



**HAL**  
open science

## Le sens de l'éthique en psychiatrie. Par delà Beauchamp et Childress

Caroline Guibet Lafaye

► **To cite this version:**

Caroline Guibet Lafaye. Le sens de l'éthique en psychiatrie. Par delà Beauchamp et Childress. *Éthique & Santé*, 2016, 13. halshs-01311037

**HAL Id: halshs-01311037**

**<https://shs.hal.science/halshs-01311037v1>**

Submitted on 31 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.

# LE SENS DE L'ÉTHIQUE EN PSYCHIATRIE

Par delà Beauchamp et Childress

*Meaning of Ethics in psychiatry*

Caroline GUBET LAFAYE<sup>1</sup>

*Résumé* : L'éthique médicale s'appuie aujourd'hui de façon privilégiée sur le principisme développé par Beauchamp et Childress. Nous montrons, à partir d'une étude de sociologie qualitative, le sens de l'éthique tel qu'il se trouve spontanément formulé par des médecins psychiatres est irréductible, en particulier à la bienfaisance et à l'autonomie. Nous soulignerons, en premier lieu, que l'éthique s'interprète, du fait de la tradition psychothérapeutique française, en terme moraux par référence à notre humanité, puis que la question de la responsabilité porte la psychiatrie au-delà de l'autonomie. Nous montrons enfin que la question de l'éthique intervient, par excellence, dans la confrontation des normes structurant l'exercice de cette discipline et dans son rapport aux principes constitutionnels.

*Mots-clés* : Éthique, psychiatrie, autonomie, responsabilité, Beauchamp et Childress.

*Abstract*: Nowadays medical ethics usually refers to Beauchamp and Childress principlism. Based on a sociological approach, the paper will show that, for psychiatrists, the meaning of ethics, expressed in the framework of interviews, is unsolvable in the principlism, especially in benevolence and autonomy. We will first underline the interpretation of ethics in moral terms, *i.e.* referring to our common humanity and secondly that the concern with responsibility leads the psychiatry beyond autonomy. Finally it will appear that the ethical issues raised mainly when several norms are at stake and when psychiatry has to deal with constitutional requirements.

*Key words*: Ethics, psychiatry, autonomy, responsibility, Beauchamp and Childress.

## **Introduction**

L'étude des aspects éthiques de la pratique psychiatrique est récente et peu systématisée (voir Steinberg, 1997 ; Green et Bloch, 2006 ; Cano, 2009). Le présent article vise à

---

<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).

comprendre comment surgit, en psychiatrie, la question éthique – dont nous allons préciser la détermination – et le sens que les psychiatres confèrent à ce terme, avant sa formalisation dans les principes classiques de l'éthique médicale (Beauchamp et Childress, 1994). L'analyse permettra d'envisager deux interrogations subséquentes : d'une part, pourquoi les médecins psychiatres arrivent-ils à considérer que telle situation soulève des enjeux qui ne sont pas seulement cliniques mais aussi éthiques ; d'autre part, pourquoi ce qui apparaît engager un questionnement éthique d'un point de vue extérieur ou à des éthiciens n'apparaît pas tel aux concernés ?<sup>2</sup>

Envisager ces aspects suppose, en premier lieu, d'identifier le sens conféré à la notion d'éthique. Pour ce faire, nous nous appuyerons sur la distinction, formulée par P. Ricœur (2000) entre morale et éthique. La première désigne, d'une part, la région des normes, *i.e.* les principes du permis et du défendu<sup>3</sup>, et d'autre part, le sentiment d'obligation en tant que face subjective du rapport d'un sujet à des normes. La morale articule la norme objective et l'imputabilité subjective, conformément à une détermination mutuelle de la norme et du sujet obligé. L'éthique, en revanche, se présenterait comme un concept clivé, pointant pour une part vers l'enracinement des normes dans la vie et dans le désir – ce que P. Ricœur désigne comme « l'éthique antérieure » – et, pour une autre part vers l'insertion des normes dans des situations concrètes – l'éthique dite « postérieure ». L'éthique consisterait à la fois en une métamoralité, une réflexion de second degré sur les normes et s'incarnerait, d'autre part, dans des dispositifs pratiques, tels l'éthique médicale, l'éthique juridique, l'éthique des affaires. Nous ne nous intéresserons ici qu'à cette seconde acception du terme d'éthique. Les éthiques régionales supposent de passer d'un savoir constitué de normes et de connaissances théoriques à une décision concrète en situation. Cette application s'opère dans le cadre d'un jugement singulier, de sorte que l'éthique consiste dans l'opération ou le processus d'application d'une règle à un cas et de subsumption d'un cas sous une règle.

L'étude proposée vise à identifier les lieux d'émergence de la question éthique en psychiatrie – c'est-à-dire une forme de « cartographie » de celle-là dans le champ – ainsi que les principes fondamentaux sur lesquels la pratique psychiatrique s'appuie et dont le non respect met en lumière un enjeu éthique aux yeux des professionnels. Nous avons traité en d'autres lieux (Guibet Lafaye, 2016, Drees) l'une des questions éthiques fondamentales pour les médecins : « à la demande de qui répond-on ? » L'un des lieux principaux où se cristallise la question éthique se situe à la jointure de la psychiatrie et du social. De même, nous ne traiterons pas de l'émergence de la question éthique dans des milieux spécifiques, tel la prison ni pour les personnels paramédicaux<sup>4</sup>. La spécificité de cette étude tient à l'ampleur du spectre des pratiques psychiatriques qu'elle envisage.

Notre approche se distingue à la fois de celles de Grenouilloux (2012) et Hum (2011), qui se concentrent sur la réflexion éthique menée dans le cadre de comités d'éthique en psychiatrie, mais aussi des études menées sur des pratiques particulières, telles l'isolement (Cano et Boyer, 2011), et de celle de Cano (2009) portant sur des principes éthiques. N. Cano (2009) s'efforce de vérifier l'application de principes éthiques définis *ex ante* (principes d'autonomie, de bienfaisance et de non-malfaisance), en référence au travail de Beauchamp et Childress, dans les pratiques psychiatriques. Notre ambition a été, à l'inverse, de mettre en évidence à partir du matériau empirique, également recueilli lors d'entretiens semi-directifs, les références

---

<sup>2</sup> Concernant la contention et l'isolement C.B. reconnaît : « certainement que c'est des pratiques qui... peuvent paraître choquantes mais [...] malheureusement c'est qu'on arrive trop souvent là car les gens arrivent trop tard dans les soins. Ils sont dans des tels états de désorganisation que pour les protéger, on est... obligé de passer par là. »

<sup>3</sup> [Une morale du devoir de type kantien est à la source d'impératifs catégoriques et dessine la région des principes du permis et du défendu (voir aussi Ricœur, 1990). Sur la distinction entre morale déontologique, exprimant ce qu'il est bon et ce qu'il convient de faire, et morale téléologique (voir Ricœur, 1991, p. 176 *et sqq.*.)]

<sup>4</sup> Bien que les entretiens menés suggèrent que la question éthique se pose différemment aux médecins et aux infirmiers, nous n'envisagerons ici que le personnel médical, dans la variété de son exercice toutefois.

éthiques et les cadres axiologiques *spontanément* convoqués par les médecins, lorsqu'ils étaient interrogés sur leurs pratiques.

L'analyse de données de type itératif ou circulaire (voir Huberman et Miles, 1991, 1994) a ainsi contribué à faire émerger le sens de l'éthique *aux yeux des enquêtés*, évitant ainsi de surimposer une problématique éthique *extérieure* à leur discours, en l'occurrence des principes sensés rendre intelligibles leurs pratiques. Notre démarche peut donc être qualifiée de « bottom-up » plutôt que « top-down », à la différence de celle de Cano (2009). Notre travail propose ainsi une clarification analytique de l'éthique empirique en psychiatrie (voir Widdershoven *et al.*, 2008), telle qu'une investigation de sociologie qualitative peut la dessiner. L'intérêt second de cette méthodologie réside dans la possibilité d'apprécier l'intériorisation effective, par les acteurs, des principes constituant aujourd'hui une référence dans l'analyse et la réflexion en éthique médicale (cf. Beauchamp et Childress, 1994). Existe-t-il une convergence des principes auxquels les acteurs se réfèrent spontanément, pour appréhender leurs pratiques, et ceux mobilisés pour rendre raison ou dénouer des situations éthiquement complexes ?

## **1. Présentation de l'enquête et de ses résultats**

### **1.1 METHODOLOGIE**

Afin de saisir les configurations faisant surgir, pour les médecins psychiatres, des difficultés qu'ils identifient eux-mêmes comme relevant de l'éthique, nous avons mené, entre octobre 2012 et juillet 2013, une enquête sociologique de terrain grâce à laquelle nous avons rencontré 90 psychiatres et 17 soignants paramédicaux. Ils appartenaient à des structures de différents types (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 exerçaient en prison (quoique 2 d'entre eux avaient quitté ces structures au moment de l'entretien), 8 exerçaient principalement en libéral. Le plus jeune avait 26 ans. Deux avaient passé l'âge de la retraite. Un tiers était des femmes. Des entretiens semi-directifs durant entre 30 mn et 3h30 ont été réalisés avec chaque enquêté<sup>5</sup>. Ceux-là ont été menés avec une grille standard<sup>6</sup>, ayant d'abord été testée à partir d'entretiens pilotes. Deux questions ont été retenues pour l'étude : « Spontanément, pourriez-vous évoquer des situations ou des cas vous ayant paru poser des difficultés ou apparaissant comme éthiquement problématiques » ; « Y a-t-il des Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'État (SPDRE) ou à la demande d'un tiers (SPDT) qui vous ont posé des difficultés et si oui, pourquoi ? » Les réponses proposées par les 90 médecins ont été systématiquement répertoriées et classées. L'analyse a permis de mettre en évidence les lieux du surgissement de l'éthique dans la pratique et le discours psychiatriques.

L'exploration de type qualitatif davantage qu'un recueil quantitatif de données constitue un outil méthodologique adéquat permettant de faire émerger le cadre axiologique, le questionnement éthique et la qualification par les acteurs des difficultés qu'ils rencontrent dans les termes de l'éthique voire du dilemme moral (voir Blanchet et Gotman, 2009). Elle nous a permis de recueillir les discours et les représentations de l'éthique, nourries par les

---

<sup>5</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>6</sup> Disponible sur demande.

psychiatres, à la croisée de la clinique et d'autres registres normatifs, en l'occurrence légaux, juridiques et pratiques ou pragmatiques<sup>7</sup>.

Pour s'orienter dans la complexité du matériau recueilli et le traiter de façon systématique, une fiche de synthèse, contenant un résumé des informations associées à chaque entretien, a été réalisée selon la méthode d'Huberman et Miles (1991). Tous ont été soumis à une analyse individuelle à partir d'un codage thématique, permettant d'identifier des régularités dans les discours. Leur collecte a été complétée par une observation de type ethnographique sur un site de la région parisienne où des patients sont hospitalisés sous contrainte et en long séjour.

## 1.2 LIMITES

La principale limite associée à ce travail est que les professionnels étaient contactés pour une enquête faisant explicitement mention de l'éthique dans son intitulé. De ce fait, les médecins qui ont accepté de s'entretenir avec nous avaient, pour partie, une sensibilité à ce sujet. Cette tendance s'est parfois explicitement confirmée puisque parmi eux certains ont mis en place des groupes de réflexion éthique (trois en ont explicitement fait mention durant l'entretien). Le taux de réponse à la demande d'entretien est d'environ 50 % puisque 87 médecins (et 7 infirmiers) se sont abstenus de répondre à la demande d'entretien.

## 1.3 RESULTATS

L'enquête interrogeait explicitement les médecins sur les situations qui leur avaient – paru – posé des difficultés éthiques, notamment en termes de décision. Le codage des réponses a permis de mettre en évidence, d'un point de vue quantitatif, la place et la fréquence de la problématique éthique en psychiatrie. (a) 25 médecins estiment que la pratique psychiatrique ne pose aucune difficulté d'ordre éthique – notamment parce que celles-ci se traduisent plutôt en termes cliniques (voir Guibet Lafaye, 2015). Toutefois l'analyse du discours de 7 d'entre eux permet d'identifier explicitement des questions éthiques dont la qualification échappe à leurs auteurs. Le fait que les acteurs n'identifient pas des situations éthiquement problématiques par eux-mêmes ne signifie pas qu'elles soient inexistantes.

(b) À la question « y a-t-il des situations qui vous ont posé des difficultés éthiques ? », 40 médecins mentionnent explicitement des situations dont ils estiment qu'elles sont problématiques d'un point de vue éthique. S'y ajoutent 9 récits faisant surgir des difficultés jugées problématiques par les acteurs mais qu'ils ne qualifient pas explicitement d'éthiques quand bien même l'analyse montre qu'elles mobilisent des principes éthiques. Ainsi plus de la moitié de l'échantillon (n = 49) reconnaît avoir été confronté, à certaines occasions, à des situations éthiquement problématiques.

(c) S'y ajouteront 15 médecins estimant qu'elles sont courantes, très fréquentes ou systématiques. La question posée s'est donc révélée pertinente pour les deux tiers (60 %) de l'échantillon.

---

<sup>7</sup> Sur l'entrecroisement de ces registres normatifs et des difficultés que fait surgir leur concurrence, voir Guibet Lafaye, 2016, Drees ; Ricœur, 2000. En effet, le pacte de soins conclu entre tel médecin et tel patient se laisse placer sous des règles de plusieurs sortes. D'abord des règles morales rassemblées dans le *Code de déontologie médicale* : on y lit des règles telles que l'obligation du secret médical, le droit du malade à connaître la vérité de son cas, l'exigence du consentement éclairé avant tout traitement risqué, ensuite, des règles ressortissant au savoir biologique et médical et que le traitement en situation clinique met à l'épreuve de la réalité ; enfin des règles administratives régissant au plan de la santé publique le traitement social de la maladie. (Ricœur, 2000) Tel est le triple encadrement normatif de l'acte médical concret aboutissant à une décision concrète, la prescription et, d'un plan à l'autre, le jugement, la *phronesis* médicale.

Ces différences s'expliquent partiellement par le lieu d'exercice des professionnels. Les médecins libéraux sont moins confrontés à des questions qu'ils appréhendent comme ou qui peuvent être qualifiées d'éthiques. Certains praticiens hospitaliers ou médecins de l'hôpital public récusent la confrontation à ces questions car ils sont dans des services où la question de la contrainte ne se pose pas : exercice à l'hôpital général, service non sectorisé. Néanmoins toutes les difficultés éthiques ne surgissent pas du recours à la contrainte. En outre, les enquêtés ayant accepté de répondre à notre demande d'entretien peuvent présenter des profils davantage susceptibles de développer une réflexivité à l'égard de leurs pratiques.

## **2. L'humain, la vie, la mort**

D'un point de vue formel, la question éthique surgit, lorsque les individus ont vécu une expérience qui les a choqués. L'intuition morale selon laquelle des principes fondamentaux ont été bafoués s'exprime dans les termes du « être choqué par »<sup>8</sup>. D'un point de vue substantiel, les discours font référence à des principes éthiques susceptibles d'être explicitement décrits mais qui sont irréductibles aux quatre principes de la typologie de Beauchamp et Childress (1994).

### **2.1 LA PSYCHIATRIE FACE A LA MORT**

Nous avons montré que les médecins avaient le sentiment d'être confrontés à des choix éthiques, lorsque leurs pratiques se situaient aux confins du social et du psychiatrique (Guibet Lafaye, 2016, Drees). Tel est également le cas, lorsqu'ils œuvrent à la frontière du somatique et du psychique. Le traitement de maladie sans option curative et la réponse à la fin de vie de patients, suivis au long court en psychiatrie, engage certains médecins dans un questionnement qu'ils qualifient d'éthique :

« Un autre problème éthique – ça arrive pas souvent – c'est quand on a des malades, des "chroniques" – entre guillemets – du service qui sont atteints de cancer par exemple. Là, on a eu le cas pour une dame, qui avait une leucémie, qui est morte. [...] l'équipe a retroussée ses manches et puis a dit ben non, on va l'accompagner jusqu'à la fin dans le service. Bah, c'est pas évident puisqu'elle était en train de mourir sous nos yeux. Bon ben voilà, ça renvoie à des trucs difficiles à titre personnel. Là, ça été un truc éthique. Après, bon je pense, c'est en fonction de l'orientation du service quoi : si c'est un service humain, les gens vont, bon ben voilà... si c'est un service qui est très CHU, on va l'embarquer aux urgences et puis de là, elle ira je sais pas où et puis elle va finir sa vie... » (C.G.)

On pourrait ici considérer que l'équipe est aux prises avec la mise en œuvre optimale du principe de bienfaisance : apporter les meilleurs soins somatiques à des patients *vs.* leur permettre d'être entourés lors de la dernière période de leur vie. Quand bien même le principe de bienfaisance serait à l'horizon de la réflexion, le sens de l'éthique porte ici sur la question de savoir *comment rester humain* avec et pour un patient en fin de vie, suivi de longue date dans un service de psychiatrie et sans entourage familial ou presque, les soignants semblant être devenus sa seule « famille ».

### **2.2 ÊTRE HUMAIN FACE A DES HUMAINS MARQUES PAR UNE DIFFERENCE**

---

<sup>8</sup> Tel médecin avouera : « J'ai été souvent choquée par la violence des interventions psychosociales. » (M.S.)

Ce souci de demeurer humain – au-delà de sa fonction de soignant – est le fondement d'une part des discours évoquant explicitement l'éthique. A.G. l'exprime de façon synthétique en fin d'entretien :

« L'éthique n'appartient pas à un courant ; l'éthique, c'est voilà : je suis en face de quelqu'un, je reconnais la personne en tant que personne. Voilà, quoi qu'il lui arrive, c'est quelqu'un, voilà. Donc de la vie à la mort, c'est quelqu'un. Jusqu'à... même le corps mort est quelqu'un. »

Du fait de la différence éprouvée face à certains patients, des médecins envisagent la psychiatrie comme interrogeant fondamentalement notre humanité et sa signification, tel cet interne :

« L'autisme, c'est un bon exemple... d'éthique, pour le questionnement éthique, y compris philosophique... sur *qu'est-ce que c'est que l'être humain* et comment on le conçoit parce qu'en fait... la question de la personne humaine, elle se pose même dans l'autisme. Par exemple typiquement, est-ce que ces patients, ils ont accès à une conscience ? Est-ce qu'on peut interagir avec eux ? Est-ce qu'ils nous reconnaissent comme un autre être vivant, comme autrui, etc. ? [...] Nous, on n'a pas forcément de réponse pour tous ces éléments-là. Ça aussi ça nous interpelle en terme éthique. [...] d'essayer de comprendre un peu l'être humain... d'imaginer un peu ce que ça peut être l'Homme avec un grand H. » (B.C.)

Sous-jacente à ces interrogations œuvre la question de l'attitude appropriée et certes, en un certain sens, le principe de bienfaisance. Toutefois il serait réducteur de dissoudre dans ce dernier, l'interrogation éthique – en l'occurrence morale – sur le sens d'une attitude humaine et de sa propre humanité, dans la confrontation avec une différence perçue comme radicale. Telle est l'exceptionnalité positive<sup>9</sup> de la psychiatrie dans le champ médical, qui s'éprouve aussi bien dans les services communs qu'en milieu carcéral :

« La question qui se pose c'est pas ce qu'eux ont fait mais ce que nous, en tant qu'être humain on est capable de faire – au pire des êtres. La limite, elle doit pas être chez eux, elle doit être chez nous, vous comprenez ce que je veux dire [...]. C'est pour ça qu'on n'est pas pour la peine de mort, etc. » (C.D.)

Ces situations renvoient à sa propre capacité à rester humain – dans un positionnement éthique – et à demeurer soignant face à des individus ayant un comportement que l'on réproouve : un détenu a envoyé un courrier à son ex-compagne dont il a tué la mère pour lui dire qu'il n'a pas fini son travail et qu'il l'achèverait à sa sortie de prison : « il est effroyable, effroyable [ce courrier] [...] vraiment, c'est un truc de thriller. On imagine cette femme – qui a perdu sa mère – et dont l'assassin l'a menacée... *C'est difficile de rester... neutre et bienveillant*. On essaie. Mais c'est parfois un peu difficile. » (C.D.)

## 2.3 VIOLENCE ET HUMANITE

La question éthique par excellence, engageant la norme fondamentale du respect de l'humanité, sous-tend la réprobation de l'usage de certains outils de la psychiatrie (voir infra 4.1 et 4.2). Ce médecin, exerçant exclusivement en cabinet depuis les années 2000, n'a rencontré de dilemmes moraux que dans deux situations : les hospitalisations d'office et la sismothérapie, l'électrochoc, lors de son internat avec

« un vieux patron de l'ancienne école qui faisait de la sismothérapie sans anesthésie ni curare – quasiment aliéniste, quoi. Voilà ça pose problème

---

<sup>9</sup> Par opposition à l'exceptionnalité négative de la psychiatrie, instituée comme l'unique discipline médicale investie du pouvoir de contraindre aux soins.

que... d'être sous... l'indication de quelque chose qu'on n'a pas envie de poser puis de le faire. [...] »

– Vous n'aviez guère le choix.

– Oui, sinon c'était la fin de ma carrière. De fait, ça s'est admirablement passé [...]. Il n'en reste pas moins que c'est quelque chose d'effroyablement *barbare* ». (O.H.)

Les médecins et les soignants pour lesquels l'imposition de la violence est difficilement acceptable expriment des sentiments faisant référence à une certaine conception de l'humanité, au respect de la personne humaine et à ce qui est dû à autrui, du fait de son appartenance au genre humain<sup>10</sup>. Un questionnement éthique émerge explicitement, aux yeux des enquêtés, car certains choix médicaux sont vécus comme mettant en cause les principes d'une morale commune largement partagée, à laquelle les soignants adhèrent en tant que personne, être humain ou citoyen, au-delà de leur fonction médicale<sup>11</sup>. Cet ancien chef de service le souligne, lorsqu'il évoque l'introduction des ceintures de contention électroniques dans les services :

« Au début les infirmiers, les infirmières étaient affolés parce qu'ils n'arrivaient pas à faire fonctionner le dispositif... La souffrance, elle est partagée [...] parce que quand il n'y a plus de *rapport éthique dans le soin*, tout le monde est en souffrance y compris celui qui est violent avec l'autre, il n'arrive plus à *se représenter son travail de façon humaine, de façon valorisante...* » (J.M. ; nous soulignons)

### **3. Être responsable de l'autre dans l'incertitude**

#### **3.1 REINSTAURER L'AUTRE DANS SA CAPACITE DE CHOIX**

La finalité éthique – et non exclusivement clinique – de la position soignante en psychiatrie est explicitement interprétée, par certains médecins, comme l'effort pour rendre à l'individu, partiellement au moins, sa capacité de choix, quel que soit le degré de gravité de sa pathologie. Tel est l'objectif formulé par ce médecin dans une relance l'interrogeant sur la place de l'éthique dans sa pratique :

« c'est un questionnement permanent. [...] La question qui m'interroge au quotidien, c'est celle de la responsabilité individuelle... et de la responsabilité des patients que j'ai en face de moi.

Là, aussi on est loin d'avoir un consensus dans la profession, dans la façon dont on envisage le patient psychiatrique en face de soi. On est là encore pris entre [...] un modèle paternaliste, encore souvent... je dirai "compassionnel" – entre guillemets – où les équipes et beaucoup de collègues s'occupent avec beaucoup de dévouement des patients avec l'idée que c'est déjà tellement tragique d'être malade que donc il faut en quelque sorte les protéger, les assister, les accompagner, "faire pour", là où... ma position, dans la mesure du possible, est de "faire faire" plutôt et voilà, de dire que c'est justement tellement tragique d'avoir une maladie mentale que, en plus, ce serait une double peine que de leur dénier un statut de citoyen, d'adultes responsables autant que possible, autant que faire se peut et à chaque fois que c'est possible... Mais bon, toute la difficulté, dans la pratique, c'est de ne pas se tromper sur la capacité du patient à consentir et à être responsable. » (O.C.)

---

<sup>10</sup> « C'est une violence qui leur est faite par la chambre d'isolement, la contention ; c'est une sensation de dégradation de l'humain, de ce que devrait être une personne humaine [...] » (N.B.).

<sup>11</sup> « Il y a des éléments de vécu... des préoccupations éthiques me sont venues... Il y a eu des choses très violentes comme les chambres d'isolement, les injections avec une sensation [...] 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. » (N.B.)



Ces attitudes peuvent être interprétées comme visant à restaurer le patient dans une forme d'autonomie<sup>12</sup>. Toutefois la responsabilité est irréductible à cette dernière, dans la mesure où elle concerne, à strictement parler, les conditions d'imputabilité des actes et des omissions, les devoirs et obligations liés à un certain statut. L'autonomie consiste, dans son interprétation kantienne en particulier (Kant, 1785), dans la propriété qu'a la volonté d'être à elle-même sa propre loi. Dans la lecture de Beauchamp et Childress, le principe d'autonomie présente une double acception. Il s'agit, pour une part, d'une liberté négative impliquant de n'être pas soumis à la contrainte extérieure et, pour une autre part, de la promotion de processus de décision autonomes et informés, *i.e.* de la capacité à formuler des décisions délibérées ou raisonnées pour soi-même et d'agir sur leur fondement. L'autonomie concerne l'auto-détermination, là où la responsabilité – qui présuppose l'autonomie – implique l'imputabilité.

Durant les entretiens, deux questions permettaient d'élucider la place faite par les médecins, *dans le discours*, au principe d'autonomie : « Quels sont vos objectifs lorsque vous commencez à prendre en charge un patient ? » ; « Les notions de libre arbitre, de responsabilité, d'autonomie, de capacité à décider pour soi-même ont-elle un sens, selon vous, concernant les personnes dont vous vous occupez ? Quelle place leur accordez-vous dans la prise en charge de ces personnes ? » Dans leur grande majorité, les médecins estimaient que l'autonomie du patient était une visée de leur pratique. La mise en responsabilité de ce dernier constitue la version aboutie de l'effort pour réinstaurer la personne malade, dans sa capacité de sujet, non seulement libre, mais également susceptible d'imputation.

### 3.2 LA RESPONSABILITE A L'EGARD DE L'AUTRE

Pour d'autres médecins, la responsabilité revêt une autre signification, néanmoins coextensive de la notion d'éthique. Elle consiste en une responsabilité, ni civile ni pénale, mais morale face à des individus vulnérables. Faisant écho au souci de la dignité et de l'humanité de ces personnes, ce médecin souligne :

« À propos d'éthique, on en laisse beaucoup vivre à leur domicile dans des conditions d'insalubrité. [Est-ce qu']on est libre de vivre dans des conditions insalubres et indécentes ? » (L.M.)

Cette responsabilité à l'égard de l'altérité fragile est bien morale. Elle se traduit dans le souci de l'autre (*care*) (Tronto, 1993) et suppose de se déterminer sur la décision appropriée, dont les ressorts ne sont pas simplement cliniques. De ce fait, elle engage une réflexivité éthique.

### 3.3 DECIDER DANS L'INCERTITUDE

L'interférence de pressions sociales sur la clinique et la prise de décision est appréhendée par certains comme suscitant des enjeux éthiques, en particulier lorsque la décision implique de tenir compte du principe de précaution, alors même que nombre de médecins s'accordent à reconnaître que la prise de risque est inhérente à l'activité psychiatrique ainsi que le rappelle ce chef de service :

« Le contexte sécuritaire, et la volonté d'identification... de prise en compte du principe de précaution inscrit dans la constitution, c'est une sorte de modification sociale, qui me pose vraiment des problèmes éthiques [...]. Le principe de précaution, ça veut dire qu'on doit éviter tout acte, on doit prendre

---

<sup>12</sup> Y compris avec des personnes vivant dans des conditions de vie précaires, si l'on en croit ce médecin visant « [à] 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. » (A.M.)

en compte le risque... dans tout acte qu'on met en œuvre et éventuellement ne pas mettre en œuvre un certain nombre d'actes à cause du risque. Dans ma pratique, si je fais ça, je fais rien [...]. ce qui me pose un problème éthique parce que je vais l'enfermer [le patient évoqué]. Et donc un problème éthique, c'est la tension créée entre la représentation que je me fais de mon boulot et l'évolution de la société par rapport à ces éléments-là ». (P.L.)

La responsabilité – plutôt que simplement l'autonomie – est ici en jeu du fait de la possibilité d'une responsabilisation pénale des médecins, pour des actes qu'ils n'ont pas commis. Ces derniers se trouvent forcés à une réflexion éthique sur la justesse des décisions prises pour leur patient, lesquelles sont sensées n'être déontologiquement orientées que par l'intérêt de ce dernier et non par un souci de possibles mises en cause de l'intéressé. Le contexte social pèse sur les décisions, supposant d'assumer des risques telles les décisions d'hospitalisations sous contrainte ou à l'inverse de non intervention, et de levée d'obligations de soins. Durant les entretiens, les médecins ont fréquemment évoqué la condamnation en 2012 à un an de prison avec sursis du Dr. Canarelli pour homicide involontaire, après le meurtre commis en 2004 par l'un de ses patients. La décision appropriée ne relève plus simplement d'un registre clinique mais également d'un registre éthique, pour autant que le contexte sociojudiciaire produit un conflit de normes. L'arbitrage de ces dernières donne lieu à des positionnements conférant une priorité soit à l'évitement de toute mise en cause de sa responsabilité par le professionnel (*i.e.* à sa propre sécurité<sup>13</sup>), soit au souci de la sécurité publique, soit à l'autonomie du patient.

Néanmoins la problématique du risque a un spectre qui dépasse très largement les enjeux sécuritaires. Elle est très présente dans la clinique psychiatrique car l'avenir du patient est loin d'être toujours prédictible :

« il nous arrive de prendre le pari de ne pas jouer la carte de la sécurité maximale parce que si, dans un premier temps, ça pourrait être effectivement du registre de la sécurité maximale, comme effet à moyen et long terme, c'est quelque chose en termes de perte et de perte... de prise en main de sa propre vie. Donc ça, ce sont des cas difficiles. » (S.K.)

#### **4. Contrevenir aux droits fondamentaux et constitutionnels**

Nous avons, en d'autres lieux, envisagé les difficultés pratiques rencontrées par certains médecins à respecter des principes déontologiques et législatifs fondamentaux, s'incarnant dans le secret médical et la constitution de dossiers médicaux, aujourd'hui accessibles aux patients (Guibet Lafaye, 2016, Drees). Le questionnement éthique surgit en effet pour nombre de médecins, lorsque leur pratique semble enfreindre des principes constitutionnels (respect de la liberté individuelle, égalité des citoyens, égalité d'accès aux soins<sup>14</sup>).

##### **4.1 IMPOSER LA CONTRAINTE, UNE QUESTION ETHIQUE ?**

Les formes de privation de liberté sont multiples dans certains services proposant des hospitalisations à temps plein (restriction de la liberté de circulation, privation des effets personnels, privation de contact avec l'extérieur, etc.). Bien qu'une justification thérapeutique

---

<sup>13</sup> S.K. évoquant une jeune fille rencontrée la veille de l'entretien et présentant un profil suicidaire. « Donc, ma sécurité, une option, une possibilité d'approche, ça serait de dire : "vous devez être hospitalisée". L'autre option, c'est de voir si en entretien, elle peut s'appuyer sur la relation qu'on essaie de nouer avec elle [...] Ca, je pense c'est une question que beaucoup de psychiatres vivent... de situation, mon avis, assez classique. »

<sup>14</sup> Pour ce dernier principe, voir le Préambule de la Constitution de 1946, al. 11 et la Décision du Conseil constitutionnel n° 99-416 DC du 23 juillet 1999.

soit conférée à ces privations, l'usage de la contrainte, en particulier de la privation de la liberté de mouvement, contrevient directement au principe constitutionnel de la liberté individuelle<sup>15</sup>, qu'il soit question de l'hospitalisation ou des soins sans consentement en ambulatoire. Si pour un regard non médical, il semble y avoir une antinomie irréductible entre soin et contrainte (voir Theodoridou, 2012, p. 943 ; Guibet Lafaye, 2014 a, b, c), cette appréciation ne suscite aucun consensus parmi les soignants. Néanmoins *certain*s médecins reconnaissent que l'usage de la contrainte pour prodiguer des soins soulève des questions éthiques (Chodoff, 2006) ou que tel est au moins le cas dans *certaines* situations caractérisées, notamment quand l'intervention peut induire une rupture du lien thérapeutique :

« *L'éthique, c'est à quel moment on fait jouer la contrainte par rapport à elle. Faut-il courir après elle [une patiente] pour continuer les soins ? [...] La position éthique, s'il y en a une, c'est faire le maximum pour qu'elle entre dans les soins. [...] Une position éthique est de répondre en partie à sa demande ; une partie de l'équipe me dit : "tu te laisses manipuler". "Oui, je me laisse manipuler pour être dans une dynamique de soins avec elle." C'est très difficile à construire.* » (L.M.)

Alors que l'intervention et la contrainte se formulent, pour certains médecins, en termes d'opportunités cliniques, pour d'autres, elles constituent d'authentiques questions éthiques. Ce médecin du sud de la France y insiste :

« Le programme de soins signifie la possibilité de surveiller et d'enfermer, de traiter de force les gens chez eux. Il y a un resserrement des consignes préfectorales et administratives. C'est attentatoire à la liberté fondamentale. C'est attentatoire à l'intégrité du domicile, à l'intégrité du corps humain. C'est une obligation de soins sans qu'elle soit considérée comme une contrainte !!! Les injections retard chez soi ne sont pas considérées comme une contrainte !!! C'est dramatique à vivre. On est écartelé aujourd'hui entre ces considérations : notre travail a[-t-il] encore du sens en tant que soignant ou [bien] le soin est une métaphore : faire semblant d'aider les gens alors qu'on les surveille, on les maltraite. Le soin est une euphémisation de la violence symbolique. » (O.L.)

L'hétérogénéité des attitudes à l'égard de la contrainte tient à la possibilité de l'envisager comme un soin (voir Guibet Lafaye, 2014a). Néanmoins elle est fréquemment interprétée comme soulevant des questions éthiques, dès lors que la pratique psychiatrique advient au carrefour de normes appartenant à des registres hétérogènes (Lederberg, 1997) et, en l'occurrence, lorsqu'elle est appréhendée à partir de normes légales – en l'occurrence, constitutionnelles – et que les pratiques sont investies d'une signification morale.

## 4.2 LA PRIVATION DE LIBERTE

Toutefois certains médecins établissent un lien systématique entre l'enfermement et le surgissement de la question éthique : « la privation de liberté de quelqu'un, c'est quand même une décision qui est toujours très lourde. Ca fait 35 ans que je fais de la psychiatrie... mais... c'est jamais une question facile. » (P.F.) Cette conjonction n'est pas un hapax :

« Les décisions d'hospitalisation sous contrainte sont toujours difficiles parce qu'on prive quelqu'un de sa liberté, c'est des actes graves d'un point de vue éthique. Donc il y a toujours à peser le pour et le contre pour le patient, voilà. Ensuite, on est soumis à une pression sociale très importante. Et ça, ça devient vraiment problématique. » (F.K.)

---

<sup>15</sup> La liberté d'aller et venir est protégée par l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et la liberté individuelle par l'article 66 de la Constitution.

Toutefois ce lien systématique n'est pas établi par tous les médecins. Il s'agit plutôt, comme le souligne l'un d'entre eux, du « conflit éthique de la profession » (A.B.). Pourquoi le recours à la contrainte s'avère-t-il problématique aux yeux de certains et non pour d'autres ? La réponse tient notamment à la capacité de résorber ses usages dans le champ de la clinique et du théorique<sup>16</sup>. Ainsi certains proposent une approche « *éthique du soin sans consentement* » pour composer avec les atteintes aux libertés qu'impliquent ces mesures :

« L'approche éthique du soin c'est de toujours évaluer donc le patient en fonction sa symptomatologie clinique, et ce qu'il est [le patient], et de l'environnement donc c'est-à-dire qu'un soins sans consentement, ça n'est pas rien. C'est une privation de liberté, *effectivement*, et donc pour proposer ce type de soins sans consentement, il faut bien évaluer ce qui se passe et quelles seraient les conséquences, pour le patient, de ses troubles psychiques. Ensuite, [...] le programme de soins, c'est également une privation de liberté, mais pour autant il ne passe pas devant le juge. Donc là, il y a un problème. C'est un problème éthique. Moi, je pense qu'un patient qui est en programme de soins, il devrait également voir le juge... de façon systématique. » (M.V.)

Dans certains cas, les médecins convoquent la formalisation des procédures pour rendre acceptable ce qui, à un regard extérieur, ne peut l'être<sup>17</sup> :

« Il y a des choses comme ça qui nous paraissent questionner notre éthique... parce que je constate parfois parce qu'elles ne sont pas faites sur un mode particulièrement éthique, c'est par exemple des mesures comme empêcher de téléphoner et mettre en pyjama... qui sont des atteintes de l'intégrité du sujet ou de sa liberté. Par rapport à ça, moi je sais pourquoi je le fais mais je sais aussi que parfois c'est fait de façon assez systématique sans que les jeunes infirmiers à qui on demande de le faire ne puissent apporter de réponse... parfois je le dis à des moments où la personne n'est pas capable d'entendre, mais je le dis aussi pour que les infirmiers puissent le savoir et puissent le répéter. » (B.O.)

Pour d'autres médecins, le questionnement éthique, face à l'usage de la contrainte, est repoussé. Il ne surgit que devant le constat de son échec<sup>18</sup>. La conscience d'une certaine malfaisance (principe de non nuisance) appert alors.

### 4.3 L'EGALITE DE TRAITEMENT

L'accès aux soins de santé et leurs modalités sont explicitement présentés, non pas seulement comme un question clinique, mais aussi comme un problème éthique, lorsque les médecins travaillent avec des populations précaires ou des détenus. Le principe constitutionnel d'égalité de traitement et celui d'égalité d'accès aux soins étant mis à mal, ils forcent les acteurs à considérer leurs démarches sous l'angle éthique. L'accès à des soins de droit commun pour les populations précaires – de même que pour les migrants – peut être rendu complexe, pour des raisons administratives, car ces personnes n'appartiennent à aucun secteur. Ces contraintes conduisent les médecins à des stratégies leur paraissant les éloigner de leur éthique :

---

<sup>16</sup> « Une approche véritablement éthique du soin psychiatrique sans consentement nécessite, outre une compétence clinique des psychiatres, un juste équilibre entre les droits de la personne et les exigences d'une société. » (Vacheron, 2012, p. 7)

<sup>17</sup> Voir le rapport d'activité 2014 du Contrôleur général des lieux de privation de liberté (p. 149) ainsi que le même rapport d'activité 2013 (p. 19).

<sup>18</sup> Comme le souligne ce médecin actif dans une équipe psychiatrie-précarité pour une dame à la rue depuis longtemps qui refuse tout accès aux soins et tout contact avec sa famille : « Que faire ? Bien sûr, on peut faire un certificat médical, l'hospitaliser sous contrainte [...] mais l'hospitalisation sous contrainte ne durera qu'un temps quand la personne sortira, après, elle ira encore plus loin, se terrer, se cacher et être moins visible, moins repérable. Donc dans ce dilemme, je préfère ne pas hospitaliser et rester en lien plutôt que d'hospitaliser et de risquer de perdre le lien. » (A.M.)

« [devant] la difficulté de faire prendre en charge les SDF qui n'ont pas vraiment de sectorisation, on essaie de "vendre les gens". On est en difficulté avec ça. [...] On essaie de faire accepter ses patients comme des patients psychiatriques, *i.e.* de pouvoir leur offrir des soins de droit commun ». (M.B.)

De même, lorsque des prisonniers ont besoin de soins psychiatriques intensifs et qu'ils sont acceptés par des services de psychiatrie communs, le principe de non nuisance est fréquemment mis à mal. Comme le souligne cet ancien chef de service :

« un patient qui décompense psychologiquement à La Santé. On doit le prendre dans le service mais à la différence des autres... il n'a pas le droit de rencontrer les autres, de téléphoner, de voir sa famille, de recevoir du courrier, etc. On le met dans une chambre d'isolement. S'il n'est pas content, il est attaché. On n'est pas dans le *primum nocere* ici. » (F.C.)

Non seulement le détenu trouve, à l'hôpital, des conditions de vie plus restrictives qu'en incarcération, mais il n'est, en outre, pas traité comme les autres malades du service. La question éthique surgit face au non respect de principes fondamentaux, tels l'égalité de traitement et le respect dû à l'humanité, dont nous avons précédemment souligné l'importance dans les pratiques de certains médecins.

Plus généralement, l'organisation des soins en psychiatrie introduit une différence dans le traitement des patients au sein de l'hexagone, qui contrevient au sens de l'éthique des psychiatres qui en sont les témoins :

« [Les problèmes éthiques] se posent dans la pratique quotidienne, dans la rencontre qu'on fait avec les patients, c'est l'attitude que l'on a, c'est les conditions de vie qu'on leur propose, c'est les représentations sociales que l'on peut avoir sur eux, le fait que les services de psychiatrie sont les plus pourris de tous les hôpitaux [...] parce que ce sont jamais que des malades mentaux. C'est une problématique à la fois très pratique, quotidienne et c'est aussi une réflexion de tous les instants sur leur santé psychique, leur santé physique, sur les problèmes de contraception, sur les problèmes de choix, sur la place qu'on donne à la famille [...] dans le choix qu'ils peuvent avoir, je crois que c'est quotidien dans le rapport qu'on a avec les institutions, sur les éléments qu'on donne de transmission des informations. Je crois que c'est tous les jours. Je ne crois pas qu'on puisse séparer la pratique – toute pratique médicale mais *particulièrement la pratique psychiatrique – d'une réflexion éthique de tous les instants.* » (F.K.)

#### 4.4 LES PATIENTS DE LA PSYCHIATRIE, DES CITOYENS COMME LES AUTRES ?

Cette différence de traitement au sein des institutions hospitalières affecte également le quotidien des personnes soignées en psychiatrie car, non seulement elles « bénéficient » de statuts spécifiques – comme la tutelle ou la curatelle –, mais elles rencontrent aussi des difficultés dans la satisfaction de leurs besoins fondamentaux. Comme le suggère cet ancien chef de service, impliqué dans la réponse à la précarité : la notion d'incapacité peut constituer une atteinte aux droits de la personne, engageant des conséquences cliniques et éthiques indésirables.

« Pourquoi c'est un problème éthique ? C'est que *ces mesures juridiques ont une tendance lourde à être définitives.* Normalement vous mettez quelqu'un sous curatelle par exemple le temps où il retrouve ses esprits. [...] On applique à des catégories de personnes de plus en plus nombreuses... ces mesures de tutelle, curatelle. [...] On disqualifie complètement toute notion de sujet : un, au nom d'une supposée dangerosité... de son comportement ou de ses idées délirantes, et ensuite, on le déclare incapable... ça veut dire que c'est une personne en trop, clairement... il sert à rien à la société. Il est "incapable",

il est un poids pour la société. C'est une position subjective qui ne peut aider en rien une personne à aller mieux. Ca l'enferme quoi un peu plus » (J.M.).

En outre, au sein de la cité, les droits de ces personnes sont souvent faiblement respectés en particulier pour l'accès au logement :

« Nous, on milite beaucoup pour que les patients puissent jouir d'un lieu de vie décent en sachant quand même que parfois ils peuvent être des personnes qui posent des problèmes de voisinage donc on déjà a affaire à des choix qui nous paraissent judicieux ». (B.O.)

## Conclusion

L'analyse de discours médicaux, recueillis dans le cadre d'une enquête de sociologie qualitative, permet de montrer que la structuration de la réflexion éthique en psychiatrie s'organise d'une façon bien plus complexe – et plus riche – que le laisserait envisager la seule référence aux principes canoniques de l'éthique médicale. Du fait de la tradition psychothérapeutique française, l'éthique renoue, en premier lieu, au-delà même du principe de bienfaisance, avec le socle moral fondamental exigeant d'agir de façon humaine avec autrui, en particulier quand cet autrui est vulnérable.

La référence unique – et aujourd'hui prévalente en éthique médicale – à la typologie de Beauchamp et Childress tend à aplatir la complexité du sens éthique des acteurs de la psychiatrie, tel qu'il s'exprime dans leur discours. Ce paradigme s'avère insuffisant pour rendre compte et résoudre les difficultés éthiques auxquelles les acteurs sont confrontés dans leur pratique. Les références axiologiques mobilisées face aux situations auxquelles ils sont confrontés ont une complexité tenant à la superposition des normes (voir Guibet Lafaye, 2016) qui surdétermine les configurations et induit des difficultés éthiques. Nous ne récusons pas l'opérationnalité des principes de Beauchamp et Childress dans l'analyse des situations empiriques mais ce serait une erreur de considérer qu'ils rendent compte de l'ensemble du champ de l'éthique en psychiatrie. En particulier, la décision médicale appropriée requiert aux yeux de nombre d'acteurs, non pas seulement une compétence clinique, mais également une posture éthique, en particulier lorsqu'elle engage la vie du patient, ses libertés fondamentales et sa dignité.

## Références

Beauchamp T.L. et J.F. Childress, *Principles of Biomedical Ethics*, Oxford, Oxford University Press, 1994 ; *Les principes de l'éthique biomédicale*, Les Belles Lettres, Paris, 2008, 644 p.

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

Cano N., « Pratiques psychiatriques et perspectives éthiques », *Éthique et santé*, 2009, 6, p. 3-10.

Cano N. et L. Boyer, « Évolution des pratiques institutionnelles : questions éthiques autour de l'enfermement et de l'isolement », *Info Psychiatr*, 2011, 87, p. 589-593.

Chodoff P., « Involuntary Hospitalisation of the Mentally Ill as a Moral Issue », in Green S.A. et S. Bloch (dir.), 2006, p. 192-195.

Green S.A. et S. Bloch (dir.), *An anthology of psychiatric ethics*, New York (US), Oxford University Press, 2006.

Grenouilloux A., « Existe-t-il une éthique particulière à la psychiatrie ? », *Éthique & Santé*, vol. 9, n° 4, Décembre 2012, p. 170-175.

Guibet Lafaye Caroline, « Imposer la contrainte en psychiatrie : une question éthique ? », in N. Cano, J.-M. Henry et V. Ravix (dir.), *Liberté et contrainte en psychiatrie. Enjeux éthiques*, Bordeaux, Les Études hospitalières, collection « Actes et séminaires », 2014a, p. 15-32.

Guibet Lafaye Caroline, « Contraindre en ambulatoire : quels droits constitutionnels pour les patients en psychiatrie ? », *Rhizome*, Observatoire des pratiques en Santé Mentale et Précarité, Lyon, juillet 2014b, n° 52, p. 7-8.

Guibet Lafaye Caroline, « Se soucier de l'autre, le contraindre et le contenir ? », *Pratiques en Santé mentale*, numéro « De la contention à la contenance », Fédération d'Aide en Santé Mentale (FASM), Champs Social édition, n° 4, Paris, automne 2014c, p. 17-20.

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

Guibet Lafaye Caroline, « L'hospitalisation sous contrainte, une source de conflits normatifs », n° spécial L'organisation des soins en psychiatrie, *Revue française des affaires sociales* (RFAS), n° 2016-2.

Huberman A.M. et Miles B.M., « Data management and analysis methods », in N.K Denzin et Y.S Lincoln (dir.), *Handbook of Qualitative Research*, Londres/New Delhi, SAGE Publications, 1994, p. 428-444.

Hum P., « Pourquoi un espace de réflexion éthique en santé mentale dans le Nord Pas-de-Calais ? », *Éthique & Santé*, 2011, 8, p. 132-139.

Kant E., *Fondements de la métaphysique des mœurs* [1785], in *Œuvres complètes*, t. II, Paris, Gallimard, 1985.

Lederberg M.S., « Making a situational diagnosis. Psychiatrists at the interface of psychiatry and ethics in the consultation-liaison setting », *Psychosomatics*, 38(4), 1997, p. 327-338.

Ricœur P., *Soi-même comme un autre*, Paris, Seuil, 1990.

Ricœur P., *Lectures I. Autour du politique*, « Le juste entre le légal et le bon », Paris, Seuil, 1991.

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

Steinberg M.D., « Psychiatry and Bioethics: An Exploration of the Relationship », *Psychosomatics*, vol. 138, n° 4, July-August 1997, p. 313-320.

Theodoridou Anastasia *et al.*, « Therapeutic relationship in the context of perceived coercion in a psychiatric population », *Psychiatry Research*, vol. 200, n° 2-3, 2012, p. 939-944.

Tronto Joan, *Un monde vulnérable. Pour une politique du care* [1993], Paris, La Découverte, 2009.

Vacheron M.-N., « L'impact de la loi du 5 juillet 2011 sur les soins psychiatriques », *InterPsy* n° 17, septembre 2012, p. 6-7.

Widdershoven Guy *et al.* (dir.), *Empirical Ethics in Psychiatry*, Oxford, Oxford University Press, 2008.