe this correlation, we will first inquire the frequency with which medicals meet ethical issues in their practices. Then we will consider the specificity of these situations and finally we will describe the meaning of ethics for each of the psychiatrics type.

*Key words*: Ethics, psychiatry, paternalism, social control, patients' rights.

## Introduction

L'exercice de la psychiatrie en France est aujourd'hui remarquablement diversifié puisque l'on y rencontre aussi bien des spécialistes de la psychiatrie biologique (Olié *et al.*, 2009), des psychiatres-psychanalystes, que des médecins versés dans les thérapies cognitivo-comportementales (Vianin, 2012), des adeptes de la psychothérapie institutionnelle (Oury, 2001), de la psychiatrie phénoménologique (Benvenuto, 2006), de la remédiation cognitive (Franck, 2007, p. 188) ou encore de la réhabilitation psychosociale (voir Goyet *et al.*, 2013 ; Martin et Franck, 2013)

---

<sup>1</sup> CNRS, Centre Maurice Halbwachs (EHESS - ENS), 48 bd Jourdan, F-75014 Paris. Contact : [c.guibetlafaye@wanadoo.fr](mailto:c.guibetlafaye@wanadoo.fr).

La présente étude s'appuie sur le cadre et les résultats dessinés par une précédente analyse, ayant mis en évidence des types caractérisés de médecins psychiatres (Guibet Lafaye, 2016a), dans le milieu médical français. Elle vise à en approfondir les conclusions. Cette enquête de sociologie qualitative en milieu psychiatrique, réalisée en 2012-2013, a permis de mettre en évidence, une typologie de médecins : modèle médical (type 1), paternalisme (type 2), humanisme (type 3), psychiatres du contrôle social (type 4), psychiatres de la défense des droits des patients (type 5). Notre démarche étant sociologique, elle vise à « comprendre par interprétation, l'activité sociale et [à] expliquer causalement son déroulement et ses effets. » (Weber, 1956, p. 28) Notre postulat – emprunté à la sociologie compréhensive – est que les comportements, dont les entretiens offrent une explicitation, constituent « des ensembles significatifs compréhensibles, et nous considérons leur compréhension comme une explication du déroulement effectif de l'activité » (Weber, 1956, p. 35), sachant que celle-ci est investie par l'agent, dans son rapport à autrui, d'un sens visé, qui en oriente le déroulement. Cet effort compréhensif consiste à saisir par interprétation le sens ou l'ensemble significatif visé notamment en le « construi[sant] scientifiquement (sens "idéaltypique") pour dégager le type pur (idéaltypique) d'un phénomène se manifestant avec une certaine fréquence. » (Weber, 1956, p. 35) Les « types idéaux » peuvent être compris comme des hypothèses constituées des représentations et des motivations circonstanciées des humains, heuristiques pour mettre en évidence des relations causales compréhensibles, qui permettront de comprendre les fondements du social et ses évolutions, en les ramenant aux significations humaines – lesquelles sont à la fois perçues par les individus étudiés ou élaborées par l'analyste. La construction de types constitue une méthodologie pertinente dans l'exploitation d'entretiens semi-directifs puisqu'elle permet de « comprendre » les relations entre des faits humains sans simplement identifier et mesurer, par l'observation statistique, des rapports de succession ou de simultanéité entre ces faits. Les types ont en outre une valeur heuristique – comme nous allons le vérifier dans le présent article – car ils ont vocation à être comparés avec la réalité sociale. Servant ainsi de point de comparaison, ils mettent en lumière certains faits, correspondant aux types idéaux.

Les faits mis en lumière, dans la première étude réalisée (Guibet Lafaye, 2016a), consistaient en corrélations fortes entre chaque type et une position précise à l'égard de la contrainte, des interprétations déterminées des missions actuelles de la psychiatrie, un modèle conceptuel interprétatif de la discipline, une représentation caractéristique de la maladie mentale et, dans certains cas, une appréciation distincte de l'introduction du Juge des Libertés et de la Détention, suite à la réforme du 5 juillet 2011. Nous souhaitons à présent montrer que chaque type véhicule aussi des attitudes spécifiques en matière d'éthique et que le rapport à l'éthique constitue une dimension fondamentale de cette typologie. Certains médecins récusent-ils avoir jamais été confrontés à des situations appelant un questionnement éthique ? À l'inverse, certains types attesteraient-ils de la récurrence de ces configurations ? D'un point de vue qualitatif et non pas simplement quantitatif, que signifie, pour chaque type, la référence à l'éthique ? Peut-on, par une analyse fine du contenu des entretiens, décrire un sens de l'éthique spécifique à chacun de ces cinq types ?

Il sera ici question d'éthique et d'éthique appliquée plutôt que de morale. Alors que cette dernière désigne à la fois les principes du permis et du défendu, du bien et du mal, ainsi que l'obligation subjective de respecter ces principes (voir Ricœur, 2000), l'éthique peut également s'articuler selon deux aspects : l'éthique antérieure et l'éthique postérieure. La première signifie un enracinement des normes dans la vie et dans le désir, la seconde concerne l'insertion des normes dans des situations concrètes. L'éthique consiste alors à la fois en une métamoralité, c'est-à-dire en une réflexion de second degré sur les normes, mais également en des dispositifs pratiques s'actualisant, en l'occurrence, dans l'éthique médicale (voir Ricœur, 2000, p. 2) C'est précisément en tenant compte de ce double aspect que nous avons procédé à

l'analyse des entretiens menés. L'enquête orientant vers l'évocation de situations concrètes ayant soulevé des questions éthiques, elle a permis de mettre en lumière les processus de formation du jugement et de la décision, supposant le passage d'un savoir constitué de normes et de connaissances théoriques à une décision concrète en situation. Ces normes relèvent au moins de trois registres : l'ordre déontologique, le savoir biologique et médical, les règles administratives régissant, au plan de la santé publique le traitement social de la maladie.

La littérature francophone et anglophone a proposé très peu d'analyses visant à mettre au jour des types de psychiatres en exercice. Des profils de patients face aux soins psychiatriques (Versaevel *et al.*, 2013) ont été décrits. Du côté médical, on propose des typologies de pratiques thérapeutiques, dans la prise en charge des patients souffrant de troubles bipolaires par exemple (Nuss *et al.*, 2012) ou dans les interventions psychothérapeutiques (Lamboy *et al.*, 2007). On a construit des typologies d'offres de soins (Robert, 2007 ; Coldefy *et al.*, 2009) et une classification des souhaits de pratique des internes de psychiatrie (Berger-Vergiat *et al.*, 2015). L'étude la plus proche de celle que nous proposons a été menée en Norvège (Falkum et Førde, 2001) où la modélisation des attitudes des psychiatres dans la relation médecin-malade a contribué à établir une typologie à cinq entrées : paternalistes classiques, paternalistes modernes, autonomistes, délibérationnistes, indécidables. Cette typologie, exploitant une enquête statistique plutôt qu'une investigation de type qualitatif, s'articule en référence à trois dimensions : le paternalisme, l'autonomie du patient, la délibération morale.

L'exploration de l'éthique en psychiatrie a donc laissé de côté l'investigation des dispositions morales des médecins. En effet, des travaux ont été menés sur l'approche éthique en psychiatrie mais centrée sur la santé globale (Katz *et al.*, 2014) et dans une logique où ce sont les soins dispensés qui sont élucidés. Des cadres ou des recommandations éthiques ont été dressés pour la prise en charge de patients déments (Jacoby, 2004), ou en détention et contraints aux soins (Owen *et al.*, 2012). Dans une perspective quasi méta-éthique, on s'est interrogé sur la possibilité pour la déontologie de garantir l'éthique (Grenouilloux, 2015) ainsi que sur le rôle des valeurs dans les jugements en psychiatrie (Hughes, 2004) comme sur l'influence de la philosophie sur la psychiatrie (Deakin, 2015). Les dilemmes éthiques susceptibles de surgir en médecine et pour lesquels on fait appel aux psychiatres (Wright et Roberts, 2009) ou encore les dilemmes en médecine légale (Adshead et Sarkar, 2007) ont été analysés. Enfin, un regard éthique est fréquemment porté sur les pratiques psychiatriques notamment de contention (Guivarch, 2015) ou encore sur l'amélioration des pratiques d'hospitalisation sans consentement (Fiorillo *et al.*, 2011). Toutefois le rapport à l'éthique des psychiatres n'est jamais interrogé et lorsqu'on en formule l'intention, on ne s'intéresse qu'au fonctionnement des comités d'éthique (Grenouilloux, 2012). Nous poserons donc la question de savoir comment s'articulent les attitudes en matière d'éthique au sein de ces types caractéristiques de psychiatres. Pour le dire, nous envisagerons en premier lieu la fréquence avec laquelle ces médecins sont confrontés, dans leur pratique, à des situations appelant un questionnement éthique, puis la nature de ces situations et enfin le sens que la notion d'éthique prend pour chacun des types décrits.

## **1. Méthodologie d'enquête**

### **POPULATION ET VARIABLES**

Afin d'appréhender ces questions, nous avons conduit une enquête de sociologie qualitative, grâce à laquelle nous avons rencontré, entre octobre 2012 et juillet 2013, 90 psychiatres, 17 soignants paramédicaux ainsi que plusieurs autres intervenants du milieu psychiatrique. Nous avons, avec chacun, réalisé des entretiens semi-directifs durant entre 30

mn et 3h30<sup>1</sup>. Nous nous sommes appuyés sur une grille standard<sup>2</sup>, ayant d'abord été testée à partir d'entretiens pilotes. Pour la présente étude et du fait de leur nombre significatif, nous n'avons retenu que les entretiens effectués avec les médecins. Ceux-ci exerçaient dans des structures de différentes natures (hôpital public, service fermé ou ouvert, cabinet), situées sur l'ensemble du territoire français (grandes métropoles, milieu rural). Parmi les médecins, 4 étaient internes, 4 avaient une activité exclusive en psychiatrie-précarité, 9 travaillaient en prison, 8 se consacraient principalement à un exercice en libéral (voir la méthode d'échantillonnage de Huberman et Miles, 1991). Le plus jeune avait 26 ans. Deux avaient passé l'âge de la retraite. Un tiers était des femmes.

Afin de faire surgir le questionnement éthique, une partie de l'entretien était consacrée aux situations qui, pour un regard externe, pouvaient *a priori* être les plus propices à engager la réflexion, en l'occurrence les hospitalisations et les soins sous contrainte, sachant que de surcroît le contexte de l'enquête était celui de la réforme de la loi n° 2011-803 du 5 juillet 2011, introduisant notamment les soins sans consentement en ambulatoire.

## DESCRIPTION DES TYPES

Les types de médecins psychiatres ont été établis à partir de la mention explicite, dans les entretiens semi-directifs, du modèle médical, de l'humanisme ou d'un souci de la défense des droits des patients. En revanche, les types 2 et 4 ont été construits sur le fondement d'un processus compréhensif et analytique, s'appuyant sur les attitudes à l'égard de la contrainte, les réponses aux questions : « 2. Y a-t-il des principes et des convictions qui structurent votre pratique ? ; 3. Quels sont vos objectifs lorsque vous commencez à prendre en charge un patient ? », ainsi que sur les interprétations médicales de ce qui pouvait être « bien » pour certains patients<sup>3</sup>, le rapport à l'autonomie et aux libertés individuelles de ces derniers, en particulier à partir des réponses données à q. 8 : « Un de vos confrères, évoquant les soins sans consentement en “ambulatoire”, estimait que “les libertés individuelles doivent savoir s'effacer devant la santé publique”. Qu'en pensez-vous ? ». Cette typologie a été affinée en tenant compte des caractérisations des pathologies psychiatriques susceptibles d'être proposées à q. 9 : « Si vous aviez à expliquer à un néophyte ce qu'est la maladie mentale, comment la décririez-vous ? » La construction des types s'est donc appuyée sur une méthodologie n'exploitant pas un cadre prédéfini et imposé *a priori* mais sur un recueil qualitatif de données. Elle résulte d'une démarche de type *bottom-up* (voir Blanchet et Gotman, 2009), ayant exploité systématiquement les données issues des entretiens semi-directifs menés.

Rappelons brièvement la caractérisation de chacun de ces types, avant d'envisager leur interprétation respective de l'éthique et de sa place dans l'exercice médical. Le modèle médical<sup>4</sup> (type 1) envisage la pathologie psychiatrique à partir des seuls facteurs biologiques, à l'exclusion de considérations d'ordre psycho-social (voir Boorse, 1977 ; Stokes *et al.*, 1982). Il endosse une démarche protocolisée, explicitement revendiquée, de type : examen, identification de symptômes, diagnostic et mise en place d'un traitement médicamenteux. Le

---

<sup>1</sup> Lorsque les conditions matérielles le permettaient, les entretiens ont été enregistrés. Tous ont fait l'objet d'une analyse de contenu classique, selon les méthodes de la sociologie qualitative, fondée sur la retranscription des entretiens et les notes prises lors de leur déroulement.

<sup>2</sup> Disponible sur demande.

<sup>3</sup> Q. « 6. Comment appréhendez-vous ce qui serait “bien” pour ce patient ? » Relance évoquée lors de la présentation de cas l'initiale des entretiens.

<sup>4</sup> Les labels choisis pour désigner les types, notamment « médical, paternaliste, humaniste », renvoient non pas à des jugements normatifs mais à des catégories présentes dans la littérature en particulier médicale (voir Kapsambelis, 2007 ; Rapport, 11-07, « Un humanisme médical pour notre temps », *Bull. Acad. Natle Méd.*, 2011, 195, n° 6, p. 1345-1368, séance du 21 juin 2011).

type paternaliste (type 2) coïncide avec une position morale et, en l'occurrence, médicale présupposant qu'existe une conception déterminée du bien qu'il convient d'imposer aux individus concernés, indépendamment de leurs désirs et de leurs souhaits<sup>1</sup>. Il s'exprime à travers des discours affirmant l'autorité médicale, y compris morale, et la propension du professionnel à savoir – mieux que le patient – ce qui est bien pour lui. Ainsi le paternalisme suppose qu'il y a des valeurs ou des intérêts supérieurs à l'autonomie de la personne (voir Jaunait, 2003). Dans le domaine médical, cette posture consistant à affirmer que le médecin est la personne la plus compétente pour réaliser le bien-être du patient et, d'autre part, que le patient est intrinsèquement dans un état le rendant inapte à prendre des décisions pour lui-même.

La posture humaniste (type 3) se distingue fondamentalement de celle incarnée par le type 2, dans la mesure où elle coïncide avec une orientation anthropologique consistant « à affirmer que le fou est parmi nous et que sans le prendre pour l'égal de soi-même, il doit lui être concédé un statut non plus de machine amoindrie mais d'être humain. [...] le fou rappelle à l'homme normal le drame existentiel toujours proche. » (Coffin, 2008, p. 149) D'un point de vue médical, cette approche s'exprime dans la médecine personnalisée, plaçant l'individu en sa globalité – plutôt que simplement ses organes ou ses dysfonctionnements – au centre de l'attention médicale (Mezzich *et al.*, 2010). Cette disposition est radicalement distincte de la précédente, puisque l'humanisme médical se pense notamment à partir des droits et des devoirs du médecin (Mignon et Sureau, 2003, p. 10) mais également des droits des patients.

Le type 4, *i.e.* les psychiatres du contrôle social, consiste encore en une figure distincte du type 3. Il se caractérise par un souci de l'ordre public et une légitimation du recours à la contrainte, fondée sur des motifs d'ordre social plutôt que seulement médical. La prise en compte de l'ordre social primera, tendanciellement, sur l'intérêt du patient. Ce type illustre le fait que la psychiatrie a été conçue, à partir des années 1960 par certains courants de pensée critique, comme une médicalisation partielle, légitime ou non, des déviations du comportement humain (Lantéri-Laura, 2004, p. 133) et le corps médical comme un instrument de contrôle et de régulation de ces déviations. Les maladies psychiatriques, dans cette perspective, ne refléteraient que des jugements de valeurs sur les croyances et les comportements socialement indésirables (voir Szasz, 1961). La normalisation sociale (Foucault, 1973) opère à partir d'outils privilégiés et d'institutions « disciplinaires », telles que la prison et l'hôpital psychiatrique (voir Rhodes, 2004). Dès lors, le souci de la norme et du respect de l'ordre social constitue une caractéristique dominante de ce type, qui aura recours aux outils classiques de la psychiatrie, notamment à la contrainte, de façon non critique et dans un souci de préservation de l'ordre social.

Aux antipodes du type 4, le dernier type mis en évidence (type 5), *i.e.* les psychiatres défenseurs des droits des patients, loin de se soucier de l'ordre social et de conférer un primat au collectif, place au cœur de la démarche médicale l'individu et le souci du respect de ses droits, qu'il s'agisse de ses libertés fondamentales ou du respect de l'égalité entre les citoyens. En cela, il se distingue du type 1 qui voit dans le patient une personne, un humain, doué d'affects et d'une sensibilité, alors que le type 5 appréhende le patient, avant tout, comme un sujet de droits, un citoyen jouissant de prérogatives juridiques. Au sein de ce dernier type, certains médecins promeuvent « une doctrine nouvelle de la liberté et de l'autonomie », étant

---

<sup>1</sup> Ce médecin exerçant en prison en donne une illustration : « Si elles veulent sortir de l'hôpital... il faut qu'elles se soignent. En général, l'intérêt d'une personne est d'être en bonne santé. » (F.M.) Alors que le type 1 est explicitement assumé par les médecins, le type 2 ne l'est pas ou rarement. La mise en œuvre d'une démarche protocolisée permet au premier type de se défendre de potentielles accusations de paternalisme. À l'inverse, le type 2 ne revendique aucunement le recours à un modèle biologique, dans son interprétation de la maladie mentale. De ce fait, la conception de la relation médecin-malade se distingue nettement dans les deux types.

entendu que « l'élaboration de cette doctrine du rétablissement n'appartient pas aux seuls psychiatres, [mais qu']elle appartient aux citoyens. » (Naudin *et al.*, 2011) Dans cette perspective, la personne malade n'est donc pas d'abord envisagée comme un patient de la psychiatrie mais plutôt comme un citoyen, porteur de droits. Le tableau ci-dessous présente de façon synthétique les dimensions caractéristiques des types et leurs variations respectives.

Tableau 1 : Synthèse des dimensions caractéristiques des types :

	Principes	Objectifs	Bien du patient	Libertés		Mission de la psychiatrie	Contrainte	Pathologies
	Q.2	Q.3	Q.6	Q.8 <sup>1</sup>	Q.11			Q.9
Type 1 - médical	Être médecin, <i>i.e.</i> soigner et empêcher de mourir.	Identification de symptômes, diagnostic, mise en place d'un traitement médicamenteux.	Vivre et être en bonne santé.	Un impératif pour soigner l'individu, imposé par la société.	La maladie psychiatrique modifie la perception de la liberté mais on ne peut pas toujours décider à la place du patient.	Répondre à la souffrance du patient, et aux obligations imposées à la psychiatrie par la société.	Un outil de la psychiatrie bordé par un protocole sé.	Description symptomatique ; identification des facteurs étiologiques.
Type 2 - paternaliste	Un prendre soin qui peut consister à protéger la personne contre elle-même au nom de la non assistance à personne en danger.	Repérer les personnes qui souffrent et apaiser leur souffrance ; remettre les personnes dans un état leur permettant de faire leur choix.	Le bien du patient est déterminé par le médecin, meilleur interprète de son intérêt.	Justifiés par le contexte, l'environnement et la santé publique.	Le but des traitements est de leur rendre leur liberté.	Protéger la personne malade et assister les individus les plus en souffrance, quels que soient les moyens requis.	Un outil de la psychiatrie utilisé pour le bien du patient et dont on ne peut se passer ; le problème réside dans la levée de la contrainte.	Modèle de l'aliénation, pathologie de la liberté.
Type 3 - humaniste	Traiter l'autre comme un <i>alter ego</i> , le respecter.	Établir un lien de nature empathique avec le patient ; un accompagnement.	Rester dans le lien thérapeutique ; avoir les moyens d'être autonome.	Une atteinte aux libertés individuelles.	Place essentielle de la liberté individuel le pour la favoriser au maximum.	Non interprétées à la lumière du modèle médical mais s'inspirent des sciences humaines	Aversion à l'égard de la contrainte en raison de la violence qu'elle implique.	Une forme d'être au monde ; une solution psychique trouvée par le sujet pour se préserver.

<sup>1</sup> Qui concerne les soins sans consentement en « ambulatoire ».

Type 4 - contrôle social	La défense de l'intérêt du patient même si lui n'en a pas conscien ce ; assumer les fonctions du psychiatr es de l'hôpital public.	Avoir les moyens de proposer aux personnes les soins qu'elles demandent ; accompagner les patients le plus loin possible dans ce qu'ils peuvent faire ; mettre à l'abri les citoyens des patients qui pourraient être dangereux.	Prendre son traitement, rester dans les soins.	Très utiles ; toujours utilisés en psychiatrie sous la forme des sorties d'essai ; une réponse pragmatiqu e.	La liberté n'a pas le même sens pour les patients de la psychiatri e que pour les autres.	s. Fonction de protectio n sociale et du malade.	Un outil nécessair e de la psychiatri e. La contraint e est utilisée dans la diversité de ses formes.	Le sujet ne perçoit pas la réalité de façon adaptée, il est détaché de la réalité ; anosognosie.
Type 5 - défense des droits	Défense de la liberté et des droits de patients perçus comme des citoyens à part entièr.	Guérir les patients ; réinvestir le patient de sa capacité à consentir et à être responsable.	Réaliser ses envies.	Une privation de liberté qui ne doit pas être décidée par un médecin.	Récusatio n de l'aliénatio n ; l'essentiel du temps, les patients ont leur libre arbitre.	Promoti on de la santé publique , accès de tous à des soins de la meilleur e qualité.	Aversion à l'égard de la contraint e du fait du souci pour les libertés individue lles des patients.	Un accident dans un parcours de vie ; une souffrance.

Les enquêtés se répartissent comme suit dans les cinq types<sup>1</sup> :

Tableau 2 :

<i>Types</i>	<i>Nombre</i>
0	2
1	18
2	14
3	32
4	7
5	17
<i>Total</i>	90

## VARIABLES EXPLOITEES

La typologie décrite est également opératoire pour appréhender les dispositions et attitudes spécifiques à l'égard de l'éthique dans le champ psychiatrique. L'enquête menée proposait plusieurs questions dans le domaine. Ces attitudes ont été saisies à partir d'une démarche inductive, permettant d'organiser les données et de guider l'interprétation et la création de sens (voir Savoie-Zajc, 2004), en exploitant deux pistes : d'une part, la recherche et l'identification systématique de l'évocation du terme « éthique » dans les entretiens, sachant que cette problématique avait été explicitement mentionnée, lors de la prise de contact avec les enquêtés ; d'autre part, la question liminaire ouvrant les entretiens : « q.1 Spontanément,

<sup>1</sup> Deux médecins seulement n'ont pu être affectés à aucun type (type 0 : n = 2), que l'entretien ait été trop court pour apporter suffisamment d'éléments ou qu'il n'ait pas permis une détermination univoque du type auquel rattacher le médecin concerné, exerçant aujourd'hui exclusivement en cabinet.

pourriez-vous évoquer des situations ou des cas vous ayant paru poser des difficultés ou apparaissant comme éthiquement problématiques. »

## 2. Caractérisation du rapport à l'éthique des psychiatres

### 2.1 UN QUESTIONNEMENT RECURRENT ?

Avant d'interroger le détail des situations dans lesquelles les médecins ont fait l'expérience d'un questionnement éthique, il convient de déterminer leur réalité ainsi que leur récurrence. L'analyse de contenu a permis de préciser les réponses proposées pour q.1 et de les classer en trois catégories selon que les médecins affirmaient (1) n'avoir jamais été confrontés à des situations leur ayant posé des problèmes éthiques, (2) seulement quelques fois ou bien (3) tout le temps.

*Tableau 3* : Fréquence avec laquelle les médecins admettent avoir rencontré des situations leur ayant posé des problèmes éthiques (q.1) :

	Aucune situation	Quelques situations	Toujours	Total
Type 1	<b>6</b>	10	2	18
Type 2	<b>5</b>	7	2	14
Type 3	2	<b>25</b>	<b>5</b>	32
Type 4	3	3	1	7
Type 5	2	11	<b>4</b>	17

Le type qui estime le plus qu'aucune situation n'est problématique est celui décrit sous l'étiquette de modèle médical (type 1) – puisqu'un tiers de ses répondants choisit cette entrée –, concurrentement avec le type paternaliste (type 2), bien que le cours de l'entretien et l'analyse de contenu puissent en faire surgir<sup>1</sup>. Le sentiment que certaines situations tendent à faire surgir des problèmes éthiques est assez largement partagé. Toutefois l'affirmation de leur récurrence – occasionnelle ou systématique – est principalement portée par le type humaniste (type 3) et celui promouvant les droits des patients (type 5).

Si la fréquence avec laquelle les médecins sont placés face à des situations jugées éthiquement problématiques semble ne pas permettre une distinction nette entre les types, l'analyse fine de contenu, à partir d'un codage thématique des segments significatifs de discours (voir Miles et Huberman, 2003), autorise-t-elle à identifier des situations jugées problématiques par certains types de médecins, alors qu'elles ne le sont pas pour d'autres ? En somme, ces types se singularisent-ils par la *nature* des situations qui leur posent problème plutôt que par la *fréquence* avec laquelle ils avouent s'interroger sous un angle éthique ?

### 2.2 NATURE DES SITUATIONS AYANT POSE DES PROBLEMES ETHIQUES

Les entretiens sont l'occasion d'évoquer un certain nombre de situations où une réflexion éthique paraît requise. L'identification de « quelques » situations ayant suscité cette réflexion est l'entrée que l'on trouve majoritairement choisie dans chaque type. Cette appréciation quantitative demande à être affinée par une analyse de contenu visant à déterminer la nature de ces situations et leurs circonstances. La construction des idéaux types a été illustrée exclusivement à partir de l'entretien avec un médecin particulièrement représentatif du type (voir Guibet Lafaye, 2016a). Dans ce qui suit, nous détaillerons la variété et la spécificité de

<sup>1</sup> Pour constituer le tableau, nous n'avons retenu que les réponses explicites données à q.1.

ces situations, en référence à plusieurs des entretiens se rattachant à chaque type. Toutefois le champ s'avère *a priori* d'autant plus restreint que le contexte de l'enquête portait sur les hospitalisations et les soins sous contrainte, puisque l'étude cherchait à apprécier les effets de la réforme de la loi de juillet 2011. De ce fait, nous ne pourrions que constater la référence récurrente à ce contexte de contrainte. Néanmoins, d'une part, ces situations ne sont pas les seules évoquées<sup>1</sup>, d'autre part, les difficultés posées par l'hospitalisation sous contrainte ne sont pas perçues de façon identique selon les types.

Bien au contraire, la façon dont elles sont abordées et présentées permet d'opérer des distinctions fines entre ces derniers. Alors que les médecins du type 2 ne font mention d'aucun problème spécifique les concernant – ces mesures de contrainte étant présentées comme un outil intégré du dispositif psychiatrique –, le type 4 décrit la nécessité de produire des certificats<sup>2</sup> comme une contrainte insupportable, obérant l'exercice médical (voir H.K. infra ; I.G., première citation infra). Ce type interprète également les hospitalisations sous contrainte et les programmes de soins en termes de responsabilité sociale du médecin, au sens de la responsabilité que ce dernier endosserait face à la société concernant la potentielle dangerosité de ses patients et les troubles à l'ordre public (voir I.G., deuxième citation infra et P.A.). Les hospitalisations sans consentement sont l'occasion, pour le type 1, de s'interroger sur les limites de l'intervention psychiatrique dans la vie des personnes. Le questionnement éthique qu'elles suscitent porte, dans le type 3, sur la violence faite aux corps dans les soins sans consentement, alors que le type 5 insistera à la fois sur la violence qu'implique la contrainte et la légitimité de cette dernière.

Les situations jugées éthiquement problématiques seront donc abordées dans la description du sens de l'éthique des cinq types identifiés (cf. 3.). Au-delà de la désignation de situations faisant surgir un questionnement éthique, la distinction de types médicaux présente une valeur heuristique pour explorer, en psychiatrie, le rapport à l'éthique et les attitudes morales endossés par les médecins. En somme, y a-t-il un sens spécifique de l'éthique caractérisant chaque type de psychiatres ?

### 3. Le sens de l'éthique pour chacun des types

Pour préciser le rapport à l'éthique de chacun de ces types, nous nous sommes à la fois appuyés sur l'entretien qui a servi de point de référence à leur description respective mais nous avons également procédé à une analyse systématique des entretiens relevant de chaque type. Le tableau ci-dessous récapitule les attitudes des types dans le champ de l'éthique :

Tableau 4 :

Types	Q.1	Situations problématiques éthiquement	Sens de l'éthique
1	Jamais ou parfois	Récusation	Procéduralisme et limites de l'intervention légitime de la psychiatrie.
2	Jamais ou parfois	Récusation	Procéduralisme légal et liberté du patient.
3	Souvent	Multiplés et de toute	Fonction et légitimité des pouvoirs de la psychiatrie. Ne pas

<sup>1</sup> « Peut-être que les questions les plus difficiles ne sont pas toujours là où l'on attend. Les questions les plus difficiles, c'est tout ce qui tourne autour des patients déficitaires sur le plan intellectuel, c'est-à-dire pour lesquels au fond on n'a pas de... tiers qui interviennent [...] je pense à des patients très concrètement qui sont limités sur le plan intellectuel, qui sont dans une dimension caractérielle, dont finalement personne ne veut, qui sont souvent plus ou moins institutionnalisés dans le médico-social avec un rejet du médico-social que de temps en temps, on est obligé d'hospitaliser. Évidemment, eux, ils ne sont pas d'accord pour être à l'hôpital et on ne sait plus très bien... » (P.F.)

<sup>2</sup> En l'occurrence les certificats médicaux constatant l'état mental de la personne et confirmant ou non la nécessité de maintenir les soins psychiatriques sous contrainte.

		nature	recourir à la violence.
4	Jamais ou parfois	Récusation	Renversement du poids de la contrainte, dangerosité, responsabilité sociale de préservation de l'ordre public, engagement de la responsabilité médicale.
5	Souvent ou toujours	Constantes liées au respect de la liberté des patients	Attitude réflexive à l'égard des outils de la psychiatrie ; interrogation systématique sur les limites de ce qu'on peut imposer à autrui.

### 3.1 LE MODELE MEDICAL (TYPE 1)

C.T., psychiatre de liaison dans un grand hôpital parisien, décrit des situations posant parfois des problèmes éthiques mais il ne mentionne à aucun moment ce terme dans l'entretien. Il assume face aux difficultés qu'il rencontre dans sa pratique une attitude et une démarche procéduralistes. Il admet que certaines situations, notamment certaines hospitalisations sous contrainte, ont parfois posé des difficultés mais il ne les aborde pas en les inscrivant dans le registre de l'éthique. Le rapport à l'éthique demeure implicite ou non thématiqué. Ainsi il reconnaît qu'

« une des difficultés essentielle est la dialectique entre la liberté du patient, de plus en plus affirmée dans tous les textes, et nos impératifs déontologiques qui font que, dans certains cas, ils nous disent qu'il faut passer outre. » [...] Ainsi « je ne pense pas qu'on peut être psychiatre sans être confronté à ce dilemme : est-ce qu'on privilégie la liberté du patient ou est-ce qu'on privilégie notre impératif déontologique de soin. » (C.T.)

Cette attitude est caractéristique du type 1, le terme « éthique » n'est pas toujours prononcé au cours de l'entretien. Sur les 18 médecins appartenant à ce type, un tiers (n = 6) n'a pas fait mention du terme, un tiers (n = 6) l'a évoqué pour récuser sa pertinence en psychiatrie. D'autres décrivent des situations qui posent des difficultés mais qui ne soulèvent pas nécessairement des enjeux éthiques – le guide d'entretien les ayant orienté sur les deux voies, dans une perspective assumée d'entretien semi-directif. La récusation de la pertinence de l'éthique en psychiatrie passe par une dissolution de celle-là dans la référence à la clinique (voir Guïbet Lafaye, 2015).

« [...] Quand on a une vision clinique des choses, globalement on applique une procédure technique. Quand on est à peu près rigoureux intellectuellement, c'est pas très compliqué comme boulot, [...] c'est quelque chose qui nécessite un peu de rigueur pour l'utilisation des concepts. [...] L'exercice de la médecine c'est toujours un colloque singulier, et l'utilisation d'une technique dans le cadre d'un colloque singulier, ce qui pose des problèmes de niveaux. Ma réponse c'est non. [...] *Dans la prise de décision, il n'y a pas de problème éthique...* » (P.L.)

Le type 1 se pose d'autant moins de problèmes éthiques que la médecine psychiatrique est conçue comme la mise en œuvre de techniques, de procédures et que la fonction médicale est décrite, sur le modèle de la médecine somatique, comme consistant à sauver les gens. C'est ce que souligne ce médecin, qui a recours aux protocoles dans son activité en libéral, concernant une femme suicidaire qu'il a empêché de quitter son cabinet et pour qui il a appelé le SAMU : « On a été au bout de ce qu'on considère juste. On est là pour sauver les gens » (F.C.). Le procéduralisme est souvent la voie qui permet à ces médecins de sortir du questionnement éthique ou de s'en dispenser. On s'en remet à la procédure légale.

« Je ne pense pas qu'on ait... qu'il y ait, dans le cadre du fonctionnement de cette unité dite sécurisée, de... situations très inconfortables sur le plan éthique ou des bonnes pratiques. Ce que je veux dire c'est que les patients sont, alors pour le coup, évalués pluriquotidiennement, puisqu'ils sont en surveillance continue, donc s'il y a à un moment un écart par rapport au

consentement qui a été donné initialement, alors à ce moment-là on revient à la case départ qui est : soit le patient est compétent et s'il refuse l'hospitalisation et il sort, soit il n'est pas compétent et à ce moment-là... on met en place une hospitalisation à la demande d'un tiers, ce qui nous arrive de temps en temps. » (F.B.)

[<sup>1</sup>Il apparaît toutefois que les médecins du type 1, reconnaissant pouvoir être confrontés à des situations difficiles ou leur posant des problèmes éthiques, mentionnent de façon récurrente la question des limites de l'intervention psychiatrique et de l'ingérence dans la vie des patients. Ils sont aux prises avec la place à conférer à la liberté de leur patient et à la façon dont eux-mêmes doivent en tenir compte. Ce médecin d'un très ancien hôpital psychiatrique parisien évoque une vieille dame « délirante chronique » pour laquelle elle veut éviter qu' :

« qu'elle se retrouve à 76 ans à la rue, avec un bailleur qui est un bailleur privé qui... n'est pas très regardant sur certaines choses, donc du coup on s'est demandé : "est-ce qu'on fait une curatelle ? Est-ce qu'on fait une sauvegarde de justice ?" *Jusqu'où on va ?* Donc on a fini par faire une sauvegarde de justice [...]. Voilà on n'a pas pu aller plus loin car il y a... des limites dans nos pratiques. » (C.B.)]

### 3.2 LE PATERNALISME (TYPE 2)

Le type 2 présente des traits proches du type 1 concernant son rapport à l'éthique. En premier lieu, la moitié des médecins s'y inscrivant (n = 6 sur 14) récuse le fait que les hospitalisations sous contrainte posent des problèmes éthiques ou, plus généralement, que ces derniers interviennent en psychiatrie. Une autre moitié (n = 6) admet en rencontrer parfois, deux médecins seulement reconnaissant leur fréquence. Comme le type 1, le type 2 justifie par le respect du procéduralisme, mais *légal* cette fois, la mise entre parenthèse des problèmes éthiques posés par les mesures de contrainte. L'entretien avec le médecin qui a servi à la description du type le montre. Ainsi A.M., œuvrant dans le même hôpital que C.B. mais dans une équipe mobile, récuse l'existence de situations posant des problèmes éthiques à l'hôpital, considérant que :

« L'hôpital, c'est un peu différent, [...] enfin l'hôpital psychiatrique, parce que là il y a la loi, il y a le juge... Si on fait les choses en bonne et due forme... qu'on suit correctement la procédure... bon, à partir de là, moi ça ne me pose pas de problème éthique. »

Pour les médecins du type 2 qui admettent le questionnement éthique, ce dernier fait surgir la thématique du *rapport à la liberté du patient* et de la possibilité de tenir compte de cette dernière. A.M. souligne que l'objectif de son travail en précarité est

« en tous les cas, de leur offrir la possibilité d'être dans un état de faire un choix. Tout délirant peut espérer avoir un traitement qui apaise son délire pour que il choisisse sa vie, son destin. Vous voyez on est pas très loin de l'éthique, quand on travaille avec les personnes en précarité. C'est toujours des questions éthiques qui se posent. »

Dans la mesure où le paternalisme médical consiste à se substituer au patient dans la prise de décision, au motif que le médecin agit *dans l'intérêt* de son patient, cette démarche met en question le *principe d'autonomie* de la personne – définie comme une capacité individuelle à faire ses propres choix et à réaliser ses propres objectifs – davantage encore que le principe de liberté compris comme non-ingérence (voir Jaunait, 2003, et type 1). L'« intervention sur la

---

<sup>1</sup> **Note** : Ces questions n'interviennent toutefois que chez deux des médecins de ce groupe. → Peut-être qu'il vaut mieux ne pas l'évoquer. En revanche la problématique de la procédure est bien plus récurrente : F. Caroli, C. Boiteux, C.S.

liberté d'action d'une personne, se justifi[e] par des raisons exclusivement relatives au bien-être, au bien, au bonheur, aux besoins, aux intérêts ou aux valeurs de cette personne contrainte » (Dworkin, 1972, p. 65). Cette dialectique entre autonomie et contrainte se trouve formulée dans les discours, en particulier dans celui d'A.M. :

« Quand ce soin en ambulatoire n'est pas possible et qu'il est nécessaire au risque de non assistance à personne en danger, et bien on est *obligé* d'envisager la contrainte, et à ce moment-là d'appliquer la loi [...].

On peut choisir une position idéologique qui serait une position de psychiatrie libertaire : "Voilà, faites ce que vous voulez, de toute façon vous êtes libre, voilà, ça peut finir mal, parfois", vous voyez. Et en même temps à l'autre extrême, on ne peut pas retenir... sous contrainte des gens qui ne le justifient pas ou dont l'état ne le justifie pas. Donc ça, ça veut dire qu'il faut rester au milieu, dans une sorte de lien permanent, d'allers et retours, entre des rencontres, des espaces, des distances, des nouvelles rencontres jusqu'à ce que la personne accepte ou si elle n'accepte pas et qu'elle se trouve dans une situation la mettant en danger, eh bien qu'à ce moment-là on prenne la décision à sa place, au sens où on a repéré à ce moment-là une perte de la compétence du choix, compétence au sens de : capacité à faire un choix. »

La liberté individuelle est appréciée et mise en balance avec la possibilité d'un interventionnisme excessif motivé par l'intention paternaliste de protection d'une personne dont on estime qu'elle n'est pas en mesure de prendre soin d'elle-même. Dans le type 1, la question des limites de l'intervention psychiatrique est parfois mentionnée (*i.e.* à deux reprises) au sens de « jusqu'où peut aller cette intervention ». Parmi les médecins pour qui leur exercice fait surgir une réflexion éthique, la question récurrente est celle de l'imposition de la contrainte, en l'occurrence l'intervention pour une hospitalisation sans consentement, et celle des limites de l'intervention de la psychiatrie dans la vie des personnes concernées.

Cette question de la liberté se repose à l'occasion des sorties d'essai ou des permissions et des risques qui y sont associés. L'entretien avec ce chef de service d'un hôpital de province le souligne. Les situations difficiles ne lui pose pas de problème éthique.

« Si, si, c'est notre métier de les instruire. [...] C'est comme si vous me disiez : est-ce que vous avez un problème éthique quand... vous savez que quelqu'un par exemple vous demande une sortie que ça pourrait être indiqué mais qu'il y a un danger suicidaire. [...]

Donc je sais que de toute façon il y a des situations pour lesquelles je devrais prendre des décisions sans avoir de certitude et que la personne elle-même ne peut pas forcément prédire, parfois elle peut le prédire car elle a pu me cacher un projet suicidaire par exemple, car elle a pu sciemment me cacher un projet suicidaire. Mais pour moi, *ça n'est pas un problème éthique, c'est un problème d'appréciation clinique* et de responsabilité, sachant que j'entre dans une zone d'incertitude où ce qui va compter, c'est *la conviction que je vais me faire de ce qui est bien*, voilà. [...]

je suis au clair aussi vis-à-vis du patient aussi qui va essayer de me persuader qu'il veut sortir, etc., etc. Je vais lui dire : "[...] je comprends que vous ayez envie de sortir mais moi, je suis dans un rôle là aujourd'hui où mon travail c'est d'estimer quel est le risque et... donc voilà j'estime qu'on est encore dans une zone de risque et puisque la loi me demande de statuer cliniquement par rapport à vous. Voilà ce que je pense. [...] vous pouvez pas me dicter ma conviction. » (D.L.)

### 3.3 L'HUMANISME (TYPE 3)

Le rapport à l'éthique des médecins du type 3 diffère radicalement de celui des types 1 et 2. En premier lieu, la question éthique s'y pose dans un champ plus large que pour les deux

premiers types. Y compris lorsque la contrainte est abordée, elle l'est sous un angle distinct, en l'occurrence, non pas à partir de la question des limites de l'intervention légitime de la psychiatrie, mais à la lumière de ce qu'implique le fait d'imposer la contrainte dans le rapport soignant et de la violence inhérente à cette dernière. Comme le souligne le médecin ayant permis de décrire le type,

« Les soins sans consentement en ambulatoire, ça c'est le pire du pire [...] Avec les soins sous contrainte en ambulatoire, on brise toute possibilité de lien. On est perçu comment ? [...] Comment quelqu'un va vous considérer, s'il sait que vous... avez quasiment un pouvoir de police sur elle ? On peut pas tisser un lien de confiance ... et surtout on peut pas inscrire quelque chose dans la durée. » (P.M.)

La contrainte est jugée problématique par bien des aspects (isolement, contention, hospitalisation sous contrainte) – ceux-ci étant spontanément évoqués par les médecins comme leur posant un problème – et pas seulement au regard de la décision qui doit être prise par le médecin.

Au sein de ce type, se décline une ouverture sur une plus large variété de questions éthiques (qui ne tient pas seulement à ce que le nombre de médecins s'inscrivant dans cette catégorie est plus important que dans les autres types). Certaines des questions abordées sont spécifiques au milieu d'exercice des médecins (univers carcéral, travail avec des enfants). En milieu pénitentiaire, on s'interroge sur la place du psychiatre : à quoi participe-t-on ? Que cautionne-t-on par sa présence en prison ? Comment respecter le secret médical et échapper aux pressions de l'administration pénitentiaire ? Quoique ce questionnement soit spécifique à cet univers, en revanche l'attitude réflexive qu'il dénote est caractéristique des médecins appartenant à ce type.

Ces derniers se mettent davantage en question – que les médecins des autres types –, interrogent plus leur fonction et la légitimité des pouvoirs qui leur sont attribués, en tant que psychiatres. Ils présentent une attitude beaucoup plus réflexive sur leur positionnement en tant qu'individu et comme soignant ainsi que sur la position qu'ils assument dans l'institution ou qu'on veut leur voir assumer, que ce soit en milieu pénitentiaire ou en tant que psychiatre.

Ce médecin, chef de service et responsable de pôle en province, évoque un patient psychotique chronique qui fait la manche dans la rue sans être dangereux, mais ne veut surtout pas être ramené à l'hôpital. C.G. s'interroge, soulignant que « lui sait dire qu'il ne veut pas venir » :

« C'est toute la question de nos critères à nous, c'est de dire : il n'est pas malheureux [...] Lui dit : je préfère vivre comme ça – il ne le dit pas parce qu'il ne peut pas le dire comme ça mais il dit au moins qu'il ne veut pas venir à l'hôpital. De quel droit on va décider de le faire revenir à l'hôpital ? Tant qu'il n'y a pas maltraitance ou violence par d'autres. [...]

Sa sœur, elle s'inquiète à titre légitime. [...] Des fois, il est crade comme tout, ça pue là-dedans mais bon ! C'est sûr que s'il est là, il sera bien briqué, il sera bien briqué propre. C'est vrai, c'est des questions qu'on se pose.

Après, chacun fait en fonction qu'il est – il faut quand même bien dire –, soi-même enfin, et puis parfois, des voisins, il faut bien dire : la société actuelle n'est pas très tolérante. » (C.G.)

Ou encore, comme l'exprime ce médecin du sud de la France, lorsqu'on le relance concernant l'une de ses affirmations : pourquoi est-ce un problème si « c'est la personne qui parle, plutôt que le Dr. J. » ?

« Ca n'est pas un problème, c'est peut-être l'équilibre entre les deux, c'est-à-dire comment... on travaille avec ce qu'on est, c'est sûr, c'est impossible à contourner. [...] il y a un constant questionnement quand même vis-à-vis de ça qui est important : par exemple dans ma nécessité d'hospitaliser la personne, qu'est-ce qu'il en est ? Est-ce que c'est vraiment pour des raisons, on va dire, techniques, ou alors est-ce pour me tranquilliser à moi ?

[La loi, jusqu'à présent quand même, prévoyait bien les choses pour que toutes ces choses-là n'interviennent pas, on va dire, de façon unilatérale. Je vous dis, là où ça aurait été terrible c'est si le péril imminent n'avait été décidé que par le médecin... parce que là on était dans "la personne". Vous pouviez être sûre qu'il y aurait une recrudescence des hospitalisations en France parce que beaucoup auraient décidé d'hospitaliser ; mais là, là où ma personne va intervenir par exemple – pour répondre encore dans un autre sens – quand chez pas mal de psychiatres – si notre collègue [de Marseille] effectivement, en appel, est condamnée –, on va se protéger, donc on ne va pas être soignant. Vous voyez.] » (F.J.)

Le questionnement est plus aigu encore en milieu carcéral :

« C'est sans cesse un questionnement, quoi. C'est des questions qui ne laissent pas tranquille. Ou je crois pour le coup qu'il ne faut pas que ça laisse tranquille. Après, moi je suis partie de la prison – pour plein de raisons – parce que moi, je ne pouvais pas continuer à travailler si je ne me posais tout le temps, tout le temps ces questions-là. [...] En même temps, ce type-là de positionnement finalement, c'est d'aller réinterroger la place du psychiatrie, c'est tout le temps ça, même dans un colloque singulier avec le patient. [...] Il y a toujours ça qui se joue, il y a toujours la question du contexte et pour lui, pour elle, pour moi » (S.T.)

[Ou encore concernant les histoires d'agressions sexuelles :

« ne serait-ce qu'en dehors de toute considération éthique, simplement pour parler que de l'efficacité, on doit garder la confidentialité. Donc on a sans arrêt des appels du pied... de la justice et puis... On a tendance à oublier un peu trop la personne, l'individu [...]

Vous avez compris pour la justice et la confiance, il faut faire appel à des experts : les soignants n'ont pas à se prononcer. Il y a deux missions : il y a la mission de soin et il y a la mission d'expert donc qu'il faut absolument pas qu'on confonde ses deux missions et qu'on tente d'en faire qu'une même si c'est pour l'intérêt de la société ou – et c'est ce qui est très souvent dit – pour l'intérêt de la personne. » (C.C.)

Le questionnement éthique est présent au quotidien – ou du moins récurrent – pour les médecins de ce type. Le médecin dont l'entretien a servi de référence pour décrire le type note qu'il a abordé en réunion avec les patients plusieurs questions d'un point de vue éthique, en l'occurrence les représentations de la maladie mentale, ce qu'elle est, les relations avec la famille, avec la maladie et la société.

Ce sont également ces médecins qui soulignent le dévoiement de la psychiatrie et la pression sociale poussant la psychiatrie à s'écarter de son cœur de métier, via une instrumentalisation de la discipline, pour répondre à des urgences sociales ou familiales. Parmi eux, se trouvent les médecins dénonçant les évolutions législatives et la facilité avec laquelle on procède à des hospitalisations au motif du « péril imminent ».

« C'est un vrai problème en psychiatrie : [...] des fois c'est plus facile de dire *on fait ce qu'on attend de nous, même si c'est pas dans le cadre de la loi, même si c'est pas le mieux pour le patient, parce que c'est plus simple* et qu'à 3 h du matin quand ça fait déjà une heure qu'on est sur le dossier, on envoie et puis on voit. [...] Par exemple la technique d'hospitalisation à la demande d'un tiers, en péril imminent [...], à la base, ça doit être une procédure exceptionnelle et maintenant [...] ça représente un tiers des hospitalisations sous contrainte. [...] mais enfin *est-ce que pour le patient c'est pas mieux ?* Des fois, je me pose la question. » (B.C.)

En matière de contrainte, ces médecins expriment une aversion très marquée à son égard et face à la violence qu'elle implique.

« Il y a eu des choses très violentes comme les chambres d'isolement, les injections avec une sensation – c'est du primaire pas du tout élaboré – d'empathie par rapport à la personne du fait d'être en chambre d'isolement, contentionnée, de subir une injection. [...] *J'avais l'impression d'une barbarie de soignants.* [...] C'est un rejet de façon primaire de se comporter comme ça avec une personne. [...] J'avais la sensation d'une barbarie, d'une dégradation, un sentiment de pitié pour le patient – un sentiment de pitié, pas au sens méprisant et hautain mais une douleur par rapport à ce que je voyais, devant les cris du patient qui demande à être entendu et qui reçoit pour seule réponse une fin de non recevoir. » (N.B.)

La position de ces médecins à l'égard des outils classiques de la psychiatrie est critique. Ils sont plus nombreux à interroger le recours à la coercition en psychiatrie, quoique certains reconnaissent que, dans certaines situations, il soit difficile de procéder autrement.

Une attitude remarquable des médecins de ce type consiste en outre à replacer l'individu systématiquement au centre de leurs questionnements et de leurs décisions (voir supra C.C. ; B.C.).

« Il est plus cohérent de travailler le lien, l'éthique – on va dire – de l'inquiétude, de la veille, de rappeler rapidement le patient s'il ne vient pas au rendez-vous... C'est des évolutions tout ça, d'avoir une certaine sollicitude pour la personne et pas une sollicitude, comme on dit, substitutive mais quelque chose où on va... laisser la place au sujet. Voilà, ça c'est vraiment le principe mais vous voyez qu'en même temps, on va pas nous mettre à cette place et pour s'élever contre ça c'est difficile. » (F.J.)

Ce faisant, ces médecins tendent à davantage faire confiance aux patients et à prendre des risques les concernant (à la différence des types 2 et 4). Ce souci pour l'individu, au-delà du patient, les rend plus sensibles au respect des droits, au sens large, des malades de la psychiatrie, qu'ils soient incarcérés ou non. L'attention aux droits des malades ne constitue pas une revendication de leur position de médecins, à la différence du type 5, mais intervient dans leur discours comme une question éthique, dès lors que ces droits leur paraissent bafoués. La première évocation de ce psychiatre travaillant aux urgences dans le sud de la France concerne le souci du « respect du droit des patients ».

« Spontanément, c'est bien sûr le paradoxe qu'on nous demande où il faut faire le grand écart en permanence, c'est-à-dire... Sur le site des urgences, où les recommandations, ça reste quand même... de privilégier le choix du patient, de privilégier le soin en placement libre, de pas forcément faire de l'hospitalisation à tout crin, et notre paradoxe, c'est que on est dans quelque chose de plus sécuritaire, et avec le jugement qu'il y a eu vis-à-vis de la collègue en plus [*i.e.* le procès du Dr. Canarelli], [...] donc voilà comment arriver, dans cette contradiction, on va dire simplement, un double lien, à faire les choses correctement et dans le respect du droit des personnes. C'est la première chose parce que c'est de l'équilibrisme. » (F.J.)

Enfin la stigmatisation de la maladie mentale et des personnes qui en sont affectées revient fréquemment dans les discours de ces médecins.

### 3.4 LES PSYCHIATRES DU CONTROLE SOCIAL (TYPE 4)

Les médecins du type 4 sont peu nombreux (n = 7). Une petite moitié (n = 3) récuse être confrontés à des situations soulevant des problèmes éthiques. Un seul admet qu'ils sont une constante de son exercice. L'entretien avec le médecin ayant servi à décrire le type évoque des situations qu'elle juge difficiles mais qu'elle ne qualifie pas d'*éthiquement* difficiles. Son discours se caractérise par une absence de questionnement éthique assez répandue parmi ces médecins. Ainsi, comme dans le type 1, la question éthique est récusee au profit d'autres

enjeux qui, cette fois, ne sont pas formulés en termes cliniques (cf. le type 1) mais plutôt sous un jour pragmatique. H.K., en l'occurrence, souligne l'utilité pour le patient et l'intérêt pragmatique des mesures prises.

« Je pense également que les soins ambulatoires sous contrainte, avant cette nouvelle loi, existaient avant sous la forme des sorties d'essai. [...] j'ai eu recours à ça autrefois, de façon prolongée et avec succès, d'une façon qui ne me posait pas de problème de conscience. Donc c'est pas en terme de questionnement philosophique sur les libertés individuelles que je me pose C'est en termes d'*utilité* clinique, de capacité, de possibilité d'utiliser ce cadre, dans la relation avec le patient, d'une façon qui soit intéressante pour le patient, pour son devenir, pour son évolution... et qui soit pas contreproductive... C'était plus simple, euh c'était une époque où c'était moins bureaucratique aussi : on pouvait laisser les gens en sortie d'essai, on était pas fliqué sur le jour où l'on faisait le certificat. Ce qu'il faut voir c'est que les procédures se sont tellement rigidifiées aujourd'hui. *On pouvait auparavant avoir la même chose, quand c'était intéressant, et avec moins de contrainte pour nous, et pour le patient* et ça marchait mieux parce que le patient était dans un cadre où c'était symbolique. [...] donc on pouvait leur dire assez simplement : "si vous ne respectez pas le cadre de soins, pour prévenir une réhospitalisation dans de mauvaises conditions, je serai contrainte de vous réhospitalisez..." [...] ça permettait de leur dire : "mais finalement, vous savez que vous êtes à l'essai et que si ça ne se passe pas bien... l'hospitalisation était toujours possible", voilà. C'était pas la même chose même au niveau des mots que "soins ambulatoires sans consentement", c'était tout autre chose. » (H.K.)

Un trait caractéristique du discours de ces médecins, interrogés sur l'éthique, consiste dans le renversement du poids de la contrainte. Il appert dans cet extrait et se trouve confirmé lorsque H.K. est interrogée sur la possible différence entre les questions éthiques se posant en intra- et en extra-hospitalier. Elle répond :

« Ca ne change rien aux questions qu'on se pose par rapport aux patients. Ce qui est différent, c'est le *dispositif de soins* où à l'hôpital, pour que ça fonctionne bien, il y a à fournir un plus gros travail institutionnel, [...] qu'on a ça ici aussi mais moins. On est quand même beaucoup plus autonome dans nos prises en charge ici [au CMP par rapport aux décisions qu'on peut prendre avec les patients]. ». (H.K.)

Ainsi la mention des contraintes bureaucratiques induites par la réforme de la loi de 2011, celle des obligations qui pèsent sur les soignants et qui entravent le processus de soin, tel que les soignants voudraient le voir se dérouler – et que la loi de 2011 a contribué à alourdir – sont des thématiques très présentes dans le discours de ces médecins qui déplorent les pressions et obligations qu'ils subissent. Les contraintes légales et matérielles – impliquant par exemple la police – sont fréquemment soulignées.

« Après quand on a finalement des personnes qui vont décider en partie du parcours de soins, comme le directeur de cabinet ou comme le juge, parce que quelque part ils décident aussi du parcours de soins *en empêchant l'évolution que nous, on a envisagée*, c'est-à-dire en disant que la contrainte n'est plus nécessaire, que le patient quitte l'hospitalisation ou en disant à l'inverse que, ben non, on n'accorde pas le programme de soins, il faut un deuxième avis, il faut une expertise, ou des trucs qui vont durer, qui vont faire que le patient va être à cran, qui vont faire que... nous, on est sur le terrain à négocier au jour le jour avec le patient [...]. Donc on subit en fait le patient en première ligne mais nous aussi ces décisions-là. [C'est un petit peu agaçant parce que ça met en cause notre capacité à nous à juger sur... la filière de soins qu'on voulait faire prendre au patient. *Ca met en péril de temps en temps la relation thérapeutique*, c'est-à-dire le patient, il sent bien au milieu de tout ça que nous, on est finalement un pion dans un système et qu'on n'a pas

la main mise, ce qui est des fois quand même un peu gênant parce que finalement comme on est un peu le boy de la préfecture pour un patient qui a quand même besoin souvent d'un rapport un peu hiérarchisé, où il sent aussi... des fois, voilà on a cette obligation d'être cadrant, de proposer des limites, d'imposer des limites aussi [...] ». (I.G.)

Dans le discours des médecins de ce type, la thématique de la dangerosité est mentionnée de façon récurrente et parfois appréhendée sous le prisme du principe de précaution, c'est-à-dire dans une perspective où le protagoniste, placé au cœur du dispositif, est le médecin lui-même – dans une attitude qui se distingue spécifiquement du type 3 qui institue systématiquement l'individu malade au cœur de la problématique. De ce fait, le souci de la responsabilité médicale, interprétée en termes de responsabilité sociale du médecin, dans un contexte où le procès du Dr. Canarelli était dans tous les esprits, s'avère très présent.

« Je comprends l'inquiétude sécuritaire, je la partage, je suis la première à vouloir mettre à l'abri... mes compatriotes de mes patients qui pourraient être dangereux ; ça je pense que ça fait partie de notre rôle aussi d'être capable de déterminer la dangerosité et d'avoir une attitude adaptée quand on repère une dangerosité, donc, pour moi, ça me paraît vraiment quelque chose d'important ». (I.G.)

Dans la mesure où ces médecins se sentent investis d'une responsabilité sociale de préservation de l'ordre public, les « réintégrations » pour non respect du programme de soins se posent à eux comme une préoccupation récurrente – qui ne s'exprime pas dans les termes d'un problème éthique à strictement parler.

« Je suis aussi un citoyen respectueux de la loi. Je suis à l'interface. On ne peut pas faire comme si la sécurité n'existait pas. Il faut être responsable dans ma pratique et par rapport au patient. *On a une contrainte d'ordre public.* L'éthique, c'est : de quel côté faire pencher la décision ? Du côté de la coopération avec le patient ? [...] Du côté de la précaution : "tu n'as pas respecté le truc, tu rentres" ? ». (P.A.)

### 3.5 LA DEFENSE DES DROITS DES PATIENTS (TYPE 5)

Parmi les médecins promouvant les droits des patients (n = 17), seuls deux récusent la confrontation à des questions éthiques dans leur pratique. Pourtant l'analyse de contenu de ces deux discours les place très loin de ce déclaratif. En particulier, l'entretien avec le médecin ayant servi de référence à la description du type constitue une dénonciation systématique de :

« l'internement en France, c'est un abus de pouvoir de la psychiatrie, et c'est ce qui constitue la colonne vertébrale de la psychiatrie française historiquement, voilà donc si vous lui enlever ça, la psychiatrie se retrouve toute nue, elle ne sait même plus quoi faire. » (C.L.)

Cet entretien propose également une dénonciation du fonctionnement du dispositif psychiatrique français qu'il s'agisse des pairs aidants<sup>1</sup> ou des services, généralement qualifiés de « système organisé de maltraitance et de fainéantise », et plus spécifiquement dénoncé dans ses modes de fonctionnement :

« la fermeture des portes à clef, mais qu'est-ce que ça veut dire, c'est l'univers de la terreur la psychiatrie quand vous arrivez... c'est un outil de destruction de l'être humain, la psychiatrie [...] ; tant que le problème de

---

<sup>1</sup> « Dans mon service, par exemple, il y a des pairs aidants. Je vous raconte pas... le bordel, je vous raconte pas qu'ils sont des instruments de la maltraitance et du travail pour éviter que ça fonctionne. Enfin, bon. » Relance sur les questions éthiques. « Il suffit de lire la presse les syndicats infirmiers ont écrit qu'un ancien malade mental peut pas s'occuper de malades mentaux. Une fois que vous êtes partis là, c'est pas la peine de faire un débat. » (C.L.)

l'embalement n'est pas réglé, tout le reste, c'est impossible de le régler... parce que vous êtes une équipe soignante vous pouvez, au cours d'une réunion, décider de chopper un type et de l'enfermer – et tout le monde le sait puisque c'est comme ça que ça se passe. Comment vous voulez avoir des relations d'*empathie* avec les gens – ces grands mots qui sortent –, les types sont terrorisés ; ils ont compris mais en fait, il faut fermer sa gueule, obéir au personnel et s'en sortir le plus vite possible. » (C.L.)

Les entretiens avec les médecins du type 5 mettent en exergue les aspects négatifs de l'hôpital psychiatrique qu'il soit dénoncé en tant que tel ou que ses carences soient mises en avant.

« Je ne crois plus beaucoup à l'hôpital : ça aggrave les choses. Après, ça nous rassure : le patient ne va pas se suicider, il ne fera pas de mal à l'autre. [...] On a besoin parfois des chambres d'isolement mais la réponse de la psychiatrie est délétère. Quand je fais une hospitalisation sous contrainte, il faut vraiment que j'en sois persuadé. Quand un premier certificat est élaboré, il est très rare que le collègue déjuge après et ça dure 15 jours. » (S.B.)

Cette position à l'égard de l'hôpital psychiatrique explique le malaise voire le rejet face à l'imposition de la contrainte et aux soins sous contrainte. La mise en question de la structure hospitalière n'explique pas à elle seule cette attitude. Ce malaise tient également à la violence qu'implique l'imposition de la contrainte et qui, loin d'être euphémisée, est évoquée de façon récurrente par ces médecins comme une violence faite à un individu, à un être humain, lequel n'est pas d'emblée appréhendé comme un patient psychiatrique, contrairement à ce qui peut être le cas dans le type 2, mais dans sa singularité. Cette sensibilité se distingue toutefois de l'aversion que le type 3 humaniste exprime à l'égard de la violence véhiculée par la contrainte. Avec le type 5, se dessine une posture réflexive à l'égard des outils mis en œuvre par la psychiatrie plutôt que seulement une dénonciation de la violence faite à un être humain perçu comme un *alter ego*. Le questionnement stigmatise les dispositifs auxquels la psychiatrie a classiquement recours. I.S. n'aime pas se retrouver dans

« toutes les situations de violence : d'abord parce que c'est évidemment désagréable mais aussi parce que ça appelle une réponse violente aussi de votre part, pas du même ordre. Mais, si vous voulez, un patient qui est violent, c'est déjà une onde de choc dans un service parce qu'évidemment c'est quelque chose que personne ne peut supporter, qu'il ait été violent envers un autre patient, envers lui-même ou envers une équipe soignante mais ça va appeler un certain nombre de réponses qui sont hyper stéréotypées mais dans lesquelles vous vous retrouvez en position d'imposer la loi, d'imposer le règlement, donc des mesures... coercitives... où vous n'avez pas tellement le choix [...] j'adorerais pouvoir vous dire que c'est des moments où c'est horrible parce qu'on se sent cruel... c'est même pas ça... c'est que on a l'impression de répondre de la façon la plus bête possible à une espèce d'injonction, de faire son boulot... mais vraiment au sens le plus... ras-des-pâquerettes qui soit. » (I.S.)

Ces médecins manifestent une propension à s'interroger, davantage que les autres types, sur la motivation et les raisons d'une intervention médicale conduisant à imposer des soins ou une hospitalisation sous contrainte. Le discours de ce médecin qui travaille à la fois en intrahospitalier et dans une équipe mobile du sud de la France le souligne :

« On est souvent confronté à ça. Qu'est-ce qui justifie qu'on hospitalise une personne ? On fait un certificat pour l'hospitaliser. Sur quoi on se base ? je ne sais pas. On est souvent confronté à la question. [...] S'il a des armes, il est potentiellement dangereux ; ça ne se pose pas mais heureusement, ça n'est pas souvent mais c'est plus difficile dans les cas où la personne manifestement malade ne fait chier personne. À un moment donné, qu'est-ce qui fait qu'on

intervient ? On intervient toujours mais qu'est-ce qui fait qu'on va l'hospitaliser ? [...]

Par exemple un patient est sorti en soins sous contrainte en ambulatoire, il n'a pas respecté le programme [...]. On lui a donné un rendez-vous, il n'est pas venu. Il est fou mais pas si fou que ça. D'autres nous disent : "vous attendez quoi ? Un drame pour intervenir ?" mais c'est très agressif de dire à quelqu'un : "il faut aller à l'hôpital" ». (S.B.)

On trouve, dans le discours de ces médecins, une interrogation quasi systématique sur les limites de ce qu'on peut imposer à autrui et non pas simplement une réflexion sur les limites du champ d'intervention de la psychiatrie que l'on trouvait dans le type 2, posant la question de la légitimité de l'intervention, notamment au domicile du patient<sup>1</sup>. Le fil directeur, permettant à ces médecins, de sortir de ces questionnements consiste à replacer la singularité du patient au cœur de la réflexion – comme s'efforce également de le faire le type 3. La référence à la singularité du patient sert de régulateur dans les prises de décision où les médecins sont soumis à des pressions de tous ordres.

« Une des grandes difficultés de la maladie mentale, c'est que parfois ça fait souffrir le cerveau et que ça empêche d'utiliser son cerveau de façon adaptée à ses envies – pour faire simple. Donc comme nous sommes des techniciens, on tient compte de l'envie du type et puis surtout on essaie de voir s'il a tout ce qu'il faut pour y arriver, s'il a toutes les étapes qu'il faut pour y arriver. On va aussi établir ces étapes comme étant très bien. C'est un objectif potentiel de ce qu'on peut faire ce travail. Mais comme dans la vie, si je veux m'acheter une Ferrari, il va falloir que je passe par un certain nombre d'étapes. D'abord savoir lire et écrire, ensuite passer le permis de conduire, mettre de l'argent de côté. Vous voyez il y a plein d'étapes pour arriver à ce projet-là. C'est en ça qu'on est des techniciens. Après les gens, ils font sans nous mais nous, on doit pouvoir, s'il sait pas lire et écrire, lui trouver un moyen pour lire et écrire ; s'il sait pas mettre de l'argent de côté, lui trouver un moyen pour mettre de l'argent de côté et puis voilà. » (C.L.)

À la différence du type 3, cette singularité est moins appréhendée à partir de la conscience de partager une commune humanité avec les patients qu'à partir de la reconnaissance de ces derniers comme sujets porteurs de droits et citoyens, au même titre que les individus non malades. Cette approche des patients de la psychiatrie confère à ces médecins une sensibilité plus importante à l'égard de la stigmatisation dont les premiers sont frappés<sup>2</sup>. De la même façon, se dessinent de façon récurrente, dans leurs discours, une réflexion sur la liberté du patient et l'espace qu'on peut lui laisser<sup>3</sup>. Ainsi cette liberté n'est pas d'emblée résorbée dans la référence à l'aliénation ni dans l'idée que l'individu malade, lors des moments de crise, ne s'appartient pas.

« La santé, c'est la liberté ; c'est la définition classique phénoménologique, philosophique, française, germanique, européenne de la santé. La santé, c'est une plus grande liberté actionnelle, de décision. Je soigne un patient pour le

---

<sup>1</sup> Dans le type 2, sont interrogées les situations dans lesquelles il est légitime d'intervenir – le principe de l'intervention étant acquis, ce qui n'est pas le cas pour les médecins du type 5.

<sup>2</sup> Les problèmes éthiques de la psychiatrie, ce sont notamment « les droits : comment on considère quelqu'un qui a des troubles psychiques. La question de la stigmatisation, la manière dont ils sont considérés, la manière dont ils s'auto-stigmatisent, la manière dont on les met de côté, ça oui. Donc il y a tout de même beaucoup à avoir là dessus ; et encore à notre époque d'une manière subtile, plus douce. [...] Regardez au niveau de l'emploi, regardez les gens qui sont mis dans des... qui sont casés dans des systèmes – ça fait des années que je m'occupe des congés longue durée des fonctionnaires mais pour les faire reprendre, c'est la croix et la bannière, une fois que la personne, elle est mise de côté, c'est terminé. Et je vous dis, après elles s'auto-stigmatisent et puis elles ne veulent pas entrer dans le système commun, ordinaire. Enfin, on pourrait en prendre pas mal comme ça. Moi, je crois que c'est plus du côté de l'acceptation. On est dans une société dite hypertolérante avec des intolérances terribles. » (J.R.)

<sup>3</sup> « Je pense à un patient précisément qu'on a depuis pas mal de temps d'ailleurs qui est toujours en HO... après *on ne sait plus très bien aujourd'hui si la mesure de privation de liberté est utile sur un plan médical, elle répond à une demande de la société* ou parce qu'on ne sait pas quoi faire d'autre et qu'il faut bien le garder quelque part. C'est peut-être probablement ça le plus difficile parce que ça ne pose de problème à personne. » (P.F.)

rendre plus libre. Je vais l'aider à prendre conscience de ce qui lui arrive, l'aider à analyser, à dépasser ce qu'il a à vivre. C'est le sens éthique de mon action thérapeutique. » (O.L.)

## Conclusion

La diversité des orientations thérapeutiques et cliniques de la psychiatrie en France est susceptible de s'ordonner selon une grille en cinq catégories. Cette typologie présente également une pertinence s'agissant du sens de l'éthique des psychiatres (voir aussi Guibet Lafaye, 2016b). La présente analyse a donc permis une complexification épistémologique de la typologie initiale. Nous avons ainsi montré que la fréquence avec laquelle les médecins sont placés face à des situations jugées éthiquement problématiques permet de les distinguer. L'appréciation de cette fréquence – et en particulier de « l'absence » de situations à caractère éthique – permet de départager les types 1, 2 et 4 des types 3 et 5. L'affirmation de leur récurrence – occasionnelle ou systématique – est principalement portée par le type humaniste (type 3) et par celui promouvant les droits des patients (type 5). Un second résultat concerne les difficultés posées par l'hospitalisation sous contrainte qui ne sont pas perçues de façon identique selon les types.

Enfin, il a été possible de mettre en évidence un sens spécifique de l'éthique caractérisant chacun des types de médecins : le premier est aux prises avec la dialectique du soin et du respect, appelé par la déontologie médicale, de la liberté du patient ; le type 2 avec la question de savoir jusqu'où aller dans les soins ainsi qu'avec celle de la responsabilité sociale et médicale à l'égard du patient et de la société. Le type 3 a le souci du respect de l'humain, quelle que soient les postures institutionnelles dans lesquelles il se trouve, ce qui le porte à un questionnement constant sur sa pratique. À l'inverse, le type 4 exprime une distance à l'égard de l'éthique et un souci de la sécurité publique pour autant que la responsabilité médicale pourrait se trouver engagée. Enfin, le type 5 déploie une réflexion sur les effets délétères de l'hôpital et s'interroge sur les façons de travailler préservant le statut de citoyen de la personne malade.

Le niveau d'abstraction atteint par la description des types de psychiatres ainsi que de leur rapport à l'éthique suggère que la présente étude constitue une étape préliminaire dans la transférabilité de ses résultats vers d'autres terrains, le travail interprétatif mené ayant systématiquement consisté à subsumer le particulier sous le général, à replacer l'action, l'événement, la signification ou l'activité immédiate dans une classe plus abstraite (voir Huberman et Miles, 1991 ; Miles et Huberman, 2003).

## Références

Adshead G. et S.P. Sarkar, « Ethical issues in forensic psychiatry », *Psychiatry*, vol. 6, n° 10, October 2007, p. 420-423.

Benvenuto S., « Le projet de la psychiatrie phénoménologique », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 71, n° 1, January-March 2006, p. 11-29.

Berger-Vergiat A. *et al.*, « Souhaits de pratique des internes de psychiatrie : résultats d'une enquête nationale », *L'Encéphale*, vol. 41, n° 1, February 2015, p. 17-24.

Blanchet A. et A. Gotman, *L'enquête et ses méthodes. L'entretien*, Paris, Armand Colin, 2005.

Boorse C., « Health as a theoretical concept », *Philos Sci*, 1977, 44, p. 542-573.

Coffin J.-C., « La réhabilitation de la folie dans l'œuvre d'Henri Ey », in F. Daled (dir.), *L'envers de la raison alentour de Canguilhem*, Paris, Vrin, 2008, p. 141-156.

Coldefy M. *et al.*, « Une mise en perspective de l'offre de soins des secteurs de psychiatrie générale et du recours à la médecine générale. », *Pratiques et Organisation des Soins*, n° 3/2009, vol. 40, p. 197-206.

Deakin N., « Philosophy, Psychiatry, and Psychology », *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2015, p. 31-36.

Dworkin G., « Paternalism », *The Monist*, 56, janvier 1972.

Falkum E. et R. Førde, « Paternalism, patient autonomy, and moral deliberation in the physician-patient relationship: Attitudes among Norwegian physicians », *Social Science & Medicine*, vol. 52, n° 2, January 2001, p. 239-248.

Fiorillo A. *et al.*, « How to improve clinical practice on involuntary hospital admissions of psychiatric patients: Suggestions from the EUNOMIA study », *European Psychiatry*, vol. 26, n° 4, May 2011, p. 201-207.

Franck N. « Remédiation cognitive chez les patients souffrant de schizophrénie », *Annales Médico Psychologiques*, 165, 2007, p. 187-190.

Goyet V. *et al.*, « Enjeux et outils de la réhabilitation en psychiatrie », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 78, n° 1, January-March 2013, p. 3-19.

Grenouilloux A., « Savoir, pouvoir, éthique en psychiatrie », *Éthique & Santé*, vol. 12, n° 2, June 2015, p. 130-137.

Guibet Lafaye C., « Psychiatrie et particularisme éthique », *Cahiers de philosophie de Caen*, Presses Universitaires de Caen, Caen, n° 52, 2015.

Guibet Lafaye C., « Pour une typologie des médecins psychiatres », *Information psychiatrique*, 2016a.

Guibet Lafaye C., « Le sens de l'éthique en psychiatrie. Par delà Beauchamp et Childress », *Éthique et santé*, Issy-les-Moulineaux (France), Elsevier Masson, 2016b.

Guivarch J., « Retour de la contention en psychiatrie : perception des patients et soignants et considérations éthiques », *Éthique & Santé*, In Press, Corrected Proof, Available online 28 August 2015.

Hughes J.C., « Psychiatric ethics », *Medicine*, vol. 32, n°7, 1 July 2004, p. 1-3.

Jacoby R., « Ethical and legal aspects of dementia », *Psychiatry*, vol. 3, n° 12, 1 December 2004, p. 33-34.

Kapsambelis V., « Le patient psychiatrique, enfant et citoyen : l'éthique du soin en psychiatrie », *Psychiatrie française*, vol. 38, n° 3, 2007, p. 25-31.

Katz C.L., Timothy P. Lahey, Hilary T. Campbell, « An Ethical Framework for Global Psychiatry », *Annals of Global Health*, vol. 80, n° 2, March-April 2014, p. 146-151.

Lamboy B. *et al.*, « Catégorisation des interventions du psychothérapeute : construction d'un instrument regroupant différentes approches langagières », *Annales Médico-psychologiques*, vol. 165, n° 3, April 2007, p. 162-171.

Martin B. et Nicolas F., « Facteurs subjectifs et rétablissement dans la schizophrénie », *L'Évolution Psychiatrique*, vol. 78, n°1, January-March 2013, p. 21-40.

Mezzich J. *et al.*, « Introduction to person-centred medicine: from concepts to practice », *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 17, 2011, p. 330-332.

Mignon M. et Cl. Sureau, *Humanisme médical. Pour la pérennité d'une médecine à visage humain*, Montrouge, John Libbey Eurotext, 2003.

Miles M.B. et M.A. Huberman, *Analyse des données qualitatives*, Paris, De Boeck, 2003.

Naudin J. *et al.*, « Ne refusons pas la loi sur la psychiatrie », *Le Monde.fr*, 07.04.2011.

Nuss P. *et al.*, « Pratiques thérapeutiques dans la prise en charge des patients souffrant de troubles bipolaires en France. Étude TEMPPPO », *L'Encéphale*, vol. 38, n° 1, February 2012, p. 75-85.

Olié J.-P. *et al.*, « Les schizophrénies, maladies du neurodéveloppement », *Annales Pharmaceutiques Françaises*, vol. 67, n° 4, July 2009, p. 251-255.

Oury J., *Psychiatrie et psychothérapie institutionnelle*, Paris, Payot, 1976 ; rééd. Au Champ social, 2001.

Owen G.S. *et al.*, « The legal and ethical framework for psychiatry », *Medicine*, vol. 40, n° 12, December 2012, p.666-667.

Ricœur P., « De la morale à l'éthique et aux éthiques », in *Un siècle de philosophie (1900-2000)*, Paris, Gallimard, Folio essais, 2000.

Robert Dominique, « Évaluer l'activité en psychiatrie : un essai de typologie des parcours de soins. », *Santé Publique*, n° 3/2007, vol. 19, p. 203-215.

Savoie-Zajc L., « La recherche qualitative/interprétative en éducation », in Th. Karsenti et L. Savoie-Zajc, *La recherche en éducation : étapes et approches*, Sherbrooke, Éditions du CRP, 2004, p. 123-150.

Stokes J. *et al.*, « Definition of terms and concepts applicable to clinical preventive medicine », *J Community Health*, 1982, vol. 8, n° 1, p. 33-41.

Versaevel C. *et al.*, « Déterminer la position du patient envers les soins psychiatriques avec le questionnaire Touriste-Plaignant-Client (TPC) : un outil simple pour évaluer l'alliance et la motivation », *L'Encéphale*, vol. 39, n° 4, September 2013, p. 284-291.

Vianin P., « Des outils de thérapie cognitivo-comportementale pour la remédiation cognitive », *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive*, vol. 22, n° 3, September 2012, p. 97-103.

Wright M.T. et L. Weiss Roberts, « A Basic Decision-Making Approach to Common Ethical Issues in Consultation-Liaison Psychiatry », *Psychiatric Clinics of North America*, vol. 32, n° 2, June 2009, p. 315-328.