

Université de Montréal

À l'écoute du soignant : relation de soins et considérations éthiques
dans la pratique des soins psychiatriques communautaires

Par

Marc Cauchon

Programme de bioéthique, Département de médecine sociale et préventive,
Faculté des études supérieures

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
En vue de l'obtention du grade de maîtrise (M.A.) en bioéthique

Mai 2012

© Marc Cauchon, 2012

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :
À l'écoute du soignant: relation de soins et considérations éthiques
dans la pratique des soins psychiatriques communautaires

Présenté par :

Marc Cauchon

A été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Vardit Ravitsky
Président-rapporteur

Bryn Williams-Jones
Directeur de recherche

Louise Fournier
Membre du jury

TABLES DE MATIÈRES

RÉSUMÉ	V
ABSTRACT	VI
LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	VII
LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS	VIII
REMERCIEMENTS	IX
AVANT-PROPOS	X
INTRODUCTION	1
À l'écoute du soignant	1
La pratique des soins psychiatriques communautaires	2
Considérations éthiques	5
Plan du mémoire	8
CHAPITRE 1	9
L'INTERVENTION DE CRISE : UNE APPROCHE DE COLLABORATION	9
Introduction	9
La mise sur pied d'une équipe de crise	10
<i>Une approche de partenariats</i>	14
Défis sur le plan de l'éthique	18
<i>Avantages et limites d'une approche communautaire des soins</i>	18
Conclusion	22
CHAPITRE 2	23
CATÉGORISATION DES PROBLÈMES ÉTHIQUES DANS LE CADRE PARTICULIER DES SOINS PSYCHIATRIQUES COMMUNAUTAIRES : ENJEUX, DILEMMES ET DÉFIS ÉTHIQUES	23
Résumé	23
Introduction	24
Constatations, clarifications et catégorisation	25
Enjeux, dilemmes et défis éthiques	26
<i>Enjeux éthiques</i>	26
<i>Dilemmes éthiques</i>	27
<i>Défis éthiques</i>	29
Identification de quatre niveaux d'intensité de la crise	31
<i>Niveau 1 : La personne visée par les soins est jugée apte à consentir et consent au traitement</i>	33
<i>Niveau 2 : La personne visée par les soins résiste aux soins, tout en adhérant au traitement</i>	34
<i>Niveau 3 : La personne visée par les soins résiste aux soins et refuse d'adhérer au traitement</i>	35
<i>Niveau 4 : La personne visée par les soins refuse les soins et refuse le traitement</i>	35
Attentes de collaboration et partage des responsabilités : la part du soignant.	36
Consentir au traitement et consentir aux soins : retour aux enjeux éthiques	41
<i>Validité du consentement aux soins psychiatriques : la capacité de consentir</i>	42
Conclusion	44

CHAPITRE 3	46
LA PART DU SOIGNANT : VERS UNE REFORMULATION DU CONSENTEMENT AUX SOINS	46
Résumé.....	46
Introduction	47
<i>Importance et avantages de distinguer les concepts de douleur et souffrance</i>	<i>49</i>
Schizophrénie, traitement et soins psychiatriques	51
<i>Réponse immunitaire déficiente et mécanismes de défense mal adaptés</i>	<i>51</i>
Une approche de valorisation : psychiatrie et soins de fins de vie	53
<i>Une souffrance sans douleur</i>	<i>53</i>
<i>Le consensus de la rupture</i>	<i>54</i>
<i>La psychose et la rupture potentielle de la relation de soins</i>	<i>55</i>
<i>Une part de dignité dans la mort et la souffrance.....</i>	<i>55</i>
<i>Les rôles de soignant et de soigné.....</i>	<i>56</i>
La place de l'éthique : les exigences morales à la rescousse	57
<i>Du primum non nocere au primum non excludere: un rôle de gardien renouvelé</i>	<i>58</i>
<i>Normaliser : se reconnaître.....</i>	<i>59</i>
<i>Valoriser : poser un regard d'admiration sur l'autre.....</i>	<i>60</i>
<i>Persister : assurer une continuité dans le temps.....</i>	<i>60</i>
<i>La part du soignant : miser sur la relation de soins</i>	<i>61</i>
Conclusion	61
CONCLUSION	64
BIBLIOGRAPHIE.....	70

RÉSUMÉ

Un phénomène de résistance au traitement pharmacologique chez les personnes souffrant de maladies psychiatriques graves et persistantes comme la schizophrénie, tel que révélé par la pratique des soins psychiatriques communautaires de première ligne, sert de point de départ pour poser une distinction fondamentale entre les notions de traitement et de soins. Conséquemment, la question du consentement selon qu'il est attribué au traitement ou aux soins suggère des formes de consentement distinctes susceptible d'affecter la façon de faire face à des problèmes particuliers sur le plan de l'éthique. L'analyse conceptuelle d'un certain modèle d'interventions psychiatriques de crise, qui regroupe des travailleurs de la santé et des policiers au sein d'une même équipe de travail, permet de circonscrire des catégories de problèmes éthiques qui conduiront éventuellement à la formalisation d'une approche de résolution de problème. Trois façons d'approcher un problème d'éthique clinique sont proposées sous la forme d'enjeux, de dilemmes, puis de défis éthiques. L'intervention de crise y est catégorisée selon quatre niveaux d'intensité de crise, donnant lieu à une appréciation subjective par le soignant de la capacité de la personne soignée d'établir et de maintenir une relation de soins en situation de crise. Des parallèles entre les soins psychiatriques et les soins palliatifs permettent d'approfondir la question de la souffrance en lien avec la douleur et de distinguer à nouveau les notions de soins et de traitement. La relation de soins est présentée comme une occasion de normaliser les rapports entre soignants et soignés, de valoriser un état de souffrance à l'origine de la rencontre de soins, tout en mettant à profit la dimension relationnelle d'une condition qui appelle à être non pas traitée mais soignée. Ces considérations permettent de dégager une responsabilité nouvelle pour le soignant : celle de se faire le gardien de la relation de soins. Une transition du *primum non nocere* au *primum non excludere* : d'abord ne pas exclure est suggérée comme une maxime pour guider la relation de soins vers un consentement aux soins plus authentique.

Mots-clés

Consentement, adhésion, traitement, soins, éthique clinique, rapport soigné/soignant, intervention de crise, psychiatrie, schizophrénie, soins palliatifs, douleur, souffrance.

ABSTRACT

Resistance to or non-compliance with medical interventions on the part of people presenting with severe and persistent manifestations of a psychiatric disorder, such as schizophrenia, will be the context in which to develop a formal distinction between the concepts of treatment and care, and subsequently between the consent to treatment and consent to care as separate forms of consent. The practice of first line community psychiatry will serve as a starting point to raise interesting challenges from an ethical standpoint. This thesis will explore the ethical implications of consent within a therapeutic relationship. Discussion around a specific model of crisis intervention characterized by a multidisciplinary approach will lead to the categorization of ethical problems and the formalization of a problem-solving model. A three-fold approach to ethical problems will be presented in terms of issues, dilemmas and ethical challenges. Crisis intervention will be categorized into four increasing levels of intensity based on the subjective assessment of a person in crisis and their capacity to establish and maintain a therapeutic rapport with a caregiver, throughout and beyond the crisis. Parallels between psychiatric and palliative care will be established in order to question the concepts of suffering and pain and to stress the importance of setting distinctions, once again, between care and treatment. The rapport that can develop between a caregiver and a person cared for will be presented as an opportunity to normalize a specific therapeutic rapport and value a perceived state of suffering calling for change, a condition that requires not treatment, but rather caring. These considerations will lead to the identification of a new goal for the caregiver, that is, to preserve the therapeutic rapport. A transition from the *primum non nocere* to a *primum non excludere*, i.e., “first, do not exclude “will serve as a motto to provide guidance towards a more authentic consent to care.

Keywords

Consent, compliance, treatment, care, clinical ethics, care giver/client relationship, crisis intervention, psychiatry, schizophrenia, palliative care, pain, suffering.

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES

TABLEAU 1 : TROIS FAÇONS D'APPROCHER L'ÉTHIQUE CLINIQUE DANS LA PRATIQUE DE PSYCHIATRIQUE COMMUNAUTAIRE.....	30
TABLEAU 2 : INTERVENTION DE CRISE : QUATRE NIVEAUX D'INTENSITÉ DE LA CRISE.....	32
TABLEAU 3 : ATTENTES DE COLLABORATION ET DISPOSITION À PRIVILÉGIER UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE AU DÉTRIMENT DE LA RELATION DE SOINS : LA PART DU SOIGNANT.....	37
TABLEAU 4 : ATTENTES DE COLLABORATION ET DISPOSITION À S'INVESTIR DANS UNE RELATION DE SOINS : LA PART DU SOIGNANT	39
FIGURE 1 : COMPLEXITÉ D'UNE RELATION DE SOINS CENTRÉE SUR LES DÉFIS ÉTHIQUES : L'ESPACE DE RENCONTRE ET TROIS AVENUES POUR LA RELATION DE SOINS	41

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

AIIC :	Association des infirmiers et infirmières du Canada
APA :	American Psychiatric Association
DSM-IV :	Diagnostic and Statistical Manual, 4e édition.
ÉMC :	Équipe mobile de crise
LCSM :	Ligne de crise en santé mentale
Mini-ICF-P :	Mini-International Classification of Functioning Rating for Mental Disorders
MSSLD :	Ministère de la santé et des services de longue durée (de l'Ontario)
NIMH :	National Institute of Mental Health
OPTSQ :	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec
OTSTTSO :	Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario
PLCC :	Programme de lit communautaire de crise
PMHL :	Canadian Police/Mental Health Liaison Information
PSPS :	Personal and Social Performance Scale
SPO :	Service de Police d'Ottawa
USM :	Unité de santé mentale
WHO :	World Health Organization

REMERCIEMENTS

Merci au professeur Bryn Williams-Jones pour son enthousiasme et sa grande disponibilité ainsi qu'à mes professeurs du Programme de bioéthique du Département de médecine sociale et préventive de l'Université de Montréal.

Merci à Jean Rochon, en hommage posthume, homme de Dieu et homme du monde, dont la richesse des enseignements continue d'exercer une influence considérable sur ma pratique des soins.

Je tiens à souligner le courage et la détermination de ces soignants : parents, amis, pairs aidants, sources inépuisables d'inspiration et sujets d'admiration pour ceux et celles qui ont choisi de faire des soins une profession.

Merci à ma famille, à mes parents Claire et Rosaire, à ma soeur Natalie et à mon frère Charles pour leur soutien et leurs encouragements tout au long de cet exercice académique.

Merci à mon épouse Renée, cœur de ma vie, pour sa patience et son appel au dépassement. Merci enfin à la vie pour ce précieux cadeau de la vie qui porte un nom : Jeanne Éloïse, ma fille ; ta naissance au monde donne à ma vie un sens nouveau.

AVANT-PROPOS

“Man has created new worlds – of language, of music, of poetry, of science; and the most important of these is the world of the moral demands, for equality, for freedom, and for helping the weak.”

« L’Homme a créé des mondes nouveaux – de langage, de musique, de poésie, de science ; et le plus important est le monde des exigences morales, pour l’égalité, la liberté, ainsi que pour venir en aide au faible. »

Karl Popper, (The Open Society, 5th edition, 1966).

INTRODUCTION

À L'ÉCOUTE DU SOIGNANT

Un premier élément issu du titre de ce travail, qui suggère d'être à *l'écoute du soignant*, s'avère central pour aborder la question des soins. Il offre une perspective originale, celle d'entamer une discussion sur ce qu'est ou encore ce que pourrait être une relation de soin en privilégiant le rôle de la personne prodiguant les soins plutôt que celui de la personne soignée. La démarche peut paraître surprenante ; l'importance de centrer les soins sur la personne malade ou souffrante n'est pourtant pas remise en cause, ni même reléguée au second plan. Elle servira plutôt à accentuer l'aspect relationnel des soins, à démontrer son dynamisme tout en mettant en évidence l'interaction des parties en jeu, c'est-à-dire le *soigné* et le *soignant* au sein d'un système complexe de soins (Fabrega, 2006). La relation de soins sera présentée comme une opportunité de rencontre entre deux personnes : l'une soignante, l'autre soignée. Mais bien plus : comme une occasion pour un soignant de porter un regard particulier sur sa propre perception de la souffrance telle qu'exprimée par l'autre à travers une détresse perçue, d'une part, ainsi que par sa propre capacité d'intervenir et de contribuer au changement.

Dans le cas de certaines maladies psychiatriques graves et persistantes comme la schizophrénie, comme il en sera question de façon particulière, des défis tout aussi particuliers se manifestent et requièrent des soins qui vont au-delà de la dimension physiologique de la maladie (Juckel & Morosini, 2008). En effet, même si le corps, en l'occurrence le cerveau, porte des traces d'un trouble mental, un individu se trouve affecté dans l'intimité de ses capacités psychiques, cognitives, dans ses perceptions, dans les jugements qu'il porte sur le monde qui l'entoure, dans l'expression de sa vie émotive et les manières de tisser et de maintenir des liens sociaux (Fleischhacker, 2010).

La relation de soins sera présentée comme un lien privilégié et parfois le seul outil à la disposition du soignant pour prodiguer des soins. Dans la mesure où cette relation, même une fois établie, demeure fragile, son maintien constitue un défi de taille pour le personnel soignant. Ce lien privilégié est aussi la source de nombreux questionnements en rapport avec les choix de traiter ou non puis, le cas échéant, d'inscrire le traitement dans un cadre plus général de soins. Dans ce contexte particulier, l'acte de consentir à un traitement

psychiatrique prend une forme toute aussi particulière qui doit nécessairement rendre compte des capacités de jugement de la personne visée par les soins. S'il apparaît injuste que la personne malade soit laissée à elle-même, peut-être est-il de même injuste qu'un soignant ait à porter à lui seul le poids des telles décisions à prendre. Chercher justice dans une appropriation du consentement, même temporaire, de sorte que le poids de décisions importantes se retrouve du côté de la personne visée par les soins et de ses proches a sa pertinence. Mais cet équilibre recherché, tout aussi précaire, n'est pas une panacée.

LA PRATIQUE DES SOINS PSYCHIATRIQUES COMMUNAUTAIRES

Depuis la découverte des premiers neuroleptiques au cours des années 1950 et leur commercialisation subséquente, la médecine psychiatrique s'est dotée d'outils pour traiter des troubles psychotiques comme la schizophrénie. Sans comprendre tous les mécanismes en cause, une meilleure compréhension des phénomènes physiologiques propres au cerveau a permis de développer des médicaments et de traiter ainsi – *physiologiquement* – avec une plus grande précision (Raedler et al., 2007). L'entreprise est louable dans la mesure où on reconnaît la portion physiologique des maladies psychiatriques, autrement dit dans la mesure où on traite physiologiquement la composante physiologique d'une maladie.

Grâce aux avancés pharmacologiques, il est devenu possible de traiter des parties de plus en plus spécifiques du cerveau : en l'occurrence des sites ou trajets neuronaux, avec un meilleur contrôle des symptômes visés tout en réduisant l'impact des effets physiologiques indésirables (Thirhalli et al., 2010). Alors que les mécanismes d'actions précis demeurent inconnus et que le cerveau humain n'a sans doute pas encore livré tous ses secrets, il est difficile de ne pas reconnaître la prépondérance des traitements pharmacologiques, ainsi que leur contribution dans le traitement des maladies psychotiques graves et chroniques (Fleishchhacker, 2010). Cela dit, on s'attend à davantage des soins psychiatriques.

Force est d'admettre que les soins psychiatriques sont plus englobants que le seul traitement pharmacologique. Cette dimension des soins confère à la psychiatrie un statut particulier face à d'autres spécialités médicales en mettant au premier plan la portée thérapeutique de la relation de soins (Fabrega, 2006). La relation suggère une rencontre entre deux individus qui peuvent être engagés l'un envers l'autre, liés par un contrat de

soins, peut-être même tous deux consentants à cette relation de soins. Mais peut-être pas. Ainsi, l'un ou l'autre de ces individus pourrait tout aussi bien ne pas consentir, l'un refuser de consentir aux soins, l'autre refuser de soigner : pour toutes sortes de raisons refuser la relation de soins ou encore l'imposer d'une quelconque manière. Ce qui était au départ une simple rencontre se complexifie alors que les circonstances de la rencontre et la relation elle-même évoluent dans le temps (Morken et al., 2008).

Le refus de consentir à un traitement pharmacologique est couramment observé chez les personnes atteintes de maladies psychiatriques graves et persistantes (Morken et al., 2008). Le scénario suivant permet d'illustrer ce phénomène : une personne malade, traitée avec un certain succès, recouvre un niveau de santé suffisant lui permettant de remettre en question la pertinence de poursuivre un traitement qui la gardait de toute évidence en santé. Paradoxalement, il semble que l'efficacité relative du traitement soit en lien avec une constatation d'avoir recouvré un niveau satisfaisant de santé et en conséquence de ne plus avoir besoin du traitement. Dans le cas particulier où l'amélioration de l'état de santé correspondrait à une diminution des symptômes et que cette dernière serait effectivement attribuable à la prise d'un médicament, on peut s'attendre à ce que l'arrêt du traitement concorde avec une réapparition des symptômes.

Le phénomène de résistance au traitement soulève deux types de questionnement : d'abord en ce qui a trait au *traitement* puis au niveau de la *résistance* elle-même, telle qu'exprimée par la personne visée par les soins. Prenons l'exemple d'un individu atteint d'un trouble psychotique, qui se verrait recommander un traitement pharmacologique et qui refuserait éventuellement de se conformer à la prise d'un médicament quelconque. Au départ, le soignant a sans doute une responsabilité à l'égard de la personne soignée de reconnaître et de respecter sa décision, même malade, de suivre ou non des recommandations médicales. Mais la responsabilité du soignant va peut-être au-delà de cette première dimension : une responsabilité de prendre en considération un contexte de soin qui dépasse la simple question du refus. Dans la mesure où le refus de traitement se présente dans le cadre plus englobant d'une *relation de soins*, le refus prend alors un sens différent puisqu'il s'inscrit alors dans un cadre de soins plus large, qui dépasse la simple question du traitement pharmacologique. Or, s'il revient à la personne visée par les soins d'exprimer son refus, la

responsabilité de trouver un sens au refus de traitement, comme je tenterai de le démontrer, relève de la part soignante.

D'entrée de jeu, on peut suggérer qu'un refus de traitement n'ait de sens que s'il tient compte des motivations qui poussent la personne visée par les soins à exprimer un tel refus. Ces motivations peuvent avoir une base rationnelle ou non, peuvent être conformes aux attentes de réponses compte tenu d'un diagnostic préalable ou non, elles peuvent aussi simplement ne pas avoir été exprimées. Les raisons ou motivations de refuser un traitement peuvent être, on s'en doute, multiples. Alors que certaines relèvent de l'évidence : on peut penser à des complications de santé reliées au traitement, par exemple, ou encore des effets secondaires indésirables sur le plan physiologique ou psychologique (Lambert et al., 2010); d'autres motivations se manifestent plus subtilement ou encore restent cachées et ne seront révélées, si jamais elles le sont, que dans l'intimité d'une relation avec l'autre. On peut supposer que certaines de ces motivations puissent tout simplement ne pas être exprimées ou observées. Ces dernières, tel que précédemment suggéré, ne se prêtent peut-être pas à des explications rationnelles ? Le cas échéant, il incombe à la personne soignante de donner un sens, cette fois de façon rationnelle, à des motivations qui ne sont aucunement restreintes par une démarche rationnelle.

Sur un plan social, si l'on peut affirmer avec assurance que la prise de mesures coercitives, qui se feraient donc contre le gré de la personne visée par les soins, portent atteinte à un droit individuel fondamental, il est important d'ajouter qu'elles risquent de se faire au détriment de la relation de soins et pourrait aller jusqu'à la compromettre (Morken et al., 2008). Des conditions particulières peuvent toutefois légitimer la prise de telles mesures. En effet, dans le cas où une personne atteinte d'un trouble de santé mentale ou une personne de son entourage ferait face à un danger imminent, des mesures drastiques pourraient être prises pour retirer la personne malade de son milieu. Controversée sur le plan clinique, de telles mesures peuvent sembler légitimes sur le plan légal compte tenu de l'importance de protéger la sécurité et les droits d'une collectivité (Sheehan, 2009 ; Carney, 2007). L'application des sections 16 et 17 de la Loi sur la santé mentale de l'Ontario (Ontario, 2011 a), par exemple, permet la détention provisoire d'un individu en vue d'une évaluation psychiatrique. Il est important de préciser que cet individu ne sera pas nécessairement hospitalisé à l'issue de l'évaluation. Mais dans le cas où il le serait, même

sur une base involontaire, la durée de l'hospitalisation pourrait être prolongée en somme indéfiniment et sans que le consentement de la personne visée par les soins ne soit formellement obtenu. Notons par ailleurs que la détention en milieu hospitalier ne signifie pas pour autant qu'un traitement pharmacologique puisse être imposé. En Ontario, cette dernière mesure répond non pas de la Loi sur la santé mentale mais de la Loi sur le consentement aux soins de santé de 1996 (Ontario 2011 b). On peut envisager qu'un tel scénario permette d'obtenir certains résultats à court terme puisque de telles mesures légales auront permis, tout au moins, une évaluation psychiatrique de l'individu en question. Dans le meilleur des cas, une personne bénéficiera d'une évaluation psychiatrique, possiblement assortie d'un traitement favorisant l'amélioration de son état de santé et sans lequel il est présumé que sa condition se serait détériorée. Même au risque de compromettre la relation de soins, la partie soignante peut avoir trouvé gain de cause dans l'application de telles mesures, du moins à court terme. Entre ces positions extrêmes : entre la coercition et l'abandon, face à une obligation morale et professionnelle de promouvoir et de favoriser la santé de personnes vulnérables, le jugement clinique d'un soignant peut être soumis à rude épreuve (Lamoureux, 2003). Le fait que de telles décisions puissent être prises dans un contexte de crise et dans une période de temps très courte n'allège en rien le poids des décisions à prendre.

CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

La pratique des soins psychiatriques communautaires de première ligne permet de soulever des problèmes particulièrement intéressants sur le plan de l'éthique (Ruelland, 2001 ; Lamoureux, 2003). En réponse à une situation de crise, des travailleurs de la santé font face à des décisions importantes à prendre et dont les conséquences sont susceptibles d'affecter directement et considérablement la vie des personnes touchées par les soins. Les personnes fragilisées en raison de problèmes psychiatriques font certes partie de ces sujets vulnérables pour qui l'obtention d'un consentement authentique constitue un défi de taille (Fabrega, 2006).

Il m'apparaît hâtif d'aborder la question du consentement sans clarifier, au préalable, la question de la résistance au traitement et aux soins. Une meilleure compréhension de la dimension physiologique des maladies psychiatriques graves et chroniques offre sans doute des pistes pouvant servir à mieux saisir le sens à donner à la résistance au traitement, puis à

la résistance aux soins. Alors que la recherche fondamentale peut jouer un rôle important pour mieux comprendre les états normaux et altérés des processus mentaux associés aux comportements humains, la pratique clinique joue, elle aussi, un rôle de premier plan. La question de la résistance au traitement pharmacologique chez les personnes souffrant de maladies psychiatriques graves et persistantes servira de point de départ pour poser des distinctions fondamentales entre les notions de *traitement* et de *soins*. La perspective du soignant sera privilégiée de façon à mettre en évidence la dimension relationnelle des soins au point d'en faire un outil thérapeutique privilégié pour le soignant. Ainsi, seront mis à contribution les concepts de *soigné* et de *soignant* dans leurs rôles traditionnels respectifs, puis les concepts de *traitement* et de *soins* afin d'aborder sous un nouveau jour le concept de *consentement* dans le cadre particulier des soins psychiatriques.

Les intuitions de départ trouvent leur source dans une expérience clinique auprès de personnes soignées et soignantes, de professionnels et de pairs aidant, qui ont en commun cette recherche de sens à donner à une partie tangible et significative de leur expérience de vie, que ce soit sur le plan professionnel ou encore sur le plan personnel dans l'intimité de leur rapport avec la maladie et avec la souffrance. Entre le besoin de retrouver une certaine stabilité, un état de santé pour une personne malade, et la disposition d'une autre à soigner, un espace de rencontre est possible. La souffrance sera présentée à travers sa dimension relationnelle comme un élément rassembleur et la dimension thérapeutique de la rencontre de soins, quant à elle, comme un élan fondamental de changement.

Au sein d'une relation de soin, tenant compte du contexte de soins, des agents en place et de la nature de l'intervention, des termes différents sont utilisés pour décrire la personne visée par les soins : malade, patient, client, bénéficiaire et la distinguer de la personne qui les prodigue : thérapeute, infirmière et autres professionnels de la santé. Afin d'alléger le texte et par souci de concision, je désignerai le premier groupe par « *soigné* » ou « *personne visée par les soins* » et le second par « *soignant* ». Dans un même ordre d'idées, les termes *soins* et *traitement* peuvent être utilisés, du moins dans un langage courant, de façon presque interchangeable. Pour les besoins du travail, il sera établi que *soins* et *traitement* désignent des catégories différentes d'intervention. Les *soins*, qu'ils soient entre autres infirmiers, médicaux ou psychiatriques, désigneront une intervention thérapeutique dans son ensemble, alors que le terme *traitement* servira à désigner l'aspect

technique et particulier d'une intervention thérapeutique. L'aspect relationnel sera retenu comme principal critère de démarcation entre les interventions qui relèvent des *soins* ou d'un *traitement* : celui-ci pouvant être réalisé sans que l'aspect relationnel n'entre en jeu alors que celui-là, au contraire, nécessitera que s'opère une rencontre entre deux individus : soigné et soignant. Cette distinction s'avèrera primordiale pour aborder la question du consentement. Une distinction entre *consentement au traitement* et *consentement aux soins* sera présentée comme le prolongement de cette distinction entre traitement et soins. Je souhaite ainsi démontrer qu'il s'agit de deux types de consentement distincts : le premier relevant strictement de l'individu visé par le traitement, le second relevant à la fois du soignant et de l'individu visé par les soins. Il sera dit du consentement au traitement qu'il relève de l'individu traité alors que le consentement aux soins relève à la fois du soignant et du soigné.

Au niveau pratique, privilégier la dimension relationnelle des soins pourrait paraître surprenant, voire utopique en ce qu'elle semble s'apparenter davantage à une relation d'aidants naturels. Et pour cause, les contraintes auxquelles un soignant doit faire face à sont nombreuses. Que ce soit sur le plan de l'allocation de ressources humaines et financières, par exemple, ou encore en ce qui a trait à la durée et la portée limitées des intervention thérapeutiques, les exigences morales, si souhaitables qu'elles soient pourraient facilement être reléguées au second plan. Reste à se rabattre sur des *possibles*.

Certaines exigences morales se démarquent, comme celle de miser sur les compétences et responsabilités de acteurs impliqués : c'est-à-dire des professionnels de la santé et aidants naturels, en commençant par la personne visée par les soins elle-même. Entre une déresponsabilisation et une responsabilisation abusive, un équilibre est souhaitable. Une meilleure compréhension de la souffrance, par ailleurs, s'avèrera elle aussi souhaitable dans le mesure où elle permet de mieux diriger les efforts et ressources ainsi que de capitaliser sur des interventions thérapeutiques plus efficaces.

Il est attendu qu'un cadre conceptuel qui privilégie la relation de soins se présentera aux professionnels de la santé comme une façon d'aborder des problèmes éthiques plus qu'elle ne présenterait une méthode à suivre pour les éviter. Dans le but de faciliter l'intégration de certains problèmes éthiques dans la pratique des soins psychiatriques de crise, une

redéfinition du rôle du soignant face à la crise, se pose comme un élément central du problème.

PLAN DU MÉMOIRE

Dans un premier temps, un modèle clinique particulier d'interventions psychiatriques de crise sera présenté au Chapitre 1 et servira à soulever certains questionnements sur le plan de l'éthique mis au jour dans la pratique des soins psychiatriques de crise. La mise sur pied de l'Équipe mobile de crise (ÉMC) de l'Hôpital d'Ottawa, dans un contexte de réforme des soins de la santé mentale en Ontario, permettra plus spécifiquement de mettre en contexte certains questionnements et défis sur le plan de l'éthique.

Au cours du Chapitre 2, rédigé sous la forme d'article, *Trois façons d'approcher l'éthique clinique* seront présentées et serviront à catégoriser des problèmes éthiques sous la forme d'enjeux, de dilemmes et de défis éthiques. Cette contribution originale servira à mettre en évidence différentes manifestations de mêmes problèmes éthiques dans le cadre d'une intervention de crise. Celle-ci sera elle-même catégorisée selon quatre niveaux d'intensité de crise, donnant lieu à une appréciation subjective par le soignant de la capacité de la personne soignée d'établir et de maintenir une relation de soins en situation de crise. Des enjeux, dilemmes et défis éthiques particuliers portant sur la question du consentement au traitement et aux soins seront discutés. Une série de recommandations mettant en valeur le rôle du soignant et privilégiant à nouveau la dimension relationnelle des soins serviront à conclure cette portion du travail.

Au chapitre 3, un deuxième article mettra à nouveau en valeur la contribution du soignant dans le cadre d'une approche de soins qui conduira à une reformulation du consentement aux soins. Un processus de normalisation et de valorisation de l'acte de soins sera posé comme préalable au consentement. Des parallèles entre les soins psychiatriques et les soins palliatifs serviront à approfondir la question de la souffrance en lien avec la douleur et de présenter à nouveau les questions de soins et de traitement. Le rôle du soignant sera mis au premier plan en ce qui a trait à sa capacité d'établir et de maintenir une relation de soins. Enfin, l'importance manifeste de répondre à certaines exigences morales, dans l'exercice des soins psychiatriques et des soins de façon générale, sera discutée et servira à clore cet article.

CHAPITRE 1

L'INTERVENTION DE CRISE : UNE APPROCHE DE COLLABORATION

INTRODUCTION

Afin d'offrir de meilleurs soins psychiatriques de crise dans la communauté, une utilisation plus efficace des ressources : nommément une diminution de l'utilisation des ressources hospitalières, d'urgences et légales au profit de soins offerts dans la communauté s'avère à la fois souhaitable et relevant d'une grande complexité (Fabrega 2006). Suite à des consultations publiques et dans un contexte de réformes des soins de santé mentale en Ontario (MSSLD, 1999 a), le Ministère de la santé et des soins de longue durée a émis des recommandations dans le but de mieux répondre à des besoins spécifiques d'individus souffrant de troubles de santé mentale graves. Ces recommandations sont à l'origine du financement d'équipes d'interventions de crise dans la communauté comme l'Équipe mobile de crise de l'Hôpital d'Ottawa (ÉMC).

Dans la mesure où la pratique des soins psychiatriques communautaires de crise comporte son lot de défis sur les plans cliniques, organisationnels et légaux, défis qui s'avèrent étroitement liés (Sheehan, 2009 ; Levy & Clarke, 2008), la description et le fonctionnement de l'ÉMC servira à établir un contexte de soins pour amorcer un questionnement éthique. À cette fin, des catégories de problèmes seront identifiées selon qu'ils se rapportent à des conduites professionnelles, à des lois particulières ou encore au rapport clinique qu'entretiennent soignants et soignés. Une première catégorie de problèmes éthiques se rapportera à la constitution d'une équipe de crise, tout particulièrement à un travail d'intervention conjoint impliquant des professionnels de la santé et des policiers. Une deuxième catégorie ciblera des problèmes éthiques entourant la diffusion d'information confidentielle, tout particulièrement en situation de crise. Enfin, la question du consentement aux soins sera elle aussi présentée comme une source potentielle de problème éthique.

Considérant les nombreux partenariats avec les différents hôpitaux et ressources cliniques et communautaires, le partenariat avec l'Unité de santé mentale (USM) du Service de police d'Ottawa caractérise en quelque sorte un modèle de soins privilégié par l'ÉMC. Parmi les considérations qui permettront de conclure que la formalisation d'un partenariat entre travailleurs de la santé et policiers s'avère souhaitable, les nombreux défis sur le plan de l'éthique seront présentés comme autant d'opportunités de se familiariser avec le travail de l'autre, tout en partageant un objectif commun de promotion de la santé mentale.

LA MISE SUR PIED D'UNE ÉQUIPE DE CRISE

La mise sur pied de l'Équipe mobile de crise (ÉMC) de l'Hôpital d'Ottawa, en 2004, fait partie d'un vaste projet de réforme des soins de la santé en Ontario. Elle est une initiative du Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario, de l'Hôpital d'Ottawa et de nombreux organismes communautaires et regroupements de citoyens de la Ville d'Ottawa. Le projet s'est développé en réponse à des demandes soutenues et pressantes d'offrir de meilleurs services d'intervention psychiatrique communautaire de crise (MSSLD, 1999 a).

Les documents ministériels *Franchir les étapes* (MSSLD, 1999 b), portant sur le cadre de prestation des services et le plan de mise en œuvre de la réforme du système de santé mentale de 1998 font état de nombreux rapports portant sur le système de santé mentale de l'Ontario et ont servi à la mise en œuvre de la réforme du système de santé mentale. Les défis à relever y étaient dès lors regroupés en trois points. Tout d'abord, on y établissait que les individus souffrant de problèmes de santé mentale graves et complexes avaient des besoins qui ne pouvaient pas être desservis par un seul fournisseur de service. Ensuite, que le traitement et le soutien nécessaire réel pouvaient difficilement être anticipés et planifiés. On reconnaissait enfin que les besoins de ces mêmes individus étaient susceptibles de varier dans le temps de telle sorte qu'une approche particulière, qu'elle soit communautaire ou hospitalière, ne pouvait pas être privilégiée au détriment d'une autre. Les approches de traitement ont ainsi avantage à être combinées afin d'offrir les meilleurs soins possibles selon les différentes manifestations de la maladie et des périodes de rémission.

Parmi les principes identifiés, outre la garantie de protéger et de prolonger les investissements financiers à long terme, la *personne* (que le Ministère désigne comme

client) devait être placée au cœur du système de santé. Il était convenu que la gamme de services ainsi que l'accès aux services devaient être améliorés et ajustés aux besoins de la personne dans le but promouvoir sa qualité de vie. Le Ministère de la santé s'était alors fixé comme objectif de rééquilibrer la part des budgets attribués aux soins hospitaliers et communautaires : on estimait que cet équilibre serait atteint lorsque 60% du budget pour la santé mentale serait attribué aux services communautaires, en réduisant conséquemment à 40% la part octroyée pour les soins en établissement. Le document se référait aux meilleures pratiques reconnues pour mettre en place un système qui faciliterait un accès immédiat aux soins tout en privilégiant une coordination fluide entre les différents fournisseurs de service. Des rapports préparés par l'Unité de recherche sur les systèmes de santé de l'Institut psychiatrique Clarke et soumis en 1997 ont joué un rôle fondamental dans l'identification de ces meilleures pratiques (CAMH, 2009).

Enfin, il était recommandé de réduire le nombre des programmes et fournisseurs de services autonomes et concentrer le financement, la gestion et l'accès aux ressources sur un nombre réduit de points d'accès. Le regroupement des différents services téléphoniques de crise au sein d'une même région administrative est un exemple de mesures concrètes issues de ces recommandations et devait permettre d'offrir un nouveau point d'accès aux services de crise. C'est ainsi qu'a été créée, en 2004, la Ligne de crise en santé mentale (LCSM).

Sous l'administration du Centre de détresse d'Ottawa, la LCSM permet d'offrir des services d'écoute téléphonique et d'intervention de crise bilingues (en français et en anglais), en tout temps et sans frais, pour l'ensemble du District Champlain. Ce territoire comprend les comtés de Renfrew à l'Ouest, de Prescott & Russell au Nord-Est, les comtés unis de Stormont, Dundas et Glengarry au Sud et enfin la ville d'Ottawa dans la partie centrale au nord.

Le système mis en place offre deux niveaux d'intervention. La LCSM constitue le premier de ces deux niveaux. Ce sont des bénévoles qui, sous la responsabilité de professionnels qualifiés, répondent aux appels de crise. Ces intervenants doivent avoir préalablement complété une formation de base d'environ soixante heures qui inclut des techniques sommaires d'intervention téléphonique de crise, d'écoute active, de familiarisation avec les différentes manifestations et présentations symptomatiques de maladies mentales, de leurs

répercussions sociales et enfin des ressources communautaires locales disponibles propres à chacune des régions.

Dans le cas où la crise ne pourrait pas être contenue ou résolue par la seule intervention téléphonique, ou encore pour des cas plus complexes, les bénévoles de la LCSM ont la capacité de transférer directement les appels à un deuxième niveau d'intervention qui recoupe les différentes équipes locales d'intervention. Ces équipes sont constituées de professionnels de la santé mentale, principalement des infirmiers(ères) et des travailleurs sociaux. Le nombre et la disponibilité des employés en place à différents moments de la journée varient d'une région à l'autre, bien que toutes aient pour mandat d'offrir un suivi pour les appels reçus directement ou encore transférés par la LCSM. Des facteurs comme la densité de population desservie, par exemple, ou encore le territoire à couvrir ainsi que les ressources communautaires et hospitalières accessibles ont servi de balises pour combler les effectifs des équipes de crise pour chacune des régions.

Mandaté par le Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario (MSSLD), le Programme de santé mentale de l'Hôpital d'Ottawa compte sur l'ÉMC pour offrir des soins psychiatriques de première ligne. Les interventions de crise, qui incluent des services d'évaluation, de soutien et d'aiguillage pour des personnes en crise en raison d'un problème de santé mentale grave, sont disponibles sans liste d'attente, au moment où la crise se manifeste ou dans les meilleurs délais. Les services sont offerts aux personnes âgées de seize ans et plus, en français et en anglais, pour l'ensemble du territoire de la Ville d'Ottawa. Celle-ci comporte une population d'environ 900 000 habitants et s'étend sur un territoire de 2 796 kilomètres carrés, dont 560 kilomètres carrés de centres urbains, soit 20% de la superficie totale (Ville d'Ottawa, 2011). Compte tenu des données démographiques, l'ÉMC d'Ottawa est celle des quatre équipes d'intervention dont les effectifs professionnels sont les plus nombreux.

Les problèmes de santé mentale graves désignés par le mandat de l'ÉMC décrivent un large spectre de troubles psychiatriques. Parmi les troubles les plus fréquemment répertoriés, on retrouve les maladies psychotiques telle la schizophrénie, les maladies affectives ou troubles de l'humeur, des troubles graves de la personnalité, ainsi que des problèmes circonstanciels, accompagnés ou non d'idées suicidaires. Dans le cas des crises

qui résultent de la difficulté d'un individu de composer avec des événements qui excèdent ses ressources ou capacités du moment, l'intervention de l'ÉMC peut être indiquée. Alors qu'une seule intervention peut s'avérer suffisante auprès d'un individu en particulier, d'autres bénéficieront d'interventions répétées. Étant donné le caractère évolutif de certaines maladies mentales, il est attendu que les besoins changeront eux aussi dans le temps. Il est ainsi possible d'anticiper des situations de crise qui se succéderont à différentes périodes de la vie et nécessiteront d'avoir accès à des soins de façon répétée (Ramperti, 2010 ; Lambert 2010).

L'ÉMC est constituée de conseillers de crises, principalement de travailleurs sociaux et d'infirmières psychiatriques sous la responsabilité de deux gestionnaires qui répondent du Département de psychiatrie de l'Hôpital d'Ottawa. Deux médecins psychiatres se joignent régulièrement à l'équipe à titre de consultants, ainsi que de nombreux médecins résidents et stagiaires. De plus, un poste de spécialiste du soutien par les pairs a été mis sur pied et comblé en mai 2009. Au sein de l'ÉMC, ce poste est occupé par un professionnel de la santé mentale qui aura bénéficié du système de santé, à un moment de sa vie, pour des besoins spécifiques à sa propre santé mentale.

Les bureaux de l'ÉMC se trouvent à l'extérieur des limites de l'hôpital, au sein de la communauté et servent presque exclusivement aux rencontres d'équipes et à l'entreposage des dossiers physiques puisque les rencontres avec les patients s'effectuent dans la communauté. L'ÉMC offre un service seize heures par jour, de huit heures à minuit et ce, tous les jours. Entre minuit et huit heures le lendemain la responsabilité du triage des cas référés par la LCSM est assignée au personnel infirmier de la salle d'urgence psychiatrique, à l'hôpital même. Les appels reçus pendant cette période seront triés et généralement référés à nouveau à l'ÉMC le lendemain matin. L'ÉMC fonctionne sans liste d'attente et sans rendez-vous, les appels et les références étant traités aussitôt que possible, selon un niveau de priorité établi par l'équipe de travail en fonction. La décision administrative de l'Hôpital d'Ottawa de concentrer les effectifs pendant les heures de la journée plutôt que la nuit, donc de ne pas offrir un service de vingt-quatre heures au niveau de l'ÉMC repose principalement sur une assignation optimale des ressources humaines à des périodes cibles de la journée pour lesquelles les appels sont reçus en plus grand nombre et la quantité de travail est plus importante.

En plus d'être disponible pendant les heures régulières de travail, un psychiatre se joint aux rencontres d'équipe deux fois par semaine. Au-delà de son rôle de supervision clinique pour l'ensemble du programme, cette personne est également disponible pour intervenir directement auprès des patients et accompagne régulièrement les travailleurs de l'ÉMC lors des interventions dans la communauté. Enfin, il exerce un rôle de superviseur auprès de nouveaux médecins et psychiatres en formation, ce qui permet à ces derniers de se joindre à l'équipe de travail et de se familiariser avec son fonctionnement. Les rencontres d'équipes sont riches en discussion, elles permettent aux différents professionnels de la santé en présence d'exprimer leurs opinions ainsi que de formuler leurs propres impressions cliniques et recommandations en ce qui a trait aux différents niveaux d'interventions que requiert une situation de crise particulière.

Une approche de partenariats

En partenariat avec l'Hôpital régional de Pembroke, l'Hôpital Montfort d'Ottawa et l'Hôpital communautaire de Cornwall, l'ÉMC de l'Hôpital d'Ottawa bénéficie des services de la Ligne de crise en santé mentale (LCSM) du District Champlain, comme il en a été question précédemment, pour la portion des appels couvrant son territoire. Le partenariat avec les trois autres équipes locales d'intervention est régulièrement sollicité, particulièrement dans les cas où des personnes en crise habitent temporairement dans l'une ou l'autre des régions.

Au sein de la Ville d'Ottawa, l'ÉMC travaille en collaboration avec de nombreux services, agences communautaires et hôpitaux en réponse aux situations de crise et dans l'élaboration des plans de soutien à court terme et à plus long terme. Du côté hospitalier, l'Hôpital Montfort, l'Hôpital Queensway-Carleton et l'Hôpital psychiatrique Royal Ottawa constituent les principaux partenaires. Pour ce qui est du volet communautaire, les partenaires sont nombreux : les branches locales d'associations fédérales et provinciales comme l'Association canadienne pour la santé mentale et la Société de schizophrénie d'Ottawa, pour ne nommer que celles-là, sont des collaborateurs prisés. C'est aussi le cas du programme d'intervention au premier épisode de psychose *On avance, On-Track* sous sa désignation anglaise, qui dessert l'ensemble du District Champlain (eMentalHealth.ca, 2011).

Comme on peut s'y attendre, l'ÉMC est conduite à établir des partenariats qui vont au-delà des ressources psychiatriques proprement dites. Ainsi s'ajoute la précieuse collaboration des fournisseurs de services sociaux : d'accès au logement, aux biens de subsistance, à l'emploi ou encore à des ressources spécialisées pour traiter des troubles concomitants comme la toxicomanie ou encore pour des problèmes nécessitant des ressources spécialisées comme les déficiences intellectuelles et les troubles associés au vieillissement. Le mandat de l'ÉMC d'offrir des services aux personnes âgées de seize ans et plus requiert une étroite collaboration avec le Bureau des services à la jeunesse d'Ottawa pour son volet d'intervention en santé mentale. Alors que ce dernier cesse généralement son implication lorsque la personne atteint l'âge de dix-huit ans, la période charnière entre seize et dix-huit ans facilite, dans de nombreux cas, une intégration graduelle de la personne au système de santé comme personne adulte et peut ainsi être référée aux services appropriés. Étant donné la position géographique frontalière de la Ville d'Ottawa, sa proximité avec la Ville de Gatineau au Québec a pour effet d'ajouter à la liste des collaborateurs les ressources tant hospitalières que communautaires du Système de santé mentale québécois telles l'Hôpital psychiatrique Pierre Janet et le Centre 24/7.

Depuis 2004, l'Unité de santé mentale (USM) du Service de police d'Ottawa (SPO) s'est jointe à l'ÉMC comme l'un des partenaires principaux du programme. L'USM est constituée de cinq constables élevés au rang de détectives et qui relèvent d'un sergent de section. Des ententes de services facilitent les rencontres et permettent l'échange d'information avec le personnel de l'ÉMC. Des rencontres quotidiennes, auxquelles s'ajoutent des échanges téléphoniques à différents moments de la journée, selon les besoins, favorisent une réponse rapide, efficace et sécuritaire aux appels de crise.

Par le biais du service 911 ou de son propre système de référence interne, le Service de police d'Ottawa reçoit de nombreux appels de citoyens aux prises avec un problème de santé mentale. S'il est vrai que certains appels nécessitent une intervention policière immédiate, d'autres appels sont aussi logés en dernier recours, faute d'option, par des citoyens ne sachant pas où trouver l'aide nécessaire. En ce sens, le service de police constitue une source de référence significative. Les appels seront reçus, triés et référés à l'USM selon les besoins identifiés. Les détectives auront pour tâche de prendre

connaissance de ces rapports qui seront à nouveau triés selon leur pertinence et éventuellement présentés à l'ÉMC. Des informations telles qu'un historique des interventions ainsi que du type d'intervention policière auprès d'un individu en particulier ou pour une adresse donnée, toujours selon les ententes de services en place, peuvent ainsi être partagées. Dans cette perspective, l'USM est en mesure de recommander ou non la présence de policiers pour une intervention dans la communauté, ou encore de solliciter un soutien policier plus important, voire même de contre-indiquer l'intervention en raison de risques trop importants qui pourraient, par exemple, compromettre la sécurité des travailleurs ou de toute autre personne impliquée lors de l'intervention. Mais la présence des policiers n'est pas que préventive ; il arrive en effet qu'elle facilite l'intervention. C'est le cas de nombreux appels de crise initialement logés au service de police pour lesquels les instigateurs s'attendent à une réponse policière. Dans la pratique, l'intervention qui résulte des cas qui sont référés par l'USM sera assurée par un membre de l'ÉMC et d'un policier, ce qui facilite le suivi du dossier. Depuis ses débuts, le SPO privilégie une approche discrète de ses policiers. À cette fin, les détectives portent des vêtements civils et patrouillent à bord de véhicules banalisés. Ils disposent toutefois des mêmes outils de travail propre à leur fonction de policier ; selon le protocole en place, ils sont armés, entre autres choses, revêtent une veste blindée et sont tenus d'être en contact radio permanent.

Au-delà du volet d'intervention de crise proprement dite, l'ÉMC comporte un programme de stabilisation de crise dans la communauté. Ce programme s'inscrit, lui aussi, dans les plans de réforme du Système de santé mentale de l'Ontario (MSSLD, 1999 a). En effet, il était prévu que les services d'intervention de crise préconisent certains besoins sociaux comme celui d'avoir accès à un milieu de vie sécuritaire et appropriée à la situation de crise.

Le Programme de lits de crise communautaire (PLCC) de l'ÉMC a pour but d'offrir un environnement stable et sécuritaire, propice à la mise en place d'un plan de soins et d'un suivi thérapeutique pendant la crise. Il est prévu que les séjours soient de courte durée, soit un maximum de cinq jours. Les lits de crise sont localisés à des endroits stratégiques de la ville d'Ottawa. Leur fonctionnement est assuré par un personnel qualifié offrant différentes gammes de support allant de la simple supervision et l'assistance pour des tâches quotidiennes au support psychothérapeutique et médical. Certains de ces lits de crise sont

intégrés, par exemple, à des résidences offrant déjà des services communautaires à long terme pour des personnes souffrant spécifiquement de problèmes de santé mentale graves et persistants. D'autres lits de crise sont assignés à des organisations offrant un support communautaire plus général tout en intégrant des services psychiatriques plus spécifiques. L'un de ces fournisseurs de services, par exemple, est désigné comme une résidence à long terme pour des personnes âgées ou vivant avec des besoins physiques particuliers.

Des partenariats et ententes de services avec différents organismes communautaires permettent de garantir une accessibilité exclusive à ces lits de crise. En tout, ce sont présentement dix lits de crise qui permettent d'accueillir épisodiquement les clients référés à ce programme. Des travailleurs de l'ÉMC y sont assignés spécifiquement et ont pour tâche d'assurer le suivi quotidien. Une demande de consultation peut être faite, au besoin, auprès de l'un des psychiatres consultants, ce qui permet aux clients d'être vus rapidement et de mettre en place ou d'apporter les modifications nécessaires à un traitement pharmacologique ou médical.

L'accès au PLCC répond aux critères suivants : la personne doit être en crise en raison d'un problème de santé mentale sérieux ou de facteurs circonstanciels, mais sans nécessairement qu'un diagnostic psychiatrique n'ait été posé au préalable. La condition doit être suffisamment stable pour ne pas nécessiter d'hospitalisation au moment où la requête est faite. De plus, les besoins plus spécifiques de la personne doivent pouvoir être pris en charge par l'organisme d'accueil visé. Certains milieux où se trouvent les lits de crise conviennent davantage à des personnes plus autonomes, par exemple, alors que d'autres offriront un niveau de supervision accru. Enfin, des problèmes concomitants comme la toxicomanie ou problématiques multiples ne constituent pas, à prime abord, un critère d'exclusion.

Suite à une première évaluation, l'ÉMC est en mesure de recommander et de faciliter l'accès à ces lits de crise. Il s'agit d'un outil dont elle dispose pour assurer le suivi de ces clients. Ces derniers pourront être référés au programme par les milieux hospitaliers, par exemple, suite à une consultation ou encore une évaluation en salle d'urgence. Une fois établi que la condition de la personne ne nécessite pas une hospitalisation psychiatrique, le PLCC offre une alternative à renvoyer la personne à la maison. Elle pourra ainsi bénéficier

d'un suivi psychiatrique pour la durée du programme. Enfin, ce programme constitue une ressource pour les différents organismes de santé communautaires.

DÉFIS SUR LE PLAN DE L'ÉTHIQUE

Si des problèmes d'ordre éthique peuvent survenir en raison du caractère particulier des soins offerts par une équipe d'intervention de crise comme l'Équipe mobile de crise de l'Hôpital d'Ottawa, la portion suivante du travail n'a pas pour autant comme objectif de soulever des problèmes éthiques issus du fonctionnement de cette équipe en particulier. Ce modèle de soins servira plutôt à mettre en évidence des catégories de problèmes éthiques auxquels des équipes communautaires d'intervention de crise font face dans le cadre de la pratique des soins. Nul doute que la perspective de la personne visée par les soins aurait pu contribuer de façon toute aussi pertinente à la discussion. Mais c'est dans un souci de cohésion entre les différentes sections du travail que la perspective du soignant sera à nouveau privilégiée pour aborder les différents problèmes soulevés sur le plan de l'éthique. Concrètement, les différentes catégories de problèmes éthiques seront donc énoncées selon la perspective du soignant dans le cadre particulier de sa pratique des soins. Les problèmes éthiques seront regroupés en trois catégories comme autant de sources potentielles de problèmes éthiques. La première catégorie regroupera des problèmes éthiques issus d'une pratique des soins prodigués dans la communauté. Le fait que des soins psychiatriques soient offerts dans la communauté, plutôt qu'en centre hospitalier, comporte de nombreux avantages comme il en sera discuté mais comprend aussi une part de défi pour le personnel soignant. Une deuxième catégorie de problèmes éthiques émergera de la constitution de l'équipe de crise, tout particulièrement en réponse au travail d'intervention que des professionnels de la santé réalisent conjointement avec des policiers. Enfin, une troisième catégorie regroupera des problèmes éthiques entourant la diffusion d'information confidentielle.

Avantages et limites d'une approche communautaire des soins

Une approche des soins de crise offerts dans la communauté comporte de nombreux avantages. On peut penser à la richesse de l'information recueillie lorsque des intervenants se rendent chez les gens, dans leur milieu de vie. Le niveau d'organisation des pièces principales, que ce soit la cuisine ou la chambre coucher, par exemple, peut être un indicateur de la capacité de la personne de prendre soin d'elle-même : l'environnement est-il sécuritaire, les conditions salubres, est-ce que la personne dispose de réserves de

nourriture suffisantes ? Au-delà des besoins physiques, la visite à domicile permet aussi d'être témoin de l'environnement social, de la dynamique familiale, des relations avec le voisinage, de constater la proximité et l'accessibilité ou non à des ressources communautaires : épicerie, pharmacie, moyens de transport.

Les soins offerts à domicile, au moment de la crise, permettent d'aller à la rencontre de personnes vulnérables, fragilisées par leur condition et à des moments cruciaux. Elle offre en ce sens une option avantageuse à celle d'être évaluée en milieu hospitalier pour recevoir certains soins de santé qui peuvent être dispensés en d'autres lieux. Or, une telle pratique des soins de crise dans la communauté peut aussi être à l'origine de problèmes sur le plan de l'éthique. Parmi ceux-ci, l'obtention d'un consentement aux soins peut s'avérer un défi de taille.

Que la personne soit évaluée en centre hospitalier ou non, un consentement doit tout aussi bien être obtenu : à l'instar des soins reçus à l'hôpital, ce consentement peut aussi être retiré en tout temps. Alors que les soins en salle d'urgence prévoient une formalisation du consentement lorsqu'une personne s'inscrit de son gré, l'intervention de crise se prête moins bien à ce type de formalités. En raison de la crise, une entente tacite entre les parties soignante et soignée rend en quelque sorte la rencontre de soins possible. Ainsi, lors d'une intervention de crise dans la communauté, le soignant se voit confié une double tâche *d'obtenir* un consentement à prodiguer des soins avant même d'offrir ces soins et de faire en sorte de le *conserver* tout au cours de l'intervention. Dans la mesure où l'intervention est favorablement accueillie par la personne visée par les soins, cet aspect peut sembler aller de soi. Mais dans les cas où la personne résiste ou refuse catégoriquement de transiger avec l'équipe de crise, les options de soins se trouvent par le fait même réduites. La principale limite d'une telle approche se rapporte donc à un exercice de son droit, par la personne visée par les soins, d'accepter ou de refuser les soins proposés. Dans la mesure où l'état de santé de la personne la rend vulnérable, la responsabilité du personnel soignant à son égard est d'autant plus grande.

En réponse à l'objectif du Ministère de la santé et des services de longue durée de l'Ontario de réduire l'utilisation des salles d'urgence afin de diminuer les coûts en santé, on doit comprendre qu'il est évidemment question de réduire son utilisation lorsque des mesures

alternatives peuvent être prises. Face à des réformes qui ont pour but de privilégier les ressources communautaires et conséquemment de diminuer l'utilisation des ressources hospitalières, un des défis consiste à rechercher un équilibre acceptable. L'approche communautaire seule n'est pas suffisante : il est convenu que certaines personnes auront régulièrement besoin d'accéder aux salles d'urgence, peu importe l'efficacité du support communautaire en place (MSSLD, 1999 b ; Mattai et al., 2010). Comme les équipes d'intervention de crise doivent travailler en étroite collaboration avec les services d'urgence, des problèmes éthiques peuvent survenir lorsque des travailleurs issus de milieux professionnels différents joignent formellement leurs efforts au sein d'une même équipe d'intervention de crise.

Bien qu'il existe des codes déontologiques qui dictent les conduites et qui soient propres à différentes professions communes aux soins de santé (OTSTTSO, 2010 ; AIIC, 2008), il ne semble pas y avoir de modèles décisionnels explicites qui dicteraient des conduites spécifiques dans le contexte particulier de l'intervention de crise dans la communauté. La légitimité de cette liberté d'action sur des conduites et obligations professionnelles n'est pas ici remise en question. Elle peut toutefois être la source de problèmes sur le plan de l'éthique. Alors que les meilleures pratiques sont en constante évolution, une meilleure façon de travailler conjointement peut difficilement faire abstraction des différentes normes de travail propres aux différentes professions ainsi que des problèmes éthiques susceptibles d'en résulter. Il est possible et souhaitable que les différentes organisations de travailleurs qui regroupent entre autres des travailleurs sociaux, des infirmiers et infirmières ainsi que des policiers tiennent compte à la fois des bienfaits d'une approche de collaboration et des problèmes éthiques susceptibles d'en résulter.

Parmi les problèmes pouvant survenir, un premier scénario peut être mis en évidence, soit : la judiciarisation des personnes qui nécessitent des soins de santé mentale. Au Canada, des partenariats entre professionnels de la santé et policiers ont donné lieu à la formation d'un groupe de consultation national portant spécifiquement sur une collaboration entre des services policiers et des programmes en santé mentale. Un comité national : le Canadian National Committee for Police and Mental Health Liaison de *l'Association canadienne des chefs de police* organise des rencontres et offre des services en ligne (PMHL, 2011) qui incluent des groupes de discussions permettant des échanges rapides d'information entre

des intervenants des soins de la santé et des membres des différents corps policiers qui en font partie.

Sur le plan d'une coordination efficace des ressources d'urgence, il est possible de poser comme hypothèse qu'une diminution des appels au service 911 pourrait survenir lorsque des alternatives sont accessibles au public. Si les visites en salle d'urgence et l'utilisation du service 911 peuvent être comptabilisées, l'impact réel des interventions communautaires, en revanche, relevant davantage d'une appréciation subjective d'un état de santé, s'avère plus difficile à évaluer. Néanmoins, l'idée selon laquelle une intervention rapide au moment de la crise est susceptible de réduire les probabilités que la situation de crise ne devienne une situation d'urgence est au cœur même d'une approche de prévention.

La nature confidentielle des informations échangées, même en situation de crise, constitue une autre source potentielle de problème éthique. La Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario, entrée en vigueur en 2004, dicte les règles de cueillette, d'utilisation, de rétention, de divulgation et de destruction des informations personnelles de santé par des groupes, institutions qui en ont la responsabilité légale. Elle vise le maintien de la confidentialité de ces informations ainsi que la protection de la vie privée tout en facilitant un accès efficace aux soins de santé (Ontario, 2011 c). En situation de crise, l'efficacité d'une intervention repose sur une étroite collaboration des différents intervenants ; l'échange de certaines informations confidentielles s'inscrit dans ce cadre de collaboration. Le chapitre 3, annexe A, paragraphe 40 de la Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario se lit comme suit : *Un dépositaire de renseignements sur la santé peut divulguer des renseignements personnels sur la santé concernant un particulier s'il a des motifs raisonnables de croire que cela est nécessaire pour éliminer ou réduire un risque considérable de blessure grave menaçant une personne ou un groupe de personnes* (Ontario, 2011 c).

En ce qui a trait à la formulation de la loi, déterminer ce en quoi consiste des motifs raisonnables peut être un objectif difficile à atteindre. Ainsi, on peut s'attendre à ce que l'échange d'information soit facilité ou non selon les circonstances et les capacités ou encore la volonté des agents en place de collaborer. Par ailleurs, le fait de déterminer *in situ* ce qui relève ou non d'une situation d'urgence ou de crise, ce qui doit être fait sur le champ

ou non cause lui aussi problème. Enfin, la loi permet la divulgation d'information confidentielle mais sans l'obliger, ce qui laisse une marge de manœuvre susceptible d'affecter le déroulement de l'intervention et conséquemment d'affecter les soins.

CONCLUSION

À l'instar du modèle présenté en l'ÉMC, la formalisation d'un partenariat entre travailleurs de la santé et policiers est somme toute souhaitable. Même si les interventions de crise ne se font pas systématiquement accompagnées des policiers, ce modèle particulier permet de filtrer parmi les interventions celles qui requièrent la présence policière, décision qui peut être reconsidérée tout au cours de l'intervention. Si cette capacité de travailler conjointement comporte des avantages dont bénéficiera ultimement la personne visée par les soins, elle constitue de plus une opportunité d'apprentissage, tant pour des travailleurs de la santé que pour des policiers. Elle permet ainsi de se familiariser avec le travail de chacun, différents au départ, mais tous deux orientés vers un même objectif de promouvoir le bien être de la personne en crise tout en privilégiant une approche sécuritaire pour toutes les personnes impliquées. Sur le plan social, enfin, professionnels de la santé et policiers peuvent aussi jouer un rôle de premier plan à promouvoir la santé mentale, tout particulièrement aux niveaux de la sensibilisation et de la démystification de la maladie mentale auprès du public.

Les différents problèmes éthiques soulevés, qu'ils se rapportent à des lois, à des conduites professionnelles ou encore au rapport entre soignant et soigné gagneraient sans doute à être élaborés puis catégorisés. Les conditions et lieux d'intervention en réponse à une situation de crise, la constitution des équipes de crise et la diffusion d'informations confidentielles sont des exemples de catégories qui pourraient être élaborées à cette fin. Au cours du premier article (Chapitre 2), le même contexte d'intervention de crise dans la communauté servira à préciser différentes catégories de problèmes éthiques. Ces catégories donneront lieu à l'identification de niveaux d'intensité de la crise susceptibles d'influencer la réponse d'un soignant et la qualité des soins dispensés en fonction de ses capacités de résolution des problèmes éthiques en jeu.

CHAPITRE 2

CATÉGORISATION DES PROBLÈMES ÉTHIQUES DANS LE CADRE PARTICULIER DES SOINS PSYCHIATRIQUES COMMUNAUTAIRES : ENJEUX, DILEMMES ET DÉFIS ÉTHIQUES

Marc Cauchon

Cet article sera présenté à la *Revue canadienne de service social (Canadian Social Work Review)* ou à la *Revue canadienne de santé mentale communautaire (Canadian Journal of Community Mental Health)*

RÉSUMÉ

Trois façons de catégoriser des problèmes éthiques dans un contexte d'intervention de crise en santé mentale seront présentées sous la forme d'enjeux, de dilemmes et de défis éthiques. L'intervention de crise sera à son tour catégorisée selon quatre niveaux d'intensité de crise, correspondant à des niveaux d'autonomie particuliers et donnant lieu à une appréciation subjective de la capacité de la personne soignée d'établir et de maintenir une relation de soins au moment de la crise. En contrepartie, la rencontre thérapeutique dans ce même contexte de crise sera aussi l'occasion pour le soignant d'évaluer sa juste part des responsabilités à l'égard de la personne visée par les soins. Des enjeux, dilemmes et défis éthiques particuliers portant sur la question du consentement au traitement et aux soins seront discutés. Une distinction fondamentale sera proposée entre le consentement au traitement et le consentement aux soins, distinction qui conduira le soignant à considérer des stratégies différentes dans la résolution des problèmes éthiques selon qu'ils se rapportent à l'un ou l'autre type de consentement. Enfin, une série de recommandations mettant en valeur le rôle du soignant et misant sur la dimension relationnelle des soins serviront à clore cet article.

INTRODUCTION

Les tensions éthiques soulevées par la pratique des soins psychiatriques communautaires sont potentiellement nombreuses (Morton, 2009 ; Lamoureux, 2003 ; Fabrega, 2006). Le caractère invasif de certaines maladies mentales graves et persistantes telle la schizophrénie est susceptible d'affecter de nombreuses dimensions de la vie de la personne malade dont sa façon d'entrer en relation ainsi que de préserver ces relations avec son entourage (Bowie, 2010) : les relations de soins développées avec les personnes soignantes font partie de ces relations susceptibles d'être mises à l'épreuve. Dans le cas où la capacité de reconnaître les bienfaits d'un traitement serait elle-même en jeu, le consentement au traitement ainsi que l'adhésion au traitement constituent des enjeux de taille (Grace et al., 2008 ; Fassassi et al., 2009 ; Emsley, 2010). Dans des cas extrêmes, la santé mentale et physique d'un individu peuvent être affectées à un point tel que des mesures d'urgence pourraient être prises pour imposer un traitement sans préalablement obtenir le consentement ni même compter sur la coopération de la personne visée par les soins (Ontario, 2011 a). De telles mesures soulèvent toute une série d'enjeux éthiques qui touchent aux questions de liberté et du droit à l'autonomie (Fassassi et al., 2009). Si la responsabilité de reconnaître ces droits et de veiller à ce qu'ils soient respectés incombe du moins en partie au soignant, il est aussi envisageable que ce même soignant soit conduit à prendre des décisions qui pourraient aller à l'encontre de ces droits fondamentaux (Ontario, 2011 a).

Lorsque la dimension *d'urgence* est apposée, l'intervention de crise requiert un haut niveau de préparation et de coordination de la part des équipes soignantes. Alors que des ressources communautaires, médicales et policières sont conduites à collaborer, la coordination des différents intervenants s'avère primordiale. Le support naturel, les ressources communautaires et le support professionnel seront conduits à faire front commun, à s'allier afin d'intervenir le plus efficacement possible au moment de la crise.

Dans un souci pratique d'aider les professionnels de la santé à mieux reconnaître certains problèmes éthiques propres à la pratique des soins psychiatriques de crise et à cerner leur importance relative, des problèmes éthiques spécifiques seront mis en évidence et regroupés en trois catégories. Des enjeux, dilemmes et défis éthiques seront ainsi définis au sein d'un cadre conceptuel original proposé par l'auteur.

Trois façons d'aborder des problèmes éthiques seront élaborées et serviront à mettre au premier plan la dimension relationnelle des soins dans un contexte d'intervention de crise. Ce modèle conceptuel rendra compte de la complexité et de la richesse des interactions entre le soignant et la personne visée par les soins pour culminer dans une prise de conscience du soignant face à la crise. L'importance de faire face aux problèmes éthiques de façon proactive dans un contexte d'intervention de crise sera discutée. Spécifiquement, une approche de partenariat qui met au premier plan la dimension relationnelle des soins comme moyen pour le soignant de se mettre davantage au service de la personne visée par les soins sera privilégiée.

CONSTATATIONS, CLARIFICATIONS ET CATÉGORISATION

Il est important d'aborder la question du *jargon professionnel*, une terminologie qui varie selon différentes perspectives des soins ou de services offerts. On peut penser à la désignation de la personne visée par les soins, par exemple. Un centre hospitalier parlera de son *patient*, l'agence communautaire de son *client*, il pourrait être question d'un *usager* ou d'un *utilisateur* d'un centre de service, ou encore du *sujet* d'une intervention policière. Afin d'alléger le texte, je privilégierai la désignation de *soigné* ou *personne visée par les soins* pour désigner une personne qui nécessite des soins ou encore avec qui une relation de soin peut être établie. En contrepartie, le terme *soignant* servira à désigner la personne qui entre en relation de soin.

La perspective du soignant sera présentée dans un contexte relationnel des soins. Dans un premier temps, trois types de *relations* à l'origine de tensions éthiques seront présentées : d'abord, la relation *soignant-soigné*, puis la relation *soignant-soignant*, et enfin la relation *soignant-société*. Le premier type de relation entre *soignant* et *soigné* désigne la relation de soins proprement dite et sera présenté dans un contexte d'intervention de crise. La relation *soignant-soignant* décrira principalement les rencontres entre différents professionnels de la santé : lors d'une rencontre d'équipe multidisciplinaire, par exemple, rencontre pendant laquelle des professionnels de la santé ainsi que d'autres professionnels comme des policiers assignés à des tâches particulières d'interventions en santé mentale, discutent d'une situation de crise. Le troisième type de relation de soins décrira la relation qu'entretient un soignant avec la société et des valeurs propres à cette dernière : il est ici

question des lois et codes de conduite auxquels les soignants sont assujettis en tant que professionnels de la santé, mais aussi comme citoyen par le biais de la Charte des droits de la personne (Canada, 2011), par exemple.

ENJEUX, DILEMMES ET DÉFIS ÉTHIQUES

Un *problème éthique* sera défini comme un conflit de valeurs, pris au sens large du terme. En s'inspirant de trois pôles auxquels renvoie l'éthique clinique tels que présentés par Durand, soit : le patient, le thérapeute et la société (Durand, 2007, p.153), les termes *défis*, *enjeux* et *dilemmes* éthiques serviront à désigner des problèmes particuliers, c'est-à-dire des sous-ensembles de la catégorie *problème éthique*. Les problèmes éthiques, qu'ils se manifestent sous la forme d'enjeux, de dilemmes ou de défis, seront présentés comme des sources de *tensions éthiques*. La notion de *tension éthique* servira ainsi à présenter un état de malaise, d'inconfort empêchant la résolution d'un problème clinique et servira d'incitatif pour la résolution du problème en question.

Cette première catégorisation des problèmes éthiques en tant que défis, dilemmes et enjeux, permettra également de les classer dans un rapport de proximité temporelle avec la situation de crise. Il sera ainsi possible de les présenter selon qu'ils se rapportent : au travail d'un soignant au moment de la crise (défis), au travail d'une équipe soignante, avant, pendant et après la crise (dilemmes), ou encore aux efforts d'une société conduite à définir puis réviser un système de valeurs qui lui est propre (enjeux). Une définition opérationnelle de chacun de ces éléments - *enjeux éthiques*, *dilemmes éthiques*, et *défis éthiques* - sera tout d'abord proposée.

Enjeux éthiques

La catégorie *enjeux éthiques* sert à décrire des problèmes éthiques qui touchent une collectivité et qui sont susceptibles de susciter des débats de société, que ce soit sur une base individuelle ou collective et de les mettre en rapport avec des instances gouvernantes. Les exemples de situations pour lesquelles des valeurs individuelles et collectives s'entrechoquent sont nombreux. On peut évoquer des situations pour lesquelles certaines libertés individuelles seraient privilégiées comme le droit d'accepter ou non un traitement médical même si elles vont à l'encontre de certaines valeurs communes à une société particulière (Badger, 2009 ; Roberts, 2010) font partie des nombreux exemples d'enjeux éthiques.

Puisqu'il fait partie d'une collectivité, le soignant n'est pas que soignant. On pourrait faire allusion à des professions diverses : travailleur social, infirmière, médecin spécialisé, ainsi qu'à une multitude de rôles sociaux : parent, ami, voisin, entre autres exemples. Afin de simplifier le tableau, l'ensemble de ces rôles sociaux qui caractérisent le soignant au-delà d'une pratique professionnelle particulière sera regroupé sous la désignation de *soignant-citoyen*. Dans la mesure où les soins se rapportent à des situations particulières et des individus particuliers, les enjeux éthiques, enjeux de société, étant donné le niveau de généralité où ils se situent, pourraient paraître détachés de la réalité des soins. Pourtant, un même individu, à la fois citoyen et soignant, est conduit à prendre part à la relation de soin.

Des tensions éthiques peuvent surgir lorsque des valeurs ou systèmes de valeurs sont mis en juxtaposition. Dans un contexte où des travailleurs venant de milieux tous aussi différents que les *soins de la santé* et les *services policiers* sont conduits à collaborer, à faire face à des situations particulières auprès d'une personne ou autour d'une même table de discussion, l'intervention de crise se prête bien à un *choc de valeurs* (Durand, 2007).

S'il est vrai que des lois et codes déontologiques dictent et guident la conduite professionnelle de certains travailleurs, on peut penser aux normes de pratique professionnelle des travailleurs sociaux (OTSTTSO, 2010 ; OPTSQ, 2005), par exemple, c'est souvent dans des conditions particulières, au chevet de la personne malade, de la personne souffrante, que le véritable choc des valeurs survient (Lamoureux, 2003).

Dilemmes éthiques

Dans son essai sur l'éthique clinique, Gilles Voyer aborde l'éthique comme une pratique, une manière d'agir : il y est question de *l'action d'éthique clinique* comme une mise en rapport de l'action clinique et de l'action éthique (Voyer, 1996, p.18). Le *dilemme* se rapporte au processus de réflexion qui précède la prise de décision : il se situe en quelque sorte à la jonction de *l'action clinique* et de *l'action éthique*. La catégorie *dilemme éthique* correspond ainsi, pour le soignant, à la dimension clinique de *l'enjeu éthique* en la rapportant à une relation de soins particulière. Face à une loi, par exemple, le *dilemme* résultera d'une insatisfaction, d'un questionnement, voire d'une remise en question de cette loi en raison de son incompatibilité avec une situation particulière. Alors que cette loi visait à favoriser une majorité d'individus, voilà qu'elle suscite à nouveau le débat mais pour un

sous-groupe de la société ou encore pour des individus en particulier. La catégorie *dilemme éthique* servira à caractériser une étape de la réflexion qui précède la prise de décision sans pour autant qu'une décision ne soit prise à cette étape.

Concrètement, dans la pratique clinique, l'étape du dilemme éthique correspond à l'étape de la consultation : face à une situation particulière, un clinicien est amené à consulter ses collègues en tirant profit des ressources disponibles. C'est à cette étape qu'est sollicitée tout particulièrement *l'expérience clinique* qui se rapporte, dans ce cas précis, à une habileté particulière à identifier des dilemmes et à faire le pont avec les enjeux éthiques correspondants. Ce point de rencontre entre *dilemmes* et *enjeux* correspondrait ainsi à la jonction de deux des trois pôles (société et thérapeute) présentés par Durand (Durand, 2007, p.171).

Dans la mesure où l'expérience clinique ne se limite pas à une capacité de résoudre des problèmes, il est pertinent de présenter la capacité de reconnaître, d'identifier des dilemmes comme une étape critique sous-jacente au processus de résolution de problème. La pratique clinique fournit de nombreux exemples de situations pour lesquelles un mode de décision *binaire* de type *bon ou mauvais* n'est tout simplement pas possible. En réponse au souhait d'un patient souhaitant recevoir des soins à la maison plutôt qu'à l'hôpital, ou encore qui refuserait un traitement particulier susceptible d'affecter sa santé, par exemple, il apparaît évident que le contexte des soins doit être considéré. Dans un tel cas, le clinicien pourra privilégier une approche alternative, binaire elle aussi mais moins contraignante : c'est-à-dire de choisir parmi les scénarios possibles entre *meilleur* et *pire* (Grace & Hardt, 2008). Cette catégorisation meilleur/pire sera reprise à la Figure 1 et servira notamment à illustrer la complexité d'une relation de soins.

Le *dilemme* correspond à l'étape pour laquelle un clinicien ou les membres d'une équipe de travail considèrent différents scénarios d'intervention, non seulement dans une perspective de résolution de problème, mais aussi en tenant compte de la complexité des soins à prodiguer au moment de la crise et de la possibilité que d'autres soins soient nécessaires une fois la crise résolue. L'intervention de crise consiste généralement à offrir des soins à court terme, selon un ordre de priorités établies ou à établir : les étapes d'évaluation et de consultation au sein de l'équipe de travail ou auprès de ressources externes sont

essentielles même lorsque pressé par le temps. La démarche propre à l'étape du dilemme soulève deux risques potentiels principaux. Alors que le premier est de précipiter une décision clinique, le second risque est celui d'en rester à l'étape du dilemme, c'est-à-dire sans qu'une décision ne soit prise. Alors que dans le premier cas, la situation de la personne soignée pourrait évoluer dans un sens contraire aux objectifs cliniques escomptés, le statu quo qui caractérise le deuxième cas n'est pas davantage souhaitable pour la même raison.

En somme, le scénario d'intervention de crise est le suivant : un soignant sera conduit à prendre une décision face à une situation de crise pour laquelle le statu quo n'est pas retenu comme une option souhaitable. De plus, cette décision devra se faire dans le respect des lois qui dictent sa conduite professionnelle et conformément à ses propres valeurs individuelles. Elle sera guidée par une expérience clinique qui augmente certes sa familiarité avec une certaine catégorie de dilemmes mais sans pour autant que ces dilemmes ne portent entrave au processus de prise de décision. Le défi est de taille pour le soignant : franchir l'étape du dilemme pour passer l'étape suivante qui est celle d'entrer en relation de soin en posant concrètement un acte de soins.

Défis éthiques

Afin de parer aux risques potentiels de brusquer ou encore de différer indûment une intervention clinique, une troisième catégorie de problèmes éthiques qui se rapporte à l'intervention de soins proprement dite est maintenant identifiée : la catégorie *défis éthiques*. Ce cadre conceptuel tient compte d'une certaine démarche éthique à la disposition du soignant, une démarche pour laquelle un même problème éthique qui prenait la forme de *dilemme*, peut désormais prendre une forme nouvelle au sein du processus de résolution de problème, cette fois dans le cadre d'une relation de soins. Le *défi éthique* se rapporte ainsi au troisième pôle auquel renvoie l'éthique clinique, soit le patient (Durand, 2007, p.153).

Comme *soignant-citoyen*, il est convenu que le soignant dispose d'une capacité de reconnaître un enjeu éthique social à partir d'une situation particulière, dans un contexte social, comme l'aurait fait un autre citoyen. Comme *soignant-collègue*, il devient possible pour le soignant de consulter ses pairs, de peser le pour et le contre pour ainsi dire : le

critère décisionnel *bon/mauvais* qui était suffisant à l'étape de l'enjeu, étant donné son niveau de généralité, est remplacé par le critère décisionnel *mieux/pire* se rapportant à une intervention particulière. Cette démarche est caractérisée par une réflexion élaborée qui permettra de considérer la portée d'un acte de soins particulier (Durand, 2007, p.154). Comme analogie avec un traitement pharmacologique, le soignant est conduit à considérer non seulement des effets thérapeutiques anticipés, mais aussi des effets secondaires. Il est attendu que l'expérience clinique du soignant soit non seulement mise à contribution mais aussi mise à l'épreuve en le conduisant, par exemple, à consulter ses collègues ou encore à considérer des partenariats avec d'autres ressources disponibles. D'abord *citoyen* puis *collègue*, une nouvelle dimension peut maintenant être ajoutée : celle du *soignant face à la crise*. Puisqu'il s'agit d'une relation, l'efficacité de l'intervention de soins ne dépend évidemment pas exclusivement de la disposition du soignant à jouer son rôle, mais repose de plus sur les dispositions de la personne visée par les soins et une collaboration possible avec des ressources disponibles. Les ressources d'urgences (ambulancières et policières) comme il en a déjà été question, font partie de ces ressources disponibles. Les ressources communautaires offrant des soins physiques et psychologiques, d'aide financières et ou encore d'aide au logement en font aussi partie. Les aidants naturels, enfin, regroupant la famille, les proches, voisins, par exemple, jouent aussi un rôle significatif de soutien à la personne en crise.

TABLEAU 1 : TROIS FAÇONS D'APPROCHER L'ÉTHIQUE CLINIQUE DANS LA PRATIQUE DE PSYCHIATRIQUE COMMUNAUTAIRE

1. ENJEUX Le soignant <i>citoyen</i> (Approche collective)	2. DILEMMES Le soignant <i>collègue</i> (Approche collaborative)	<i>Risques potentiels dans un contexte d'intervention de crise</i>	3. DÉFIS Un soignant face à une crise (Approche cas par cas)
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Consentement au traitement et consentement aux soins ; ▪ Adhésion au traitement et aux soins. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Respecter ou non la volonté d'une personne d'être traitée ou non, d'être soignée ou non ; ▪ Reconnaître ou non les consentements aux soins et au traitement comme distincts ; ▪ Privilégier les soins au traitement. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Que la relation soit brisée, de compromettre le lien thérapeutique ;</i> ▪ <i>De ne pas tirer adéquatement profit des ressources disponibles</i> 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Agir selon des convictions morales propres ; ▪ Assumer pleinement sa responsabilité face au traitement ; ▪ Persister : privilégier une approche à long terme.

Le Tableau 1 résume les différentes catégories de problèmes éthiques qui ont été proposées : enjeux, dilemmes et défis éthiques. Une colonne supplémentaire ajoute une description de *risques potentiels* associés à l'intervention de crise et qui fait le pont entre dilemmes et défis. Ces derniers seront discutés davantage à la section suivante.

IDENTIFICATION DE QUATRE NIVEAUX D'INTENSITÉ DE LA CRISE

Le Tableau suivant met en rapport *quatre niveaux d'intensité de la crise* avec une série de risques potentiels associés à la rencontre entre un soignant ou encore une équipe soignante et une personne visée par les soins. Chacun des quatre *niveaux de crise* est associé à un *niveau d'autonomie* attribué à la personne visée par les soins, tel que perçu par le soignant au moment de la crise, compte tenu de l'information à sa disposition, dans un rapport décroissant allant du plein niveau d'autonomie jusqu'à un niveau d'autonomie jugé insuffisant. L'autonomie est présentée comme une capacité de passer au travers de la crise de façon autonome, grâce à ses ressources propres et, conséquemment, en tenant compte d'une implication limitée du soignant. Il est à noter que cette perception *in situ*, au moment de la crise, est évidemment subjective en ce sens qu'un soignant différent et des conditions de crise différentes sont susceptibles d'influencer l'évaluation d'un niveau d'autonomie particulier.

Le niveau 1 d'intensité de la crise décrit une situation où la crise est à son niveau le plus bas et les trois niveaux d'intervention subséquents sont placés dans un rapport croissant d'intensité de la crise pour culminer au niveau 4. Avec la progression de ces niveaux augmentent à la fois un sentiment d'urgence et une nécessité d'intervenir auprès de la personne visée par les soins : il est question ici d'un niveau de responsabilité d'intervenir, tel que perçu par le soignant, à l'égard de la personne visée par les soins.

Quatre niveaux d'autonomie sont établis en rapport décroissant avec les quatre niveaux d'intensité de la crise, toujours selon la perspective du soignant. Trois qualificatifs sont utilisés pour décrire le niveau d'autonomie de la personne visée par les soins, tel que perçu par le soignant, soit : *pleine autonomie*, *autonomie insuffisante* ou *zone grise* pour décrire un état pour lequel la pleine autonomie est remise en question par le soignant. Compte tenu de la situation de crise à l'origine de l'intervention, l'évaluation du *niveau d'autonomie* se trouve assimilée à la capacité de la personne visée par les soins de consentir aux soins.

Les quatre niveaux d'intensité de la crise sont présentés comme un outil clinique permettant au soignant de qualifier la crise selon un ordre croissant d'intensité et de la mettre en rapport avec un niveau d'autonomie perçu chez la personne visée par les soins. Des risques potentiels propres à chacun de ces niveaux d'intensité et d'autonomie seront présentés et mis en rapport avec des attentes de collaborations. Enfin, l'argument selon lequel l'augmentation du niveau d'intensité de la crise résulte en un accroissement du sentiment de responsabilité du soignant à l'égard de la personne visée par les soins sera présenté.

TABLEAU 2 : INTERVENTION DE CRISE : QUATRE NIVEAUX D'INTENSITÉ DE LA CRISE

Niveaux d'intensité de la crise	Niveaux d'autonomie de la personne visée par les soins tels que perçus par le soignant	Risques potentiels
Niveau 1 : La personne visée par les soins est jugée apte et consentante.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pleine autonomie ▪ La personne soignante <i>transige</i> avec une personne autonome et apte à consentir à la relation de soin ; ▪ L'accent est mis sur le traitement ; ▪ Collaboration tacite. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La rencontre est assimilée à un rapport mercantile, une <i>transaction</i>, au détriment de la relation de soins ; ▪ La relation de soins s'avère moins importante, on cherche plutôt à optimiser un traitement.
Niveau 2 : La personne visée par les soins résiste aux soins, tout en adhérant au traitement.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zone grise : le niveau d'autonomie de la personne soignée est remis en question ; ▪ La relation est fragile mais encore possible ; ▪ L'accent est mis sur les soins. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La transaction est encore possible ; ▪ Des négociations sont nécessaires ; ▪ Risques associés à une approche paternaliste.
Niveau 3 : La personne visée par les soins résiste aux soins et refuse d'adhérer au traitement.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Zone grise : le niveau d'autonomie du soigné est remis en question ; ▪ La relation de soins est compromise ; ▪ L'accent est mis sur les soins. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Risques semblables au niveau 2 mais plus intense ; ▪ Désinvestissement du soignant : la personne soignée est laissée à elle-même.

<p>Niveau 4 : La personne en crise refuse les soins et refuse le traitement.</p>	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Autonomie insuffisante; ▪ L'individu est perçu comme inapte à consentir à un traitement ; ▪ L'étape du consentement est court-circuitée ; ▪ L'accent est mis sur le traitement ; ▪ Absence de collaboration. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ La rencontre est assimilée à un rapport mercantile, une <i>transaction</i> ; ▪ La relation de soins est négligée afin d'optimiser un traitement ; ▪ L'adhésion au traitement est minée.
--	--	---

Le niveau 1 décrit un état pour lequel la personne visée par les soins dispose d'une autonomie optimale qui la rend apte à consentir à un traitement. Il sera établi que la personne visée par les soins dispose ainsi d'une capacité de jugement lui permettant de reconnaître l'importance de traiter son état, ce qui la conduira à participer activement au traitement tout en accueillant favorablement la relation de soins. À l'autre extrême, au niveau 4, l'intensité de la crise est perçue comme étant à son plus haut niveau. Conséquemment, il est attendu que la capacité d'adhérer à un traitement et de collaborer à la relation de soins de la personne visée par les soins sera perçue par le soignant comme étant à son niveau le plus bas. Les niveaux d'intensité de la crise sont sciemment présentés dans un rapport inversement proportionnel au niveau d'autonomie de la personne visée par les soins. Il est important de rappeler que l'évaluation du niveau d'autonomie repose sur la perception du soignant, au moment de la crise, quant à la capacité de la personne visée par les soins de consentir à la relation de soins. Les niveaux 2 et 3, qui se présentent dans un rapport croissant d'intensité, auraient pu être assimilés à un seul niveau d'intensité de crise. En effet, ils correspondent tous deux à une même *zone grise* rendant difficile l'évaluation de l'autonomie de la personne visée par les soins

Niveau 1 : La personne visée par les soins est jugée apte à consentir et consent au traitement

Au *niveau 1*, il est établi que la personne visée par les soins exprime un consentement tacite et dispose d'un niveau d'autonomie optimal assorti à une capacité de jugement qui lui permet de prendre des décisions favorables à sa santé ainsi qu'à son bien-être. À ce niveau, l'observance et l'adhésion au traitement qu'anticipe le soignant sont à leur niveau le plus élevé. Il est attendu que d'aller au-devant d'une personne malade lorsque celle-ci accepte d'être soignée ne garantira pas l'efficacité des soins mais permettra tout de même au soignant d'anticiper des résultats optimaux en ce qui a trait à la rencontre de soins. La

relation de soins sera perçue par le soignant comme une relation symétrique ou d'égal à égal sur le plan de la disposition et des attentes à entrer en relation de soins. À ce niveau, une approche mercantile ou d'échange est considérée pour décrire un traitement : en effet, la relation met en évidence ce qui apparaît à bien des égards comme un consommateur (la personne visée par les soins), un fournisseur (le soignant) et un bien de consommation (le traitement). Il sera suggéré que cette représentation mercantile des soins s'avère efficace à ce niveau bien qu'insuffisant pour rendre compte des niveaux de crise suivants.

Sur le plan de l'autonomie, la personne soignante transige ainsi avec une personne jouissant d'un niveau satisfaisant d'autonomie. Conséquemment, il sera établi qu'elle est apte à consentir à un traitement ainsi qu'à consentir à une relation de soins. Le risque principal identifié au Tableau 2 est que la rencontre soit assimilée à un rapport mercantile, à une transaction qui se fasse au détriment de la relation de soins. Or, une telle approche mercantile ne constitue pas un problème en soi et pourrait s'avérer suffisante dans la mesure où elle répond aux aspirations des deux parties soignante et soignée.

Niveau 2 : La personne visée par les soins résiste aux soins, tout en adhérant au traitement

Au *niveau 2*, la personne visée par les soins résiste à la relation de soins mais adhère toutefois au traitement recommandé. La situation de crise fragilise la relation de soin. Le niveau d'autonomie est plus difficile à évaluer par le soignant et correspond à la zone grise évoquée précédemment. À ce niveau, il est établi que la capacité de consentir à un traitement est remise en question sans que la capacité de consentir à une relation de soins ne le soit pour autant. Des efforts devront être déployés pour préserver la relation de soins plutôt que d'insister sur un traitement, même si ce dernier s'avérait préférable au moment de la crise. Il est attendu que de tels efforts se traduiront par des investissements de temps et d'énergie plus importants auprès de la personne visée par les soins. Conséquemment, le soignant pourrait anticiper un rôle plus important à jouer auprès de la personne visée par les soins.

Face à la reconnaissance d'une responsabilité professionnelle plus importante à son égard, un soignant pourrait en venir à adopter une attitude autoritaire ou paternaliste à l'égard de la personne soignée, dans sa façon d'approcher le traitement et les soins et risquer ainsi de compromettre la relation de soins. Les interventions de crise sont certes conduites à des

moments particulièrement éprouvants pour la personne visée par les soins : non seulement les besoins d'être traités et soignés sont-ils importants, mais les conditions pour les prodiguer peuvent être défavorables. La détresse psychologique qui est à l'origine de l'intervention de crise, fait aussi partie intégrante des difficultés de l'intervention (Fabrega, 2006 ; Juckel & Morosini, 2008).

Niveau 3 : La personne visée par les soins résiste aux soins et refuse d'adhérer au traitement

Au *niveau 3*, la personne visée par les soins résiste à la relation de soins comme au niveau précédent mais refuse cette fois d'adhérer au traitement. La relation de soin se trouve davantage compromise et le niveau d'autonomie perçu par le soignant est d'autant plus difficile à évaluer. La capacité de la personne visée par les soins à consentir à un traitement se trouve plus nettement remise en question, tout comme l'est maintenant sa capacité de consentir à une relation de soins (c'était le cas au niveau 2). Même si le traitement est compromis, les soins peuvent encore être prodigués et la personne soignante peut encore miser sur la relation de soin.

Les interventions de crise auprès de personnes souffrant d'un trouble psychotique offrent de nombreux exemples de situations pour lesquelles une relation de soin peut être rudement mise à l'épreuve et peut même, dans des cas extrêmes, devenir impossible à maintenir (Fabrega 2006 ; Bowie, 2010). Les risques potentiels, tout en s'intensifiant, sont semblables à ceux du niveau 2 : la tâche de prodiguer des soins, devenue trop lourde ou trop accaparante, risque de compromettre la relation de soins (Grace & Hardt, 2008).

Niveau 4 : La personne visée par les soins refuse les soins et refuse le traitement

Au *niveau 4*, la personne visée par les soins refuse systématiquement les soins. Elle refuse non seulement tout traitement mais aussi toute relation de soins. Le niveau d'autonomie sera perçu par le soignant comme à son niveau le plus bas et s'avèrera insuffisant. Conséquemment, le niveau de responsabilité du soignant à l'égard de la personne visée par les soins atteint un sommet, convaincu de son incapacité de consentir à un traitement pourtant nécessaire compte tenu de sa condition. L'absence de collaboration et les bienfaits escomptés d'un traitement soulèvent l'éventualité que des décisions aillent à l'encontre de la volonté de la personne visée par les soins (Emsley, 2010).

Étant donné les difficultés inhérentes à ce type d'intervention au niveau 4, la rencontre risque à nouveau de se limiter à une approche mercantile, à une *transaction*, mais dans des conditions maintenant très différentes de celles du niveau 1. Puisque la possibilité d'établir une relation de soins est maintenant exclue par le soignant, ses efforts se rabattront sur l'application d'un traitement qui deviendra l'objectif principal, sinon exclusif de la rencontre.

Le tableau 2 témoigne de la complexité de la tâche du soignant face à la crise et permet de mettre en évidence un rôle crucial du soignant : celui d'évaluer les limites de sa propre responsabilité professionnelle à l'égard de la personne visée par les soins et de la référer, au besoin, à des ressources appropriées. De façon pratique, cette codification en terme des niveaux 1 à 4, permettra de préciser un contexte d'intervention de crise et de mieux évaluer des besoins tels que les effectifs professionnels nécessaires, par exemple. Alors qu'on peut s'attendre à ce que des soignants soient davantage appelés à intervenir pour des crises de niveaux 2 et 3, des interventions aux niveaux 1 et 4 sont tout de même probables. Les interventions au niveau 1 seront dites préventives dans la mesure où il sera attendu qu'une intervention à ce niveau ait pour effet de maintenir la personne visée par les soins à ce niveau 1. De même, les interventions aux niveaux 2 et 3 auront pour but de ramener la crise à un niveau inférieur, de 3 à 2 puis de 2 à 1, ce qui permettra de mesurer pour ainsi dire l'efficacité relative de l'intervention. Les interventions au niveau 4, pour leur part, pourraient nécessiter le déploiement de ressources d'urgence si l'intensité de la crise continuait de croître.

ATTENTES DE COLLABORATION ET PARTAGE DES RESPONSABILITÉS : LA PART DU SOIGNANT.

La section suivante mettra à nouveau en perspective certains des éléments du Tableau 2 : soit un *soignant* (il peut s'agir d'une équipe soignante) et un *soigné*, qui désigne la personne visée par les soins. Il est convenu que cette dernière se trouve en crise en raison d'un trouble grave de santé mentale. La perspective du soignant sera à nouveau privilégiée, mais cette fois il sera question des attentes du soignant et des dispositions de la personne visée par les soins à collaborer au moment de la crise. Les Tableaux 3 et 4 serviront à accentuer la distinction entre *traitement* et *soins*, préalablement discutée, tout en précisant le rôle d'une équipe d'intervention de crise en fonction des niveaux d'intensité de la crise

présentés au Tableau 2. Ils représenteront : 1) la disposition du soignant à offrir le traitement et les soins ; 2) les attentes de collaboration entre soignant et soigné ; et enfin 3) la collaboration entre les différentes ressources faisant partie ou non de l'équipe soignante. Ces différentes ressources seront regroupées en trois catégories : *aidants naturels*, *ressources communautaires* et *ressources d'urgence*. Par aidants naturels, il est question de la famille, des amis, ou encore du voisinage de la personne visée par les soins. Par *ressources communautaires*, on entend par exemple les organismes et agences communautaires avec qui elle est déjà en relation de soins. La troisième catégorie fait référence tout particulièrement à l'intervention de forces policières.

TABLEAU 3 : ATTENTES DE COLLABORATION ET DISPOSITION À PRIVILÉGIER UN TRAITEMENT PHARMACOLOGIQUE AU DÉTRIMENT DE LA RELATION DE SOINS : LA PART DU SOIGNANT

Niveaux d'intensité perçus de la crise	Disposition du soignant à privilégier un traitement pharmacologique	Attentes de collaboration entre le soigné et soignant	Attentes de collaboration entre le soignant et les ressources disponibles, au moment de la crise
Niveau 1	Souhaitée mais peut être absente	Élevées	Minimales
Niveau 2	Élevée	Modérément élevées	Importantes
Niveau 3	Davantage élevée	Faibles	Davantage importantes
Niveau 4	Optimale	Minimales, voire absentes dans le cas d'un refus catégorique de consentir à un traitement	Optimales

Le Tableau 3 présente une série de prévisions se rapportant : 1) aux dispositions d'un soignant à privilégier un traitement, 2) aux attentes de collaboration entre le soignant et la personne visée par les soins et 3) aux attentes de collaboration entre la personne soignante et les ressources disponibles, le tout dans un contexte de crise dont l'intensité croissante est présentée selon les mêmes niveaux qu'au Tableau 2.

En ce qui a trait à la disposition du soignant à offrir un traitement, il est attendu que la tendance suivra les quatre niveaux d'intensité de la crise. Il en sera de même pour les attentes de collaboration entre la personne soignante et les ressources disponibles. En effet, on s'attend à ce que la crise fasse ressurgir des besoins autres que psychiatriques : la personne malade peut être à risque d'être évincée de son logement, par exemple, de s'isoler, ou encore d'éprouver des difficultés à subvenir à ses soins de base. Ainsi, face à des besoins plus pressants, ce modèle prédit que le soignant ou l'équipe soignante sera davantage disposé à intervenir. C'est pourquoi les dispositions du soignant à offrir un traitement et les attentes de collaboration vont dans un même sens (croissant) que les quatre niveaux d'intensité de la crise.

Selon les mêmes prédictions, les attentes de collaboration entre soignant et soigné présenteront une tendance contraire : face à un refus catégorique de consentir au traitement (propre au niveau 4), le soignant s'attendra à ne pas pouvoir compter sur la collaboration du soigné. Alors qu'au Tableau 3 l'adhésion au traitement constitue le principal défi, le Tableau 4 mettra en perspective le maintien de la relation de soins comme prioritaire pour l'équipe soignante. Plus précisément, il sera question des perceptions du soignant face aux attentes de collaboration à entrer en relation de soins. La distinction entre traitement et soins prend ici tout son sens étant donné la décision particulière du soignant de faire porter l'intervention sur la relation de soins, de façon globale, sans privilégier nécessairement un traitement (en l'occurrence pharmacologique) en jeu. Ainsi, le Tableau 4 présente une série de prévisions qui se rapportent aux dispositions du soignant à établir une relation de soins, aux attentes de collaboration entre le soignant et la personne visée par les soins et enfin aux attentes de collaboration entre le soignant et les ressources disponibles, dans un même contexte de crise.

TABLEAU 4 : ATTENTES DE COLLABORATION ET DISPOSITION À S'INVESTIR DANS UNE RELATION DE SOINS : LA PART DU SOIGNANT

Niveaux d'intensité perçue de la crise	Disposition du soignant à s'investir dans une relation de soins	Attentes de collaboration entre la personne visée par les soins et la personne soignante	Attentes de collaboration entre la personne soignante et les ressources disponibles au moment de la crise
Niveau 1	Optimale	Élevées	Faible importance
Niveau 2	Davantage élevée	Modérément élevées	
Niveau 3	Élevée	Faibles	
Niveau 4	Souhaitée mais peut tout de même être absente.	Minimales, presque absentes (refus catégorique de consentir aux soins).	Faible importance

Une première similitude avec le Tableau 3 est identifiée au niveau des attentes de collaboration entre la personne visée par les soins et la personne soignante. On peut s'attendre en effet à une même tendance : les attentes les plus élevées se retrouveront au niveau 1 de l'intensité de la crise et diminueront progressivement jusqu'au niveau 4 où il sera attendu qu'elles se trouvent à leur niveau le plus bas. Une première distinction sera anticipée au niveau de la disposition de la personne soignante à s'investir dans une relation de soins. La tendance contraire à la prévision du Tableau 3 peut paraître surprenante mais s'explique par le fait que plus le niveau d'intensité de la crise est élevé, plus il sera exigeant et difficile pour le soignant d'établir ou de maintenir une relation de soins. À l'inverse, un niveau d'intensité de la crise plus faible permettra d'envisager une relation symétrique ou encore d'égal à égal selon l'exemple donné précédemment. Il sera attendu que les attentes de collaboration entre la personne visée par les soins et la personne soignante suivront la même tendance qu'au tableau précédent.

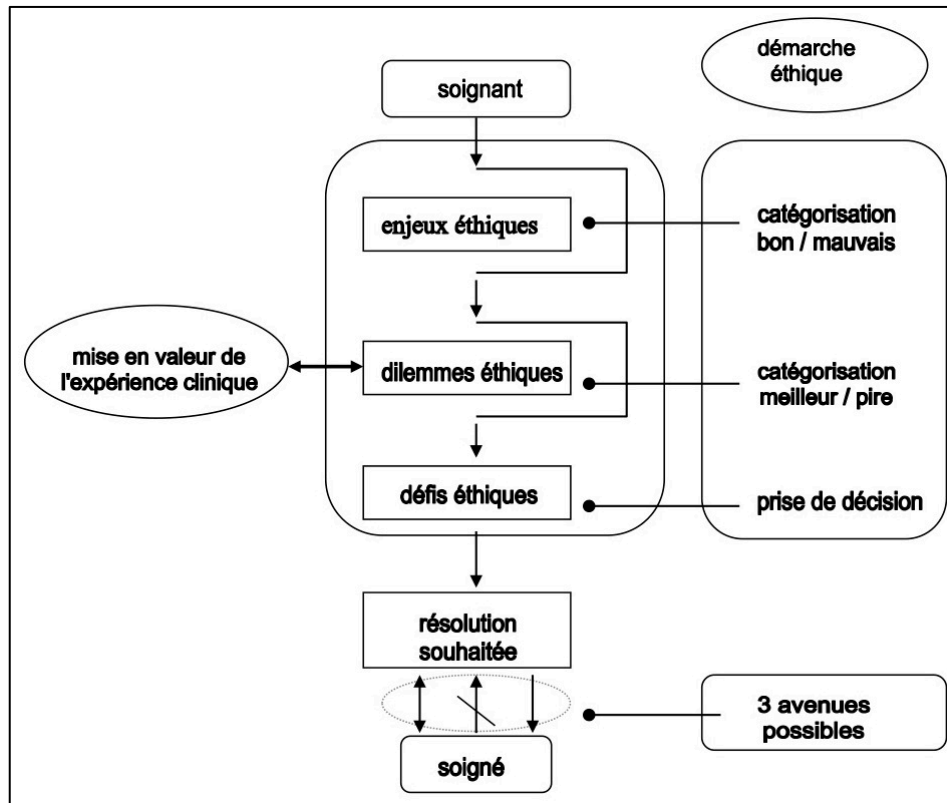
En ce qui a trait aux attentes de collaboration entre le soignant et les autres ressources disponibles au moment de la crise, on s'attendra à ce que la tendance proposée diffère de

celle du tableau précédent. Alors que les attentes de collaboration culminent aux niveaux 2 et 3 d'intensité de la crise, elle seront à leur niveau le plus bas aux niveaux 1 et 4 bien que pour des raisons différentes. En effet, au niveau 1 où l'intensité de la crise est à son minimum, on s'attendra à ce que la personne visée par les soins jouisse d'un niveau d'autonomie qui lui permette de prendre en charge ses propres besoins et de choisir d'entrer ou non en relation de soins. Au niveau 4, par ailleurs, le désinvestissement apparent du soignant ira plutôt dans le sens d'une faible disposition de ce dernier à s'investir dans la relation de soins compte tenu, à nouveau, du caractère physiologique de la maladie et d'une tendance à privilégier un traitement pharmacologique en réponse à la crise.

La figure 1 illustre la complexité d'une relation de soins dans un contexte particulier de crise. Conscient des enjeux, soutenu par une expérience clinique qui permet de considérer les dilemmes propres à une situation particulière, un problème éthique de départ et des tensions qui le caractérise se manifesteront éventuellement sous la forme de *défis*. À l'issue d'une démarche éthique du soignant, caractérisée par trois étapes successives, la résolution souhaitée (c'est-à-dire l'établissement d'une relation de soins) devra ultimement faire face à la réponse de la personne visée par les soins.

Trois avenues possibles de réponse sont illustrées par les marqueurs entre *résolution souhaitée* et *soigné*. La première représente une réponse favorable entre soigné et soignant qui permet d'établir une relation de soins. La seconde représente un refus d'entrer en relation de la part de la personne visée par les soins, ce qui met fin à la relation de soins conformément à sa volonté. La troisième avenue présente une situation pour laquelle la relation de soins se trouve forcée, même en l'absence de consentement explicite de la part de la personne visée par les soins. Alors que le premier scénario illustre une situation idéale pour laquelle le consentement n'est pas remis en question, le deuxième scénario oblige le soignant à mettre fin à l'intervention, conformément aux exigences de la personne visée par les soins. Le troisième scénario est davantage problématique sur le plan de l'éthique puisqu'il engage le soignant dans une intervention de soins unilatérale.

Figure 1 : Complexité d'une relation de soins centrée sur les défis éthiques : l'espace de rencontre et trois avenues pour la relation de soins



CONSENTIR AU TRAITEMENT ET CONSENTIR AUX SOINS : RETOUR AUX ENJEUX ÉTHIQUES

Les différents types de relations présentés précédemment : relations qu'entretient le soignant avec la personne visée par les soins (soignant-soigné), avec des collègues de travail (soignant-collègue) et dans un contexte social particulier (soignant-citoyen), donnent lieu à des façons toutes aussi différentes d'approcher des problèmes éthiques. Compte tenu de la complexité d'une relation de soins, tout particulièrement dans le contexte d'une intervention de crise et des attentes de collaboration entre les différents agents et ressources disponibles pour y faire face, certains problèmes éthiques précis refont surface régulièrement et sont susceptibles d'influencer la pratique des soins. Le consentement et l'adhésion au traitement et aux soins constituent des enjeux importants auxquels doivent faire face les équipes d'intervention de crise en psychiatrie communautaire (Lamoureux, 2003 ; Velligan et al., 2010). Ces enjeux se traduisent par une série de dilemmes éthiques dont la résolution pourrait avoir des répercussions sur

l'évolution de la crise, à court terme, ainsi que sur le bien-être de la personne visée par les soins, à plus long terme.

Validité du consentement aux soins psychiatriques : la capacité de consentir

Il est concevable que certains troubles mentaux affectent les capacités de jugement sans pour autant que la personne malade ne devienne nécessairement et systématiquement incapable de prendre des décisions pour son propre bien-être (Wasserfallen & al., 2004 ; Fassassi & al., 2009). Or s'il est vrai que la capacité de la personne malade à comprendre les implications du traitement s'avère, dans certains cas, difficile à démontrer, s'il est clair que les capacités de jugement peuvent être altérées, se présentant comme un symptôme de la maladie ou comme résultant d'une situation de crise, est-il alors possible de compter sur un consentement valable (Kitamura et Takahashi, 2007 ; Tsao et al., 2008) ?

D'entrée de jeu, il m'apparaît important de poser la question du sens à donner au consentement. Consentir au traitement repose sur la capacité d'un individu d'accepter un traitement pour son propre bien-être, comme individu (ou pour celui d'un autre individu lorsque désigné légalement), compte tenu d'un niveau d'autonomie qui lui confère la capacité d'assumer une telle responsabilité. Gilles Voyer suggère que le malade doit toujours être « présumé compétent » (Voyer, 1996, p.157) vraisemblablement par analogie avec la présomption d'innocence (jusqu'à preuve du contraire) issue de notre système de justice (Canada, 2011). Cette façon de procéder par défaut, en quelque sorte, est certes un point de départ intéressant qui prépare le terrain pour le problème suivant : celui de déterminer en quoi consiste la compétence, comment elle peut être établie, ou même présumée, révoquée et potentiellement réinstaurée. La psychiatrie offre de nombreux exemples de conditions transitoires au cours desquelles la capacité de consentir de la personne malade est affectée, voire compromise (Fabrega, 2006). Au cours d'un épisode psychotique pendant lequel une personne serait incapable de veiller à ses soins de base, par exemple, il apparaît légitime de remettre en question sa capacité de s'acquitter de responsabilités plus exigeantes encore sur le plan organisationnel ou relationnel.

La reconnaissance d'une distinction entre le consentement au traitement et le consentement aux soins m'apparaît à nouveau nécessaire pour approfondir la question du consentement. Alors que le consentement au traitement ne se rapporte qu'à un seul individu, en

l'occurrence la personne visée par les soins, il sera dit du consentement aux soins qu'il se distingue du fait qu'il réponde à la fois du soigné et du soignant, ramenant au premier plan la dimension relationnelle des soins. Un tel argument suggère que les consentements au traitement et aux soins constituent deux types de consentement distincts, sinon pour la personne visée par les soins, du moins pour le soignant dans sa façon de considérer les soins. Dans un même ordre d'idées, si l'on peut établir qu'un consentement au traitement puisse être révoqué de façon unilatérale par la personne visée par les soins, une responsabilité partagée relevant d'un consentement aux soins, par ailleurs, pour autant qu'elle sollicite un consentement des deux parties, soignantes et soignées, revient en juste part au soignant. Dans cette perspective, il devient tout à fait acceptable pour ce dernier de consentir à la relation de soins même dans le cas où la personne visée par les soins refuse explicitement un tel consentement : la relation de soins est compromise, certes, mais toujours possible.

Il devient alors possible d'envisager un scénario selon lequel le refus exprimé ne correspond pas à un refus de recevoir des soins mais à un refus d'être soigné comme l'entend un soignant ou une équipe soignante. Paradoxalement, le refus de consentir au traitement, tel qu'exprimé par la personne visée par les soins, pourrait aussi bien être assimilé à une incapacité de consentir au traitement. Le refus tacite de consentir pourrait ainsi être perçu par le soignant comme une manifestation de la maladie, réponse cohérente avec la présentation symptomatique. Dans un tel cas, l'étape du consentement s'en trouverait court-circuitée. Alors qu'il n'y a pas de traitement qui puisse assurer une adhésion au traitement (Moken et al., 2008 ; Fassassi et al., 2009), le maintien d'une relation de soins en constitue possiblement, à tout le moins, la meilleure des garanties. Dans le cas spécifique où la résistance au traitement se dresse comme un symptôme de la maladie, un outil demeure à la disposition du soignant : c'est la relation de soins.

De la même manière que le traitement relève du consentement au traitement, le consentement à la relation de soin par la personne visée par les soins s'avère fondamental à son adhésion au traitement. Garder la personne visée par les soins au cœur des décisions à prendre, même dans des conditions pour lesquelles elle se trouve incapable de prendre les meilleures décisions pour son bien-être, constitue un défi de taille. Parmi les scénarios de soins auxquels doit faire face une équipe soignante, il est souhaitable que la relation de

soins puisse être établie, puis maintenue assez longtemps pour que la situation s'améliore. Au contraire, il est possible qu'une personne refuse, soit coupée ou encore se coupe elle-même de la relation de soins. Un tel scénario rend alors la rencontre thérapeutique impossible. Ainsi, le soignant est en mesure de s'inscrire dans cette démarche de soins en se rendant à la rencontre de l'autre.

Garder la personne visée par les soins au cœur des décisions à prendre, pour un soignant, c'est aussi de résister à des influences externes aux soins, ce qui pourrait conduire un soignant à se détacher de ses propres besoins de performance, par exemple, ou encore de réalisations ou de succès professionnel. L'intention est noble, mais placer la personne visée par les soins au cœur des soins demeure encore insuffisant. Plus importante que la personne visée par les soins, face à des problèmes d'ordre éthique, c'est la relation de soins entre soigné et soignant qui doit être au cœur des décisions à prendre. La façon la plus équitable de s'acquitter d'une telle tâche et par le fait même le plus grand des défis, c'est de placer non pas *une personne* mais *la relation de soins* au cœur de l'intervention thérapeutique.

CONCLUSION

Dans le contexte particulier de l'intervention communautaire, la crise, comme la manifestation aiguë d'une problématique complexe laisse entrevoir des problèmes importants qui dépassent la dimension strictement physiologique de la maladie mentale (Morton, 2009). Les ramifications psychologiques et sociales de la maladie mentale sont nombreuses et l'impact peut être, comme on le sait, dévastateur. Mais ces ramifications offrent aussi des points d'ancrage pour la relation de soins, reléguant le traitement au second plan. La crise n'est certes pas souhaitée. Mais si elle ne peut pas être évitée, il est pourtant possible pour le soignant d'en tirer profit. Tirer profit d'une situation problématique pour laquelle le statu quo ne constituerait pas une option, revient à dire que la résolution de la crise passe par le changement et que l'intervention de crise peut se présenter comme une opportunité de changement. Face à une situation problématique pour laquelle il n'y aurait pas de mauvaise façon de commencer, ni de solution optimale, chaque pas, chaque action orientée vers le changement constitue, en ce sens, un pas dans la bonne direction.

Afin d'être mieux préparé à faire face à certains problèmes éthiques qui surgissent dans la pratique des soins psychiatriques de crise dans la communauté, un double processus de catégorisation de problèmes éthiques a été proposé. Il s'agissait d'abord de catégoriser certains types de problèmes éthiques tels que rencontrés par un soignant selon qu'ils se manifestent : sur la scène publique (enjeux), dans les échanges auprès de ses collègues de travail (dilemmes) ou encore au sein d'une relation de soins, plus précisément dans le cadre d'une intervention de crise. Dans un deuxième temps, des parallèles ont été faits entre des niveaux d'intensité de la crise telle que perçue par le soignant et l'évaluation d'un niveau d'autonomie qui correspond à la capacité de la personne visée par les soins de consentir à une relation de soins. Une fois cette première démarche de catégorisation amorcée et insérée dans un contexte de soins, des prédictions ont pu être formulées quant aux attentes de collaboration entre les différents intervenants au moment de la crise. Dans un souci pratique d'aider les professionnels de la santé à mieux reconnaître certains problèmes éthiques propres aux soins psychiatriques de crise, il est suggéré que ce type de catégorisation de problèmes éthiques peut faciliter la tâche en permettant une prise de décision mieux éclairée au moment de la crise, en présence de la personne visée par les soins ou encore auprès de collègues de travail. Enfin, il conduit à la reconnaissance d'une juste part de responsabilités du soignant à l'égard de la personne visée par les soins, dans la mise en place et le maintien d'un traitement au sein d'une relation de soins.

Dans l'article suivant, les concepts de traitement et de soins seront à nouveau discutés et mis en rapport avec les concepts de douleurs et de souffrance pour en arriver à une reformulation du consentement aux soins. Bien que le contexte des soins psychiatriques de crise y soit privilégié, des parallèles seront faits avec les soins palliatifs pour en arriver à identifier une approche commune des soins ainsi que de soulever des responsabilités particulières sur le plan de l'éthique.

CHAPITRE 3

LA PART DU SOIGNANT : VERS UNE REFORMULATION DU CONSENTEMENT AUX SOINS

Marc Cauchon

Cet article sera présenté à la *Revue canadienne de service social (Canadian Social Work Review)* ou à la *Revue canadienne de santé mentale communautaire (Canadian Journal of Community Mental Health)*

RÉSUMÉ

Cet article propose une reformulation de la question du consentement aux soins sur le plan de l'éthique qui met en valeur la contribution du soignant dans le cadre d'une relation de soins. Le contexte de soins privilégié est celui des soins psychiatriques de crise tout en s'inspirant des soins palliatifs pour développer les concepts de souffrance et de douleur et tracer des liens avec la pratique clinique. La distinction de ces deux concepts servira de base pour aborder les questions de traitement et de soins, puis du consentement. L'hypothèse selon laquelle le consentement au traitement et le consentement aux soins constituent des consentements distincts sera présentée. À la lumière de ces considérations, le rôle du soignant sera redéfini en fonction de responsabilités particulières sur le plan de l'éthique qui s'inscriront au sein d'une démarche de soins en trois temps : de normalisation, de valorisation et de persistance, comme une opportunité pour un soignant de s'engager dans une relation de soins.

INTRODUCTION

La pratique des soins psychiatriques communautaires de première ligne soulève de nombreux problèmes sur le plan de l'éthique (Morton, 2009 ; Lamoureux, 2003 ; Ruelland, 2001 p.19). Au cours d'une intervention de crise, la partie soignante pourrait être conduite à prendre des décisions importantes sur le plan clinique, décisions qui tiennent compte de nombreuses restrictions sur le plan légal mais aussi sur le plan de l'éthique (Carney, 2007, Levy et Clarke, 2008 ; Sheehan, 2009). Une approche de résolution de problème qui tient compte des considérations éthiques peut ainsi jouer un rôle de premier plan. L'obtention et le maintien d'un consentement auprès d'une personne vulnérable constituent à eux seuls des défis de taille (Fabrega, 2006). Cet article propose une reformulation du consentement aux soins dans le cadre particulier des soins psychiatriques. La relation de soins a de particulier qu'elle offre au soignant l'occasion d'établir un rapport entre sa perception de la souffrance telle qu'exprimée par l'autre à travers une détresse perçue, d'une part, ainsi que sa propre capacité d'intervenir comme soignant, d'avoir un impact, de contribuer à un changement thérapeutique escompté. La relation de soins constitue en ce sens un lien privilégié qui est à la source de questionnements en rapport avec les décisions de traiter ou non puis, le cas échéant d'inscrire le traitement dans un cadre plus général de soins.

À l'instar de nombreux troubles psychiatriques graves, la schizophrénie est susceptible d'affecter un individu dans sa manière d'entrer en relation (Figueira et al., 2011 ; Kosma et al., 2010 ; Juckel et al., 2008). Certaines manifestations cliniques de la schizophrénie, particulièrement en situation de crise, affectent ainsi la relation de soins plus directement. Outre son caractère physiologique, ses ramifications psychologiques, cognitives et leur impact sur le plan relationnel seront présentés comme autant de points d'ancrage pour offrir des soins psychiatriques. La psychose sera présentée comme une rupture potentielle avec la vie relationnelle, comme une incapacité transitoire d'établir et de maintenir une relation de soin.

Un phénomène particulier sera discuté, celui d'une *souffrance sans douleur* (Doucet et Boisvert, 2005) comme un point de convergence entre les soins psychiatriques et les soins palliatifs. Il sera suggéré que les soins psychiatriques peuvent tirer profit d'une expertise développée dans la pratique des soins palliatifs en valorisant la souffrance et la mort

comme des états dignes des soins ainsi qu'en établissant un rapport symbolique avec des soins de fin de vie et une altération de la relation de soins¹.

Dans un souci de clarification théorique, des avantages de distinguer les concepts de douleur et souffrance seront discutés. Il sera suggéré qu'une certaine forme de souffrance ne peut être exprimée qu'au sein d'une relation, qu'elle ne peut donc pas être vécue sur une base individuelle, comme c'est le cas pour la douleur, ce qui servira de critère de démarcation. Les concepts de douleur et de souffrance ainsi différenciés conduiront à une nouvelle distinction, celle-ci entre traitement et soins pour éventuellement aborder la question de consentement sous deux aspects : le consentement au traitement et le consentement aux soins comme deux types de consentements distincts. Alors que le premier comporte une dimension légale en réponse à un droit fondamental à l'autonomie (Fassassi et al., 2009) et est attendu de façon unilatérale, c'est-à-dire exprimé par la personne visée par le traitement, il sera suggéré que le consentement aux soins, de par son caractère morale ou éthique, sera attendu des deux parties soignante et soignée.

Dans cette perspective, les soins font appel à une responsabilité conjointe de faire face à une condition de souffrance, elle-même à l'origine de la relation de soins. Sans remettre en question l'importance de veiller sur des droits individuels, ces derniers se trouvent en quelque sorte relégués au second plan face à un droit tout aussi fondamental qu'est celui d'affiliation, c'est-à-dire d'entrer en relation, puis éventuellement en relation de soins. Il sera ainsi suggéré que le soignant se doit d'être le gardien non pas de l'intérêt du soigné mais de la relation de soin. À cette fin, une démarche de soins en trois étapes sera présentée : d'abord une étape de *normalisation* caractérisée par la reconnaissance d'une condition de souffrance, puis de *valorisation* permettant de porter un regard d'admiration sur l'autre et enfin de *persistance*, condition nécessaire pour assurer une continuité des soins dans le temps.

¹ Des échanges d'idées, aussi pertinents que stimulants, au sein de groupes de discussion animés par le professeur Hubert Doucet, à l'Université de Montréal, ainsi que des stages d'observations au Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine sous la supervision du Dr. Marie-José Clermont dans le cadre du Programme de bioéthique, ont contribué à l'élaboration du rapport symbolique ici présenté.

Importance et avantages de distinguer les concepts de douleur et souffrance

L'utilisation courante du terme *douleur* dans la langue française est très englobante et peut être problématique considérant qu'elle puisse décrire à la fois un phénomène physiologique ou psychologique. Si on peut parler de la *douleur* en faisant référence à une partie du corps, il est d'autre part possible de parler de *douleur morale* comme d'une autre forme de douleur qui peut être détachée en quelque sorte de son référent anatomique. Une recherche sommaire auprès de bases de données PubMed en date du 8 décembre 2009 révèle une quantité surprenante de publications portant sur la douleur (en anglais : « pain »), soit 32,711 articles. Au sujet de la souffrance (« suffering ») : la même recherche suggérait 13,754 articles. Lorsque les deux mots-clés étaient sollicités en conjonction, la base de données indiquait alors 3,829 articles à consulter. Il est possible de questionner la pertinence de telles statistiques compte tenu de la dimension arbitraire des référents « pain » et « suffering ». En revanche, une meilleure compréhension de ces phénomènes s'avérerait fort utile et entraînerait sans doute une précision de la terminologie. Pour les fins de cet article, l'utilisation du terme *douleur* sera restreinte à la description d'un phénomène physiologique, donc en référence au corps : il sera question de la douleur comme de la réponse d'un *corps qui a mal*. En ce sens, la douleur sera définie sommairement comme un message physiologique menaçant l'intégrité du corps. Compte tenu qu'elle fait partie d'un système physiologique, il est entendu que la douleur joue un rôle nécessaire dans la mesure où elle est en conformité avec l'ensemble physiologique : on peut penser à la douleur que procure l'effort soutenu d'un entraînement sportif, par exemple (le marathonien poursuivant sa course, malgré la douleur, conscient des bienfaits escomptés).

En contrepartie, le concept de souffrance servira à désigner une expérience psychologique ; il sera question de la reconnaissance ou la prise de conscience d'un état psychique insatisfaisant qui appelle au changement. À l'instar de la douleur, il est concevable que la souffrance fasse partie d'un système psychologique tout aussi complexe, mais peut-être tout aussi souhaitable pour le maintien de son intégrité. En réaction à la douleur, la souffrance pourrait être sommairement définie comme une *psyché* en relation avec un *corps qui a mal*. Loin d'être exhaustive, cette définition permettrait néanmoins d'établir un rapport entre les dimensions psychique et physiologique en établissant que les phénomènes psychiques constituent un ensemble plus englobant que ce *corps qui a mal*. Cette

distinction proposée entre douleur et souffrance servira à mettre en rapport une expérience physiologique et son référent psychologique. En somme, il sera dit de la douleur, comme expérience physiologique, qu'elle se rapporte à un système lui aussi physiologique, anatomique : un corps qui réagit à un environnement physique dont il fait partie. Dans ce contexte, *douleur* et *souffrance* ont en commun qu'elles correspondent à des états transitoires qui appellent au changement : le passage d'un état initial à un état subséquent s'inscrivant dans un processus de changement. Dans un contexte de soins, ce processus de changement, qu'il soit question du développement d'habilités psychosociales, par exemple, est fondamental : c'est sur lui que repose l'intervention thérapeutique (Figueira et al, 2001).

Alors qu'on peut dire de la douleur qu'elle se confine à une expérience individuelle puisque liée à la corporalité, je poserai comme critère de démarcation que la souffrance comporte une dimension relationnelle qui dépasse le cadre physiologique proprement dit. Plutôt que de considérer la souffrance et la douleur comme un seul phénomène qui s'inscrirait sur un continuum, elles seront présentées comme des entités distinctes. Face à une douleur que l'on traite, comme on traite un corps qui a mal, mais à laquelle se greffe une condition de souffrance qui ne pourrait pas être soulagée par le traitement en place, on pourrait être tenté de rechercher un traitement plus efficace sans que la souffrance ne soit écartée pour autant. Face à une condition de souffrance qui résiste ainsi à un traitement, la souffrance devient un appel aux soins. Mais à la différence de la douleur qui est l'objet du traitement, la souffrance n'est pas l'objet des soins : elle en devient plutôt la raison d'être. Ainsi, la personne soignante ne soigne pas la souffrance : elle répond plutôt à une souffrance tantôt exprimée par la personne soignée, tantôt l'objet de sa propre perception, de telle sorte que ni la souffrance ni la personne souffrante ne sont l'objet des soins. En somme, on soigne une relation.

La section suivante aura pour objectif de mettre en évidence la dimension physiologique d'un trouble psychiatrique particulier pour aborder la question des soins psychiatriques. L'importance de privilégier une approche thérapeutique qui ne se limite pas à un traitement physiologique sera discutée.

SCHIZOPHRÉNIE, TRAITEMENT ET SOINS PSYCHIATRIQUES

L'intervention de crise auprès d'individus souffrant de maladies psychotiques comme la schizophrénie servira maintenant à présenter un cas particulier de rencontre de soins pour lequel un trouble psychiatrique peut être appelé à être traité physiologiquement, même en l'absence de douleur proprement dite ou encore de souffrance telle qu'exprimée par la personne visée par les soins. La souffrance ou détresse perçue par la partie soignante pourrait servir de justification pour l'intervention sans toutefois qu'un consentement explicite ne soit nécessairement obtenu.

Alors qu'une prochaine édition du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) devrait être publiée sous peu, il est attendu qu'un nouveau critère de description de la schizophrénie mettra en évidence la *détresse* qui résulte de la sévérité des symptômes et dont les effets invalidants entraînent vraisemblablement une recherche active de traitement (APA, 2011 b). Or c'est précisément cet aspect de la maladie qui est à la base de l'intervention thérapeutique et sans lequel il est convenu que l'intervention n'aurait pas lieu².

Réponse immunitaire déficiente et mécanismes de défense mal adaptés

Au cours des dernières années, des chercheurs se sont intéressés à la prévalence de certaines maladies auto-immunes comme le lupus érythémateux disséminé et certaines maladies inflammatoires chez les personnes atteintes de schizophrénie et chez leurs parents

² La version la plus récente du DSM-IV (édition révisée) classe la schizophrénie selon cinq sous-types : paranoïde, désorganisé (ou hétérologue), catatonique, indifférencié et résiduel, il serait possible de parler de *schizophrénies* au pluriel compte tenu de la variété et de l'étendue des symptômes. La parution de la prochaine édition (DSM-V), une première révision complète depuis 1994, n'est pas attendue avant 2013 mais des groupes de travail ont déjà formulé des recommandations qui sont présentement à l'étude (APA, 2011 b). Le Groupe de travail sur les psychoses propose, outre le retrait possible des cinq sous-types, l'ajout d'un syndrome de risque de psychose (APA, 2011 c). La sévérité des symptômes caractéristiques : les délires, hallucinations et désorganisation du langage seraient à nouveau pris en considération, ainsi que la fréquence, la durée d'apparition et la progression des symptômes. Par ailleurs, les critères d'exclusion en fonction d'un autre diagnostic inscrit au DSM-V seraient maintenus. La schizophrénie se présente comme un trouble psychiatrique grave qui affecte environ 1% de la population générale, hommes et femmes à peu près également, de toutes les couches socio-économiques, toutes cultures et régions du monde (NIMH, 2011 ; WHO, 1992). Au niveau symptomatique, la maladie se manifeste principalement par des idées délirantes, des hallucinations et une désorganisation au niveau du langage et du comportement (APA, 2011 a). Une classification en fonction des symptômes *positifs* et *négatifs* a mené à des échelles de classification comme la *Positive and Negative Scale of Symptoms* (Kay, 1987), par exemple. Cette classification est certes utile pour clarifier un diagnostic ou encore mesurer l'efficacité des médicaments sur certains symptômes. En revanche, on peut lui reprocher de ne pas rendre compte d'un niveau de fonctionnement social vraisemblablement affecté par la maladie. À cet effet, des échelles de fonctionnement psychosocial telles que le Mini-ICF-P (Juckel et Morosini, 2008) et la *Personal and Social Performance (PSP)* permettent de mesurer des comportements liés aux soins personnels et à l'interaction sociale (Figueira et al, 2011 ; Kosma et al., 2010).

(Potvin et al, 2008 ; Eaton et al., 2006 ; Strous et al., 2006 ; Pelizza et al., 2010). Jones a suggéré que certaines manifestations de la maladie soient reliées à des dispositions auto-immunes (Jones et al., 2005), cette idée incitant d'autres chercheurs à explorer de nouvelles approches de traitement comme l'immunothérapie (Knight et al., 2007). Même si la schizophrénie n'est pas classifiée comme une maladie auto-immune, il est toutefois possible d'avancer que la maladie est susceptible d'affecter le système immunitaire ou encore que des problèmes immunitaires puissent présenter des symptômes qui caractérisent la schizophrénie (Jacobs, 2006). Sur le plan physiologique, le système immunitaire se présente comme un système complexe de rétroaction visant la protection physiologique, permettant à l'organisme de lutter plus efficacement contre des maladies et infections qui menacent son intégrité. Sur le plan conceptuel, l'analogie entre des mécanismes de défenses physiologiques et des mécanismes de défenses psychologiques, puis l'éventualité d'un dérèglement, s'avèrent particulièrement intéressante. Les capacités cognitives : la mémoire, l'expérience, le jugement permettent à un individu de prendre des décisions critiques en réponse à des perceptions, de réagir et d'anticiper des *attaques* qui *menacent* en quelque sorte un certain équilibre psychique souhaitable. Or, c'est en grande partie sur les capacités de jugement que repose une prise de décision éclairée permettant l'instauration et le maintien d'un traitement ainsi que des soins s'avérant nécessaires au bien-être de la personne soignée (Fassassi et al., 2009 ; Bowie, 2010). Sur le plan relationnel, l'altération du jugement représente un point de rupture potentiel entre le soignant et la personne visée par les soins. Les effets de la maladie sur la capacité d'entrer en relation, tout comme les autres manifestations symptomatiques, sont susceptibles de compromettre la capacité même de soigner. Or l'incapacité d'entrer en relation ou encore le bris de la relation constitue un obstacle aux soins.

Reconnaître la dimension physiologique des troubles psychotiques ne signifie pas qu'il faille limiter l'intervention thérapeutique à un traitement physiologique (De Lisi et Fleischhacker, 2011). Au-delà du caractère physiologique d'un trouble psychiatrique comme la schizophrénie, se dressent une multitude d'obstacles concrets sur les plans psychologique et social, personnel et interpersonnel, comme autant de façons d'exprimer son individualité. Mais ces obstacles sont aussi des points d'ancrage privilégiés pour l'intervention de soins.

Une meilleure compréhension de la complexité de la relation de soins dans le cadre particulier de l'administration des soins psychiatriques est certes nécessaire, non seulement sur le plan conceptuel mais de façon pragmatique lorsqu'elle se mesure à une expérience des soins sur le terrain, au chevet de la personne visée par les soins et dans le contexte particulier de l'intervention de crise. Il sera suggéré que les soins psychiatriques gagnerait à s'inspirer de ce qui se fait déjà dans d'autres sphères de soins cliniques. La section suivante aura pour objectif de tracer un pont entre les soins psychiatriques et les soins palliatifs ou soins de fin de vie.

UNE APPROCHE DE VALORISATION : PSYCHIATRIE ET SOINS DE FINS DE VIE

L'expertise développée dans le domaine des soins de maladies chroniques et soins de fin de vie peut sans doute servir à mieux comprendre le phénomène de la souffrance dans la pratique des soins psychiatriques. En effet, certaines maladies chroniques et terminales (des cancers ou des maladies dégénératives par exemple) comportent, en plus de leur lot de douleurs physiologiques, des douleurs d'un autre ordre : craintes, insatisfactions, déceptions, entre autres exemples. Or, il est concevable que la société moderne et certaines pratiques médicales, pour lesquelles la souffrance et la mort se limiteraient à des constats d'échecs, aient peine à aborder la mort : « *la modernité lutte pour contrôler la mort jusqu'au bout, car la mort est un non-sens* » (Doucet, 2004). Mais peut-on en dire autant de la souffrance ? La modernité lutte-t-elle pour contrôler la souffrance jusqu'au bout ? Comme si elle était l'ennemi à abattre ? Les craintes de perdre son autonomie, d'être dépendant, d'être à la charge de quelqu'un, de se savoir fragile ou à risque de le devenir, nous ramènent à la finitude de notre propre corporalité, à une réalité peut-être absurde de n'être rien de plus qu'un corps mourant. L'expérience de la maladie et de la souffrance qui s'y rattache, qu'elle soit physiologique ou psychologique, ou encore les deux à la fois, peut nous conduire de façon similaire à une réalité toute aussi absurde de n'être qu'un corps souffrant.

Une souffrance sans douleur

Les progrès pharmacologiques récents permettent des traitements de plus en plus sophistiqués de la douleur : des dérivés de la morphine plus efficaces comme les formules de médicaments à libération prolongée (Craig, 2010) ou encore des techniques de stimulations intracrâniennes (Zaghi, 2009) en sont des exemples. On pourrait ainsi s'attendre à ce que la compréhension actuelle des mécanismes physiologiques de la douleur

permette d'offrir un contrôle et un traitement de la douleur d'une toute aussi grande efficacité. Pourtant, même lorsque la douleur est contrôlée et la personne soulagée, la souffrance n'est pas systématiquement écartée : il semble que le traitement de la douleur physique, aussi efficace soit-il, ne soit pas garant du soulagement attendu. Au-delà de la dimension physiologique proprement dite, la souffrance résiste, à bien des égards, aux efforts de traitement. Dans un contexte de soins palliatifs, Doucet aborde la question d'une « souffrance sans douleur » (Doucet et Boivert, 2005). Face à l'intervention médicale, il considère que « maîtriser la douleur ne constitue qu'un élément *du problème de la souffrance* ». Il y décrit une situation paradoxale issue des soins palliatifs pour laquelle la souffrance, face à la mort, pourrait surpasser la douleur associée à la maladie. Il dit :

La réussite du contrôle adéquat de la douleur place le patient devant sa propre souffrance, celle de durer en état de maladie dont la seule issue est la mort. En contrôlant la douleur sans se soucier d'adoucir la souffrance, les patients atteints de maladies incurables vivent un état qu'ils considèrent indigne d'un être humain (Doucet et Boivert, 2005).

Ainsi, le contrôle de la douleur, atteint ou souhaité, c'est-à-dire du traitement physiologique d'une condition toute aussi physiologique, ne garantit pas nécessairement le contrôle de la souffrance. Face à une souffrance qui ne peut pas être soulagée, toutefois, il demeure possible de privilégier une relation de soins, de telle sorte que la relation soignant-soigné devienne elle-même un outil de prédilection pour prodiguer des soins. Cette volonté de soulager la souffrance représente un point de convergence particulier entre les soins de fin de vie et les soins psychiatriques qui sera développé à la section suivante.

Le consensus de la rupture

Le phénomène de la *souffrance sans douleur* permet de tracer un pont entre les soins de fin de vie et les soins psychiatriques en ce qu'il permet de concevoir un point de rupture entre la vie psychique et le monde matériel. Dans le cadre de soins de fin de vie, alors qu'un décès éventuel est attendu, le soignant accepte de façon tacite que des soins soient prodigués jusqu'à ce que la mort mette fin à la relation de soins. L'accompagnement de la personne en fin de vie a ceci de particulier qu'elle permet non seulement au soignant d'être présent jusqu'aux derniers moments de vie mais aussi d'anticiper l'arrêt définitif de cette relation de soins.

Outre cette rupture relationnelle entre un soignant et un soigné que la mort rend manifeste de façon irréversible, le soignant se fait aussi le témoin d'une autre forme de rupture chez la personne soignée : une rupture pressentie entre la vie *physique* et la vie *psychique* (Hirsh, 2004, p.121). Dans certains cas, c'est le corps qui en apparence cède sans que la portion psychique ne se trouve affectée. La situation contraire est aussi possible dans les cas où le corps serait maintenu en vie alors que des traces de vie psychique s'effacent jusqu'à sembler absente : on peut penser à la progression des maladies dégénératives comme certaines démences, par exemple. Les deux cas ont ceci en commun : l'anticipation d'une rupture. D'un côté, l'anticipation d'une rupture entre la vie psychique et la mort physiologique et de l'autre, entre la vie psychique et la capacité de maintenir une relation de soins.

La psychose et la rupture potentielle de la relation de soins

L'individu en état de psychose n'est pas mourant, bien évidemment, mais sa capacité d'établir et de maintenir des relations significatives, y compris une relation de soins, peuvent être tout au moins mises à l'épreuve. Contrairement à la mort, la psychose ne conduit pas nécessairement à la fin de la relation entre soignant et soigné : c'est plutôt la rupture possible de la relation de soins entre soignant et soigné qui est en jeu. Dans ce contexte précis, la psychose se présente comme un point de rupture potentiel avec la vie relationnelle, le cas échéant : comme une incapacité transitoire d'établir et de maintenir une relation de soin. Un cas particulier de rupture, en fait, pour lequel le soignant peut constater, chez la personne visée par les soins, une rupture apparente entre sa vie psychique et le reste du monde physique. Mais il ne s'agit pas d'une mort relationnelle. D'abord parce que cette rupture est transitoire, puis parce qu'elle repose sur une décision bilatérale : tant que l'une ou l'autre des parties, soignante et soignée, accepte de maintenir la relation de soins, la relation demeure possible.

Une part de dignité dans la mort et la souffrance

Emmanuel Hirsch soulève l'importance de reconnaître la douleur (prise ici au sens large et incluant la souffrance) comme « un cri d'existence » (Hirsch, 2004 p.198). Au sujet de l'accompagnement en fin de vie, il poursuit en ces termes : « Accepter les mille et une formes de la dignité en ces circonstances, voilà simplement des actes de vie qui justifient d'eux-mêmes, pour celui qui s'éloigne comme pour nous, d'être encore là ». Il ajoute enfin : « Ainsi peuvent se concevoir, en d'autres situations et en d'autres drames,

l'accompagnement des personnes dépendantes -et la confiance d'une relation ». La question de dignité est ici centrale. Or, j'avancerai que la souffrance qui est à l'origine de la rencontre de soins comporte elle aussi une valeur en elle-même. À cet égard, c'est sur la reconnaissance de cette valeur intrinsèque de la souffrance que repose l'un des défis les plus importants auquel un soignant doit faire face : celui de se faire le gardien de la relation de soins. Convaincu de la légitimité de soigner, il reste au soignant à miser sur le maintien de la relation de soins, au moment précis où la rencontre est rendue possible et cela tant qu'elle demeure possible. Cette valeur propre à l'expérience de la souffrance est susceptible de transformer le regard que lui porte le soignant, tout comme la perspective d'une relation de soins.

Les rôles de soignant et de soigné

La distinction pouvant être faite entre les rôles de *soigné* et *soignant* apparaît comme une évidence dans un contexte de traitement : dans son expression la plus simple, deux individus se rencontrent, l'un est malade et l'autre non. Il serait d'ailleurs plus juste de décrire la rencontre entre une personne *traitante* et une personne *traitée*. Plutôt que de restreindre l'expérience de la souffrance à une expérience individuelle, ce qui isolerait en quelque sorte la personne souffrante au sein de son individualité même, il est possible de mettre en évidence une dimension relationnelle de la souffrance qui transcende l'individualité. Cela nous conduit à formuler un critère de distinction entre douleur et souffrance selon lequel la souffrance en question s'exprime exclusivement au sein d'une relation. En contrepartie, la souffrance ne serait pas exprimée sur une base individuelle, comme c'est le cas pour la douleur, conformément à la distinction présentée précédemment.

Les soins peuvent ainsi être abordés en fonction de cette dimension relationnelle : comme un effort collectif, comme une intention commune de changement. S'il est vrai qu'une part de la souffrance, une fois exprimée par la personne soignée, ne lui appartient plus, la réponse émotive que peut exprimer le soignant en réaction à celle du soigné n'est pas moins authentique et peut-être même inévitable à certains égards. En cherchant à se couper de cet état, de sa capacité de compatir en sa qualité de soignant, ce dernier risque alors de se couper de l'expérience même qui le lie à la personne soignée. Est-ce que le fait d'être touché par la souffrance de l'autre correspond à un état de souffrance en soi ? Peut-être la

souffrance perçue chez l'autre n'a t-elle rien à voir avec la souffrance exprimée par le soigné sinon qu'elle est la reconnaissance d'un phénomène, un état de souffrance, à travers sa propre subjectivité (Giordano, 2010 ; Ochsner et al., 2008).

LA PLACE DE L'ÉTHIQUE : LES EXIGENCES MORALES À LA RESCOUSSE

La première partie de cet article avait pour but de présenter, sur le plan théorique, l'importance de distinguer les concepts de douleur et de souffrance, puis de traitement et de soins, pour en arriver à dégager un concept de consentement aux soins pour lequel la dimension éthique s'avèrerait incontournable. Une révision de la littérature scientifique aura sans doute permis d'établir, sinon une certaine confusion, du moins l'absence de distinction formelle entre les concepts de traitement et de soins, qu'ils soient psychiatriques ou médicaux. L'objectif de la section suivante sera de tracer un lien entre une reformulation du concept de consentement aux soins et des exigences morales sous la forme de considérations éthiques. D'entrée de jeu, il convient de prolonger la distinction qui avait été faite entre traitement et soins, puis entre soignant et soigné, pour mieux établir une troisième distinction entre le *consentement au traitement* et le *consentement aux soins*.

Le consentement au traitement, dans son expression la plus simple, peut être présenté comme un accord tacite entre deux individus, l'un traitant et l'autre traité. Cet accord reposera sur la présomption que ces individus sont autonomes et capables de convenir d'un traitement et des bienfaits escomptés à l'issue de ce traitement. Le consentement aux soins, pour sa part, même dans son expression la plus simple, dépasse en complexité la question du consentement au traitement dans la mesure où les soins se révèlent eux-mêmes davantage complexes que les traitements. L'importance de veiller sur des droits individuels n'est pas pour autant remise en question. Mais le principal défi pour la partie soignante se situe à un autre niveau : celui de ne pas exclure l'autre au nom d'une telle responsabilité. Pour ce faire, il m'apparaît primordial que soit maintenue la capacité du soignant d'entrer en relation avec des individus qui se trouvent fragilisés dans leur propre capacité d'entrer en relation.

Je poserai comme argument que les consentements au traitement et aux soins constituent deux types de consentements distincts de la même manière que le sont les concepts de traitement et de soins. Dans le cas où la résolution de problèmes éthiques tiendrait compte

de cette distinction, il serait attendu que des outils différents permettent d'arriver à une telle fin. Or, si un consentement au traitement peut être obtenu de façon unilatérale : soit par une réponse favorable de la personne traitée ou de son substitut légal, il sera conséquemment attendu qu'un consentement aux soins requiert un engagement formel de la partie soignante. Ces dernières considérations nous conduiront à proposer une démarche de consentement aux soins attendue du soignant. Elle sera présentée en terme de responsabilité à l'égard de la personne visée par les soins : comme une double prise de conscience de sa propre responsabilité à l'égard d'un traitement souhaitable dans le contexte particulier des soins et des limites d'une telle responsabilité. S'il appert qu'en situation de crise les repères s'estompent, une préparation adéquate précédant l'intervention s'avère incontournable.

Du primum non nocere au primum non excludere: un rôle de gardien renouvelé

Consentir aux soins, pour le soignant, ne se limite pas à faire en sorte que ses actions répondent d'un quelconque principe de bienfaisance car le souci de faire le bien n'est pas suffisant et peut même conduire à des aberrations (Cheung, 2009). Élever la bienveillance au rang de principe n'est pas vain. Mais il est attendu qu'elle fasse abstraction de la relation d'autorité à laquelle se prête aisément, presque naturellement la relation entre la personne traitante et la personne traitée. Les relents de paternalisme médical, qu'une promotion de l'autonomie de la personne visée par les soins cherchait à éviter, prennent une nouvelle forme en ce que la relation de soins ainsi présentée court-circuite le rapport d'autorité.

Face à une maladie qui affecte un individu, soignant et soigné gardent un rôle qui leur est propre : l'un traitant et l'autre traité, celui-ci cherchant à améliorer sa propre condition de santé et celui-là à la promouvoir. La relation est asymétrique et les rôles distincts. Si un rapport d'autorité devait s'exercer, ce serait au niveau du traitement en jeu et non de la relation de soins dans la mesure où peut être posé comme argument que la relation de soins ne répond pas de cette autorité. Ainsi, il est possible d'avancer que les rôles de soignant et de soigné s'estompent face à la souffrance pour faire place à une relation symétrique, c'est-à-dire d'égal à égal, une relation qui transcende les rôles initiaux de traitant et de traité. Comme je tenterai de le démontrer au cours de la dernière section, le maintien de cette relation s'avère être de la plus haute importance en ce sens qu'elle peut être seule garante

des soins. Trois attitudes ou responsabilités souhaitables ou éthiques du soignant face à la souffrance seront dégagées. Elles s'inspirent de réflexions issues d'une expérience clinique et se résument en trois verbes d'actions : normaliser, valoriser et persévérer.

Normaliser : se reconnaître

La normalisation au sein d'une démarche éthique de soins se présente d'abord comme un effort d'objectivation de la souffrance. La normalisation permet de reconnaître que la souffrance s'inscrit dans un contexte social et culturel donné, un contexte plus large que la souffrance elle-même : elle n'est pas l'ensemble, mais s'inscrit dans un ensemble plus englobant, pour l'individu qui en fait l'expérience ainsi que pour le soignant, au sein de la relation de soins. Même si son expérience de vie est unique, son histoire n'appartenant qu'à lui seul, tout comme son expérience de la maladie et de la souffrance, la personne n'est vraisemblablement pas seule à être malade, à souffrir. La relation de soin est une opportunité de développer un sens d'appartenance et d'éviter ainsi l'aliénation. L'utilisation de l'expression *aliénation mentale* n'a plus cours mais le phénomène d'aliénation demeure : celui d'être isolé, coupé d'une relation.

D'autre part, la normalisation permet d'établir des balises, de circonscrire un problème à résoudre. La pose d'un diagnostic rejoint la démarche de normalisation dans la mesure où elle cherche activement à organiser (en symptômes ou selon une étiologie propre) des manifestations d'une maladie, d'un trouble et à les nommer, avec les risques d'erreurs qu'une telle démarche comporte (Verhoeven et al., 2010). Cette démarche est certes utile pour reconnaître la dimension physiologique de certaines maladies psychiatriques graves et persistantes, mais serait incomplète si elle devait se limiter à sa dimension physiologique. Sur le plan relationnel, la normalisation permet ainsi d'enrichir la description de la maladie, de définir, de circonscrire la relation, de préciser la dimension de soin de cette relation. Normaliser permet de convenir des rôles de chacun, dans un effort conjoint, autant que possible, afin d'identifier ce qui fait défaut ou encore ce qui porte entrave au processus de guérison, aux changements thérapeutiques souhaités.

Valoriser : poser un regard d'admiration sur l'autre³

Une valorisation de la relation de soins et d'un état de souffrance qui la caractérise permet de lui reconnaître un statut particulier : celui d'expérience significative. Il ne s'agit pas d'en faire l'éloge mais plutôt d'accorder à la souffrance une importance particulière parmi les multiples expériences de vie qui façonnent la condition humaine. Plus encore : de lui reconnaître un rôle déterminant qui s'inscrit dans un rapport thérapeutique, au cœur même d'une relation de soin. Dans un contexte thérapeutique, la valorisation se manifeste par la reconnaissance d'un soignant de sa capacité de poser un regard d'admiration sur la personne visée par les soins : de se sentir invité à réparer en quelque sorte ce qui est altéré, à guérir si une telle chose s'avérait possible, à s'engager avec la personne visée par les soins dans une quête de sens de la souffrance. Au cœur de cette approche, un élan de compassion qui conduit la personne soignante à la rencontre de la personne visée par les soins.

Persister : assurer une continuité dans le temps

La troisième attitude : celle de persister est sans doute la plus importante et constitue l'un des grands défis de la relation thérapeutique (Cahill et al., 2008). Persister ne peut faire abstraction de la dimension temporelle des soins. Reconnaître qu'elle a un début et qu'elle peut avoir une fin va de soi. Persister, c'est miser sur sa continuité dans le temps, sur son maintien. C'est aussi reconnaître que le seul maintien de la relation de soins peut devenir un but en soi, peu importe l'efficacité relative ou encore l'issue de la relation de soins. Alors que la normalisation permettait d'élaborer un consensus, une entente au sujet de la rencontre entre soignant et soigné face à la souffrance, la persistance ne dépend pas de l'atteinte d'un consensus des deux parties, soignante et soignée. Face à la résistance au traitement, face au refus de traitement, la persistance du soignant est une main tendue, une porte qui reste ouverte, la reconnaissance d'une valeur intrinsèque à la relation établie avec une personne endolorie ou souffrante, inaltérable dans le temps.

Face aux refus de consentir aux traitements ou aux soins, face aux rechutes, face à la progression de la maladie, face aux périodes de stagnation et d'inefficacité apparente, il serait sans doute légitime, comme soignant, d'en venir à douter, du moins par moments, de

³ Poser un regard d'admiration sur l'autre se présente comme un mot d'ordre dans les relations (pris au sens large) tel que le préconisait le Père Jean Rochon, au cours de nombreux entretiens que j'ai eus avec lui. S'il permet de donner un sens aux relations que nous entretenons sur le plan personnel, ce regard admiratif, dans le cadre des soins, permet de même au soignant de donner un sens à sa propre pratique.

l'efficacité réelle des soins, mais jamais de la signifiante d'une relation de soins. Et si le but de la rencontre de soins était justement la *rencontre*, l'acte même d'entrer en relation ? Les parties soignantes et soignées ne pourraient plus alors douter de l'impact véritable et significatif de la démarche de soins.

La part du soignant : miser sur la relation de soins

Miser sur la relation de soins, pour le soignant, pourrait ainsi se résumer en trois étapes déterminantes. La première est celle de consentir à la relation de soins, ce qui signifie de la croire possible en sa qualité de soignant, animé d'une intention thérapeutique, c'est-à-dire d'une intention de soigner. La seconde étape est celle d'établir la relation de soin, d'aller à la rencontre de la personne malade, souffrante, de possiblement trouver un espace de rencontre, un terrain d'entente qui respecte la condition de chacun, soigné et soignant, sinon conforme du moins qui tient compte des attentes de chacun face aux soins. La dernière étape s'inscrit dans le temps : c'est la nécessité de durer. Il s'agit de garder en place une relation de soins, comme il est possible de le faire pour toute autre relation significative, à l'instar d'une relation d'amitié, persuadé que cette relation *procure* à l'autre autant qu'elle *reçoit* de ce dernier. Dans le meilleur des cas, la relation de soins permettra au soignant de constater des résultats tangibles par une amélioration du bien-être de la personne visée par les soins. Mais même dans le moins enviable des cas, il est encore permis de croire que la relation de soins contribue à faire du soignant un meilleur soignant.

CONCLUSION

L'obtention et le maintien d'un consentement aux soins auprès des personnes vulnérables constituent des défis de taille pour le personnel soignant (Fabrega, 2006). Avec comme objectif de départ une reformulation de la notion de consentement aux soins, cet article aura permis de mettre en évidence ces deux volets d'un problème particulier sur le plan de l'éthique, un problème qui demeure central dans la pratique des soins psychiatriques communautaires de première ligne (Ruelland, 2001 p19. ; Lamoureux, 2003). La relation de soins a été présentée comme un lien privilégié à établir puis à maintenir entre soignant et soigné avant même d'aborder la question du consentement. Dans cette perspective, il a été suggéré que les soins relèvent d'une responsabilité mutuelle de faire face à une condition de souffrance elle-même à l'origine de la relation de soins.

Le développement de traitements pharmacologiques plus efficaces pour traiter les troubles psychotiques tout en minimisant les effets secondaires est certes important. Mais face à une maladie qui affecte un individu dans sa façon d'entrer en relation, face à des symptômes qui résistent aux traitements, peut-être faut-il encore miser davantage sur la relation de soins ? Par le fait même, chercher à mieux comprendre ce qu'est la souffrance ? Il est à souhaiter que de nouvelles recherches et publications dont la publication attendue de la cinquième version du DSM, à titre d'exemple, permettront d'accorder une plus grande considération à la souffrance et aux répercussions sociales que peuvent avoir des maladies psychiatriques graves.

Inspiré par des défis cliniques communs aux soins palliatifs et psychiatriques, ces nouvelles façons de considérer la relation de soins auront permis de poser un critère de démarcation entre la douleur et la souffrance. Il a ainsi été suggéré que la souffrance ne s'exprime pas sur une base individuelle, comme c'est le cas de la douleur, mais bien au sein d'une relation. Cette distinction s'avère fondamentale, car sur elle repose les distinctions subséquentes entre les concepts de traitement et de soins puis, par extension, entre les concepts de consentement au traitement et consentement aux soins. Alors que le consentement au traitement comporte une dimension légale faisant état d'un droit fondamental à l'autonomie (Fassassi et al., 2009), en l'occurrence un droit individuel, il a été suggéré que le consentement aux soins, par son caractère moral ou éthique, se réfère à un droit collectif. L'expression de ce droit collectif sera conséquemment attendue des deux parties, soignante et soignée. C'est ainsi qu'un droit tout aussi fondamental d'affiliation, c'est-à-dire d'entrer en relation, puis éventuellement en relation de soins a été mis à l'avant-plan. Si le phénomène particulier d'une souffrance sans douleur (Doucet et Boivert, 2005) constitue un point de convergence particulièrement intéressant entre les soins palliatifs et les soins psychiatriques, ces derniers peuvent continuer de s'inspirer d'autres domaines de soins en réponse à la nécessité de valoriser la souffrance comme un état digne des soins.

L'objectif de départ demeure, celui d'aspirer à une reformulation du consentement aux soins, inspiré par une pratique de soins qui réponde à une souffrance perçue, qui lie soignant et soigné et qui redéfinit en quelque sorte le rôle du soignant. Un rôle de soignant renouvelé en tant que gardien non plus de l'intérêt du soigné mais de la relation de soin

tout en court-circuitant dans un même élan un rapport d'autorité rendu obsolète. Cet article bénéficierait sans doute d'un apport substantiel de recherche pour appuyer ou réfuter certaines des idées et hypothèses présentées. Qu'à cela ne tienne, les mécanismes de la douleur et ses liens intimes avec la souffrance, continuent d'être explorés (Ochsner et al., 2008). Même si la douleur et la souffrance devaient être réduites à un seul phénomène, le problème resterait le même : celui de distinguer ce sur quoi un traitement exerce son action, efficacement ou non, du reste. Ce qui résiste au traitement, qu'on l'appelle souffrance ou autre importe peu. Reste alors une relation de soins à croire possible, à établir puis à maintenir comme trois élan déterminants : reconnaître la souffrance, porter un regard d'admiration sur l'autre et offrir une continuité dans le temps.

Ces élan déterminants que l'on pourrait qualifier d'exigences morales requièrent somme toute du soignant un certain degré de conviction quant à l'importance de s'engager dans une relation de soins. Mais le souci constant d'offrir de meilleurs soins relève peut-être lui aussi d'une conviction d'un même ordre : celle de la reconnaissance et de la valorisation d'un état de souffrance qui aspire aux soins, puis à une relation de soins, relation qui se poursuit au-delà de la souffrance, qu'elle se trouve apaisée ou non. Les soins deviennent alors une invitation pour le soignant à faire le pari de réussir, de miser sur la relation de soins puis, dans un même élan : de valoriser une relation de soins devenue l'objet des soins.

CONCLUSION

La difficulté de résoudre de façon satisfaisante certains problèmes entourant la question du consentement au traitement et aux soins dans le cadre des soins psychiatriques communautaires en font un thème particulièrement intéressant sur le plan de l'éthique (Fabrega, 2006). Une meilleure compréhension de la réalité physiologique des maladies psychiatriques graves et persistantes peut contribuer à normaliser les rapports entre soignants et soignés et ainsi faciliter la rencontre de soins. Il en est de même pour ce qui est de valoriser une forme de souffrance qui est, somme toute, à l'origine de la rencontre de soins. Le soignant peut ainsi reconnaître que cette souffrance n'est pas l'ennemi à abattre. Bien au contraire, elle en est l'élément unificateur. Les parties en présence peuvent désormais s'affairer à soigner non pas la souffrance de l'un ou de l'autre mais bien soigner une relation thérapeutique qui les rassemble et en font des alliés. Dès lors, reconnaître la valeur de cette dimension relationnelle de la souffrance peut faire de cette dernière un outil thérapeutique privilégié : la relation de soins devient elle-même *outil thérapeutique*.

Mieux comprendre la réalité physiologique des maladies psychiatriques graves et chroniques, tels les troubles psychotiques, est sans doute un préalable pour aborder la question de la résistance au traitement, puis celle du consentement au traitement et aux soins. C'est aussi l'occasion de normaliser les rapports entre soignants et soignés. Plutôt que de considérer la résistance au traitement comme un obstacle aux soins, le soignant peut tirer profit d'une dimension singulière de la résistance au traitement qui consiste, paradoxalement, en un appel à l'assistance et à la rencontre. Dans cette perspective, la résistance ne s'élève plus en opposition, mais plutôt en la recherche d'un compromis acceptable au sein de la relation de soins.

Je ne crois pas que la médecine psychiatrique fasse fausse route en privilégiant le traitement de symptômes physiologiques face à des troubles qui se manifestent physiologiquement. Elle doit ainsi continuer de s'acquitter de cette tâche sans toutefois s'y restreindre. Et pour ce qui lui résiste, ce qu'une approche strictement physiologique ou pharmacologique ne saurait traiter, mettre à profit la dimension relationnelle d'une condition qui appelle à être non pas traitée mais soignée.

Considérer la résistance au traitement comme un appel à être soigné non pas comme le souhaite un soignant ou une équipe soignante, un système de santé, ni même une société, mais comme un individu le souhaite à travers les manifestations de sa propre individualité serait un point de départ intéressant. Mais alors que l'expression de l'individualité prend tout son sens dans l'expérience de la douleur, elle soulève un problème face à une forme de souffrance pour laquelle la douleur physiologique est absente. Miser sur la dimension relationnelle des soins s'offre comme une alternative plus que satisfaisante pour approcher le problème particulier de la résistance au traitement. Elle permet de plus d'aborder la question du consentement aux soins sous un nouveau jour.

Les individus fragilisés par l'impact de maladies psychiatriques graves et persistantes pourraient sans doute être perçus comme un fardeau, à la remorque d'une société en quête de performance et, dans une perspective strictement économique, comme profitant davantage du système qu'ils n'y contribuent. Mais ce serait ne pas reconnaître en ces individus affectés par la maladie, qu'ils sont porteurs de cette part d'humanité, de dignité : de ce pouvoir intime d'entrer en relation avec l'autre. S'il est un risque de mésestimer l'importance du pauvre, du faible au sein d'une société, c'est celui de ne pas reconnaître ce qu'il y a de pauvre, de faible, de fragile au sein de sa propre individualité. Pour prévenir l'aliénation, il faut passer sans hésiter du *primum non nocere* au *primum non excludere* : d'abord ne pas exclure, comme une maxime pour guider la relation de soins vers un consentement aux soins plus authentique.

Le modèle de soins psychiatriques de crise présenté au premier chapitre aura permis de mettre en contexte le caractère relationnel des soins en soulignant l'importance de développer des partenariats entre différents travailleurs de la santé et services d'urgence. Outre l'objectif d'offrir de meilleurs soins, ce modèle particulier permet de se familiariser avec le travail de l'autre, bien que différent, mais qui comporte un même souci de promouvoir le bien être de la personne en crise, au moment de la crise. L'impact social d'un tel partenariat a été abordé, sous la forme de promotion de la santé mentale, d'une sensibilisation et possiblement d'une démystification de la maladie mentale auprès du public.

Des problèmes sur le plan de l'éthique ont été soulevés en ce qui a trait au rapport soignant-soigné, à l'application de lois particulières ainsi qu'à des conduites professionnelles susceptibles d'affecter l'efficacité des interventions de crise. Ce modèle particulier d'intervention de crise démontre bien l'importance de la mise en place de ressources professionnelles et de privilégier un travail d'équipe face à des situations complexes pour lesquelles la concertation et l'échange d'information s'avèrent cruciaux.

Sur le plan de la pratique clinique, au sein d'une équipe de travail comme l'Équipe mobile de crise de l'Hôpital d'Ottawa dont il a été question, les questionnements d'ordre éthique sont possiblement inévitables. Une approche *cas par cas* pourrait être privilégiée face à des problèmes aussi nombreux et différents que le sont chacune des interventions mais les problèmes ne s'en trouveraient pas résolus pour autant.

Dans un même effort de résolution de problèmes, deux idées principales ont été mises de l'avant pour chacun des deux derniers chapitres. La première était d'ordre conceptuel, dans un effort de catégorisation de différents problèmes éthiques, tandis que la seconde relevait davantage de la pratique des soins dans une reformulation du consentement aux soins. Si elles contribuent toutes deux à témoigner de la complexité d'une relation de soins, elles conservent tout de même une visée pratique: celle de mieux préparer un soignant à une intervention de crise.

L'intervention de crise dans la communauté comporte de nombreuses contraintes, que ce soit sur le plan de la gestion des ressources professionnelles ou financières, des contraintes de temps, des décisions à prendre rapidement et au moment de la crise, du temps à passer auprès de la personne visée par les soins, à titres d'exemples. Les compétences de chacun des acteurs, que ce soit le soignant, la personne visée par les soins ou encore le soutien naturel, sont elles aussi limitées. Les décisions qui seront prises pourraient s'avérer bonnes ou mauvaises, meilleures ou pires selon le contexte, décisions qui pourront être évaluées ou réévaluées a posteriori, au-delà de la crise. Décisions, en somme, qui peuvent ne pas être idéales ou même être loin d'être idéales, toutefois nécessaires.

Être à l'écoute du soignant c'est être disposé à tirer profit de son expérience clinique, de sa capacité de donner un sens à la souffrance, en tant que soignant et par le fait même au

processus thérapeutique. Donner un sens à son travail, non seulement auprès de la personne visée par les soins, mais aussi auprès de ceux qui entourent la personne soignée, qui sont touchés de près ou de loin par une situation problématique. Donner un sens, enfin, à son travail auprès de ses pairs: rôle de soutien, rôle d'enseignement de la profession et de mise à jour des meilleurs pratiques.

Nul besoin de me convaincre davantage que ma pratique clinique continue, au fil des années, à faire de moi un meilleur soignant. Au-delà de la rencontre avec la personne visée par les soins, la rencontre avec d'autres personnes, toutes animées par un désir authentique de s'engager dans une relation de soins, est l'occasion de faire évoluer les pratiques en remettant en question ce qui résiste aux soins.

Le cadre conceptuel présenté au Chapitre 2 (le 1^{er} article), *Trois façons d'approcher l'éthique clinique*, offre des pistes de réflexions en ce qui a trait à l'importance pour le soignant d'être à l'affût, de reconnaître, puis de catégoriser les problèmes éthiques soulevés par sa pratique, selon qu'ils se rapportent aux valeurs d'une société, de ses pairs ou encore dans une relation particulière avec la personne visée par les soins. L'identification d'enjeux, de dilemmes, puis de défis éthiques peut ainsi servir d'outil facilitant la prise de décisions cliniques. Reconnaître et privilégier la dimension relationnelle des soins permet de faire face à un risque de déresponsabilisation qui guette une approche individualiste de la santé, de la maladie. Celle-là même qui avait pour objectif de protéger la personne affectée par la maladie en la plaçant au cœur des soins à prodiguer, encourageant le risque d'être laissée à elle-même, jusqu'à l'abandon.

Alors que le premier chapitre présentait un modèle particulier d'intervention de crise tout en soulevant des problèmes sur le plan de l'éthique, le deuxième chapitre a proposé une approche particulière de résolution de problèmes dans une perspective de soins. Enfin, le dernier chapitre aura permis d'aborder la question de la douleur et de la souffrance qui sont à l'origine de la relation de soins, du rapport particulier qu'entretiennent des soignants avec une souffrance perçue, reconnue chez l'autre, de sa valorisation jusqu'à en reconnaître une part de dignité. Cette valorisation de la souffrance et de la relation de soins permet de dégager une responsabilité nouvelle pour le soignant : celle de se faire le gardien de la

relation de soins afin de préserver des liens fragiles et ce, peu importe l'issue de la rencontre.

Je suis d'avis que les soins restent futiles à moins qu'ils ne soient animés par une intention fondamentale de rencontrer l'autre. Des soins qui dépassent, certes, les résultats physiologiques et psychologiques escomptés pour la personne soignée. Des soins qui unissent soignants et soignés, dans une relation authentique et unique. Cette disposition requiert nécessairement que l'un ou l'autre fasse les premiers pas et qu'il se tourne vers l'autre, disposé à recevoir ou prodiguer des soins. C'est cet élan qui rend possible la rencontre au chevet du malade.

Si établir la relation de soins se présente comme une étape incontournable, la maintenir constitue l'un des grands défis. Mais encore faut-il être capable de durer, de persister dans le temps : c'est que cette disponibilité première ne peut faire abstraction de la dimension temporelle des soins, celle-là même qui permet de côtoyer et d'accompagner la personne assez longtemps pour qu'il soit possible de reconnaître la souffrance et les perspectives thérapeutiques. Dès lors, la souffrance exprimée et perçue n'appartient plus exclusivement à l'un ou à l'autre, soignant ou soigné : elle s'inscrit au cœur même de la relation. Une relation de soins qui déjoue et transcende un rapport apparent d'autorité du soignant sur le soigné, de la santé sur la maladie, de la vie sur la mort, tout en valorisant chacun de ces rôles, de ces états. Valoriser ne veut pas dire vouloir jouer ce rôle, ce n'est pas non plus envier le rôle de l'autre, un rôle autre que le sien : c'est de reconnaître la juste valeur de l'autre, pour ce qu'il est au sein de la relation de soins, tant pour ce qu'il peut apporter à la relation que pour ce qu'il peut en retirer. La relation de soins devient une opportunité pour la personne soignante de s'imprégner de cette expérience unique de rencontre. Cette relation lui permettra peut-être même, ultimement, d'aller jusqu'à remercier l'autre, guérie ou non, soulagée de sa souffrance ou non : de témoigner d'une gratitude sincère envers celui ou celle qui contribue à faire d'elle un meilleur soignant (Nouwen, 1975).

Soigner prend ainsi une nouvelle forme, c'est d'aller au-devant du malade avec une intention thérapeutique, une volonté de guérir, de restaurer ce qui se présente comme altéré, d'améliorer ce qui est en place en misant sur ce qui est sain. Conscient de sa capacité d'être soi-même malade, c'est se savoir si ce n'est malade tout au moins fragile au

point de se reconnaître en l'autre, au point de laisser les frontières corporelles s'estomper. Soigner, c'est donc d'aller au-devant du malade, en étant soi-même malade ou en santé, peu importe, en portant en soi une capacité d'intervenir, de participer à un processus de changement. Aller au-devant du malade, c'est se reconnaître soi-même véritablement affecté par la maladie ; pas affecté physiologiquement ou psychologiquement comme la personne malade l'est, bien entendu, mais affecté par sa propre capacité de reconnaître en l'autre un état de santé escompté, souhaitable. Dès lors, cette capacité de reconnaître cet état de santé en l'autre repose sur sa propre capacité, comme soignant, de reconnaître un état de santé faisant partie de soi-même.

Soigner permet ainsi de s'engager plus librement dans une relation de soins, se sachant impliqué, en acceptant une part de responsabilité qui nous revient, sachant son propre bien-être intimement lié à celui de la personne malade et souffrante, se sachant plus intimement lié encore à ce qui souffre en soi-même, à ce qui rejoint sa propre compréhension, sa propre conception de la souffrance.

Soigner pour enfin consentir librement aux soins, que ce soit comme soigné ou soignant, qu'importe. Les soins prennent tout leur sens lorsqu'ils sont alimentés par un désir authentique d'accorder toute son importance à cette relation rendue possible : celle-là même qui permet, à l'origine, d'aller vers l'autre, de lui ouvrir ses bras, de rester à son chevet pour un temps, autant que nécessaire, autant que possible. Soigner se présente alors comme une occasion privilégiée de s'ouvrir sur cette part d'humanité en soi, qui sollicite et rend possible, je l'espère, cette capacité fortuite d'être à l'écoute du soignant en soi.

Bibliographie

- AIIC. (2008). Association des infirmières et infirmiers du Canada. Code de déontologie des infirmières et infirmiers. Du site : www.cna-nurses.ca/cna/documents/pdf/.../Code_of_Ethics_2008_f.pdf
- APA. (2011 a). American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual (DSM-IV. Du site : <http://www.psych.org/mainmenu/research/dsmiv.aspx>
- APA. (2011 b). American Psychiatric Association. *Les propositions de révision publiées sur le site de l'American Psychiatric Association. Groupe d'étude DSM-V. Groupe d'étude « Psychosis Risk Syndrome », édition web.* Du site : www.dsm5.org
- APA. (2011 c). American Psychiatric Association. Groupe d'étude « Psychosis Risk Syndrome ». Du site : <http://www.dsm5.org/ProposedRevisions/Pages/proposedrevision.aspx?rid=412>
- Badger, J. M. Respecting Patient Autonomy Versus Protecting the Patient's Health. JONA'S HealthCare Law, Ethics and Regulation. 2009. 11-4 : 120-124.
- Bowie, C.R. Prediction of Real-World Functional Disability in Chronic Mental Disorders : A Comparison of Schizophrenia and Bipolar Disorder. American Journal of Psychiatry. September 2010 ;167 :1116-1124.
- Cahill, J., Barkham, M., Hardy, G., Gilbody, S., Richards, D., Bower, P., Audin, K., & Connell, J. A review and critical appraisal of measures of therapist-patient interactions in mental health settings. Health Technol Assess. 2008;12(24):1-68.
- CAMH. (2009). Rapport du Clarke Psychiatric Institute. Du site : http://www.camh.net/fr/About_CAMH/index.html
- Canada. (2001). Ministère de la justice. *Charte canadienne des droits et libertés, alinéa 11d*. Du site : <http://lois.justice.gc.ca/fr/charte/1.html#anchorbo-ga:l-1-gb:s-1>
- Carney, T. Mental Health Legislation in the Commonwealth. Current Opinion in Psychiatry. 20:482-485.
- Cheung, E. H. A New Ethics of Psychiatry : Neuroethics, Neuroscience, and Technology. Journal of Psychiatric Practice. September 2009. Vol. 15 No. 5.
- Craig, D. S., Oxymorphone Extended-Release Tablets (Opana ER) for the Management of Chronic Pain. Pharmacy and Therapeutics. June 2010. Volume 35 No. 6.
- DeLisi, L. E., Fleischhacker, W. W., Technology-Driven Science : Will it Advance Treatment of Schizophrenia Going into the Second Decade of the 12st Century ? Current Opinion in Psychiatry. 2011, 24 :89-90.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition, Text Revision. Washington : American Psychiatric Association, 2000. p.344.

- Doucet, H., « Le bien mourir et les traditions religieuses ». *Gérontologie et société*, mars 2004 (108), p.35-54.
- Doucet, H., & Boisvert, M. « Le suicide assisté, un geste humain nécessaire? », *Relations*, juin 2005.
- Doucet, H. *Au pays de la bioéthique. L'éthique biomédicale aux Etats-Unis*. Genève, Labot et Fides, 1996, 217 p.
- Durand, G. Introduction générale à la bioéthique. Fides, 2007, 565 p.
- Eaton, W.W., Byrne M., Ewald H., Mors O, Chen CY, Agerbo E, Mortensen PB. Association of schizophrenia and autoimmune diseases: linkage of Danish national registers. *American Journal of Psychiatry*. 2006 March; 163(3):521-8.
- eMentalHealth.ca. (2010). Champlain District Regional First Episode Program. Du site : <http://www.ottawahospital.on.ca/patient/visit/clinics/psychosisOnTrack-f.pdf>
- Emsley, R. The True Cost of Non-Adherence in Schizophrenia. *Mind & Brain, The Journal of Psychiatry*. August 2010; 1(2):17-22.
- Fabrega, H. Why Psychiatric Conditions are special : an Evolutionary and Cross-Cultural Perspective. *Perspectives in Biology and Medicine*, volume 49-4. 2006 : 586-601
- Fassassi, S. et al. Assessment of the Capacity to Consent to Treatment in Patients Admitted to Acute Medical Wards. *BMC Medical Ethics*. 2009 September. 10:15.
- Figueira, M. L., Brissos, S. Measuring Psychosocial Outcomes in Schizophrenis Patients. *Current Opinion in Psychiatry*. 2011, 24 :91-99.
- Fleischhacker, W. W. & DeLisi, L.E. Schizophrenia Treatment : Entering a New Decade. *Current Opinions in Psychiatry*. 2010, 23 :83-84.
- Giordano, J. The Neuroscience of Pain, and a Neuroethics of Pain Care. *Neuroethics* (2010) 3 :89-94.
- Grace, P. J. & Hardt, E. J. When a Patient Refuses Assistance. *American Journal of Nursing*. 2008. 108-8 : 36-38.
- Hirsch, E. Le devoir de non-abandon. Éditions du Cerf. Paris. 2004. 324p.
- Jacobs K, Schizophrenia and the Immune System. *Harvard Science Review*. 2006
- Jones A.L., Mowry B. J. , Pender M. P., Greer J. M. (2005). Immune Dysregulation and Self-Reactivity in Schizophrenia : Do Some Cases of Schizophrenia Have an Autoimmune Basis??. *Immunol. Cell Biol*. 83 (1): 9–17.

- Juckel G, Morosini P.L. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. November 2008. 21 (6) :630-9.
- Kay, S.R., Fiszbein, A. and Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 13, 261-276.
- Kitamura, T. & Takahashi, N. Ethical and Conceptual Aspects of Capacity Assessments in Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*. 2007, 20 :578-581.
- Knight J. G., Menkes D. B., Highton J., Adams D. D. Rationale for a trial of immunosuppressive therapy in acute schizophrenia. *Molecular Psychiatry*. 2007 May;12(5):424-31. Epub 2007 Jan 23.
- Kosma, M., Dirani, R.G. Predicting Hospital Admission and Discharge with Symptom or Function Scores in Patients with Schizophrenia : Pooled Analysis of a Clinical Trial Extension. *Annals of General Psychiatry*, 2010, 9:24.
- Lambert, M., Conus, P., Cotton, S., Robinson, J. McGorry, P.D., Schimmelmann, B.G. Prevalence, Predictors, and Consequences of Long-Term Refusal of Antipsychotic Treatment in First-Episode Psychosis. *J. Clinical Psychopharmacology*. 2010 ; 30 : 565-572.
- Lamoureux, H. *Éthique, travail social et action communautaire*. Presses de l'Université du Québec. 2003. p227
- Levy, N. & Clarke, S. Neuroethics and Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008, 21:568-571.
- Mattai, A.K., Hill, J.L. & Lenroot, R.K. Treatment of Early-Onset Schizophrenia. *Current Opinion in Psychiatry*. 2010, 23 : 304-310.
- Morken, G. & al. Non-adherence to antipsychotic medication, relapse and rehospitalisation in recent-onset schizophrenia. *BMC Psychiatry* 2008, 8:32
- Morton, J. Crisis Resolution : A Service Response to Mental Distress. *Practice*, September 2009. 21:3, 143 – 158.
- MSSLD. (1999 a). *Franchir les étapes : Plan de mise en œuvre continue de la réforme du système de santé mentale*. Publication du Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Du site : http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/mentalhealthf/mental_reformf/makingithappen_mnf.html
- MSSLD. (1999 b). *Franchir les étapes : Cadre de prestation des services de santé mentale et des services de soutien connexes*. Publication du Ministère de la santé et des soins de longue durée de l'Ontario. Du site : http://www.health.gov.on.ca/french/publicf/programf/mentalhealthf/mental_reformf/makingithappen_mnf.html

- NIMH. (2011). National Institute of Mental Health (NIMH). Du site : <http://www.nimh.nih.gov/health/publications/schizophrenia/what-is-schizophrenia.shtml>
- Nouwen, H.J.M. Reaching Out. Doubleday. 1975.
- Ochsner, K.N. & al. Your Pain or Mine? Common and Distinct Neural Systems Supporting the Perception of Pain in Self and Other. *Social Cognitive and Affective Neuroscience*. (2008) 3(2) : 144-160.
- Ontario (2011 a). Loi sur la santé mentale de l'Ontario. Publications du Gouvernement de l'Ontario. Du site : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_90m07_f.htm
- Ontario (2011 b). Loi 68 affectant la Loi sur la santé mentale et la Loi sur le consentement aux soins de santé. Publications du Gouvernement de l'Ontario. Du site : http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_96h02_f.htm
- Ontario (2011 c). Loi de 2004 sur la protection des renseignements personnels sur la santé de l'Ontario, partie IV, Divulgence relative aux risques. Du site : (http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_04p03_f.htm#s40s1)
- OPTSQ. (2005). Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec. *Code de déontologie des membres de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec*. Du site : http://www2.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/dynamicSearch/telecharge.php?type=2&file=//C_26/C26R180.htm
- OTSTTSO. (2010). Ordre des travailleurs sociaux et des techniciens en travail social de l'Ontario : Code de déontologie et normes d'exercice. Du site : http://www.ocswssw.org/fr/code_of_ethics.htm
- Pelizza L., Bonacini F., Ferrarri A. Psychiatric Disorder as Clinical Presentation of Primary Sjogren's Syndrome : Two Case Reports. *Annals of General Psychiatry*. 2010, 9 :12.
- PMHL. (2011). National Committee for Police and Mental Health Liaison. Du site : <http://www.pmhl.ca/Index.html>
- Popper, K. R. *The Open Society and Its Enemies* (5th Edition). Princeton: Princeton University Press. 1966.
- Potvin S, Stip E, Sepehry AA, Gendron A, Bah R, Kouassi E. Inflammatory Cytokine Alterations in Schizophrenia : a Systematic Quatitative Review. *Biological Psychiatry*. 2008 April; 63(8):801-8. Epub 2007 Nov 19.
- Raedler, T.j., et al. Early Onset of Treatment Effects with Oral Risperidone. *BMC Psychiatry*. 2007, 7:4.

- Ramperti, N. et al. First Rank Symptoms in First Episode Psychosis and Their Relationship to the Duration of Untreated Illness. *Journal of Nervous and Mental Disease*. 2010 ; 198(11) :820-823.
- Roberts, D. Violation of a Moral Rule. *Orthopedic Nursing*. 2010. 29-5 : 338-341.
- Ruelland, Jacques G. *Bioéthique et humanisme philosophique*. Sherbrooke, GGC, 2001, 156 p.
- Sheehan, K.A. Compulsory Treatment in Psychiatry. *Current Opinion in Psychiatry*. 2009, 22:582-586.
- Strous RD, Shoenfeld Y. “Schizophrenia, Autoimmunity and Immune System Dysregulation: a Comprehensive Model Updated and Revisited”. *Journal of Autoimmune Diseases*. September 2006. (2): 71–80. Epub 2006 Sep 25.
- Thirhalli, J & al. Do antipsychotics limit disability in schizophrenia? A Naturalistic Comparative Study in the Community. *Indian Journal of Psychiatry*. 2010 Jan-Mar; 52(1) : 37-41.
- Tsao, C. I-P., Layde, J. B., & Roberts, L. W. A Review of Ethics in Psychiatric Research. *Current Opinion in Psychiatry*. 2008, 21 :572-577.
- Velligan DI, Weiden PJ, Sajatovic M. et al. Strategies for Addressing Adherence Problems in Patients with Serious and Persistent Mental Illness : Recommendations from the Expert Consensus Guidelines. *Journal of Psychiatric Practice*. September 2010. Vol.16, No.5.
- Verhoeven, Willem MA & al. Recurrent Schizophrenia-like Psychosis as First Manifestation of Epilepsy : A Diagnosis Challenge in Neuropsychiatry. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 2010;6 (227-231)
- Ville d’Ottawa (2011). Données démographiques de la Ville d’Ottawa. Du site :
http://www.ottawa.ca/city_services/statistics/index_fr.shtml;
http://www.ottawa.ca/city_services/statistics/counts/counts_jan_03/index_fr.shtml,
- Voyer, G., Qu’est-ce que l’éthique clinique? : essai philosophique sur l’éthique clinique conçue comme réactualisation de l’éthique aristotélicienne, Namur, Artel ; Saint-Laurent, Fides, 1996. 179p.
- Wasserfallen, JB., Stiefel F., Clarke S., Crespo A. Appréciation de la capacité de discernement des patients : procédure d’aide à l’usage des médecins. *Bulletin des médecins suisses*. 2004. 85 :32/33.
- World Health Organization. (1992). *The ICD–10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines*. 1992.
- Zaghi, S. et al. Brain Stimulation for the treatment of pain : A Review of Costs, Clinical

Effects, and Mechanisms of Treatment for Three Different Central Neuromodulatory.