

UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

Étude exploratoire des réflexions et dilemmes éthiques auxquels sont confrontés les psychiatres, au regard de la problématique du consentement éclairé aux soins des patients souffrant de troubles mentaux graves

par **Christine GROU**, Ph.D.

Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine

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

Décembre 2012

© Christine Grou, 2012

RÉSUMÉ

La problématique du consentement éclairé en santé mentale demeure au cœur des préoccupations des cliniciens, médecins spécialistes et médecins experts. Le travail auprès des cérébrolésés ou des patients souffrant de troubles mentaux graves, tout comme les questions qui me sont adressées depuis près de 20 ans par les médecins spécialistes, juristes ou résidents en psychiatrie, m'ont amenée à y réfléchir davantage. J'ajouterais que le constat personnel d'une compréhension des comportements, attitudes, motivations et jugements des patients vulnérables qui s'est modifiée au fil des ans, et le constat de l'importance de la notion du consentement vs le flou de sa définition et la fragilité des paramètres établis pour l'évaluer et la définir ont ravivé cette réflexion.

La présente étude n'a aucunement pour but d'élaborer quelque règle de conduite que ce soit, ni de définir ce que devrait être le consentement éclairé en psychiatrie, mais plutôt d'explorer les dilemmes éthiques et les questionnements cliniques auxquels sont confrontés les médecins psychiatres afin de raviver une réflexion éthique qui semble s'estomper au profit de procédures juridiques et administratives.

Mots-clés : Consentement éclairé, autonomie, aptitude, paternalisme, psychiatrie, santé mentale, troubles cognitifs, troubles mentaux graves.

SUMMARY

In the mental health field, the topic of informed consent has always been among the most important problems to address for clinicians and psychiatrists. My clinical work with head injured patients and patients with severe mental health disorder, as well as all the questions addressed by physicians, residents or lawyers for the last decade lead me to think about it more deeply. Moreover, the personal observation of cognitively impaired patients and the fact that the concept of informed consent is so present compared to the lack of parameters to assess it has lead me to think about it otherwise.

This study does not pretend to lead the actions or clinical behaviour, nor as it pretend to find a better definition of the concept of informed consent. It is only a way to explore some aspects of the complexity and clinical difficulties over the legal and administrative frame in which the medical field is evolving.

Key-words : Informed consent, autonomy, capacity, paternalism, psychiatry. Mental health, cognitive impairment, severe mental health problem.

TABLE DES MATIÈRES

RÉSUMÉ	ii
SUMMARY	iii
REMERCIEMENTS	v
INTRODUCTION	2
CONTEXTE THÉORIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS	
La notion de consentement	6
La notion d'autonomie : complexité de la définition	13
Du paternalisme à l'autonomie : contexte de la psychiatrie	15
Le consentement éclairé en psychiatrie : Nécessité d'une éthique casuiste au-delà du principlisme	16
MÉTHODOLOGIE	
Recrutement des participants	22
Déroulement et instrumentation	22
Considérations éthiques	23
Analyse des données	24
RÉSULTATS ET DISCUSSION	
Signification du consentement et lien avec le principe d'autonomie	25
Particularités de la psychiatrie et besoin de relancer la réflexion	27
Dilemmes rencontrés, processus de résolution et recours possibles	29
Position à privilégier en matière de consentement	31
CONCLUSION	32
RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES	35
ANNEXE I : Approbation du CER	vi
ANNEXE II : Formulaire de consentement	vii
ANNEXE III : Questionnaire d'entrevue semi-dirigée	x
ANNEXE IV : Résumé des données brutes	xi

REMERCIEMENTS

J'aimerais remercier Madame Béatrice Godard, pour avoir dirigé ce mémoire, pour son éthique professionnelle de même que pour ses conseils avisés. Je remercie également les membres du jury pour leur disponibilité et leurs commentaires.

Un merci particulier à mes enfants et aux membres de ma famille, pour avoir été une source d'inspiration indéfectible.

« L'ermite tourne le dos à ce monde, il ne veut plus rien avoir à faire avec lui. Mais on peut aller plus loin, on peut vouloir le refaire, à sa place en édifier un autre, dans lequel les traits plus insupportables se trouvent extirpés et remplacés par d'autres dans le sens des souhaits propres. Celui qui, dans une indignation désespérée, s'engage sur cette voie vers le bonheur n'obtiendra en règle générale rien; la réalité effective est trop forte pour lui ».

Sigmund Freud,
Malaise dans la civilisation, 1930

INTRODUCTION

La notion de consentement libre et éclairé aux soins des patients aptes et souffrant de troubles mentaux graves ne peut s'exclure de la réflexion éthique. Souvent inscrite dans le cadre d'une confrontation entre les principes d'autonomie et de bienfaisance, il est bien difficile d'en faire une règle de pratique confortable et universelle et à fortiori dans le contexte de la psychiatrie. D'une part, tout patient souffrant de troubles mentaux connaît un affaïssement de son fonctionnement cognitif, allant des dysfonctions cognitives plus circonscrites au déclin sévère et généralisé de l'ensemble de l'intellect et de la cognition. Qui plus est, le cours et l'évolution des pathologies risquent d'induire des variations importantes sur la capacité de consentir. D'autre part, une évaluation trop rigoureuse de telles dysfonctions, greffée à l'anticipation de tous les scénarios possibles et au désir de protéger le patient, risque de mettre en péril son autonomie et, inversement, le respect inconditionnel de son autonomie risque de provoquer « une déresponsabilisation » du clinicien vers le patient, ce dernier étant à risque de voir surestimer sa capacité à assumer une telle autonomie. Au fil des trois dernières décennies, le contexte de la pratique en santé mentale est passé d'un paternalisme assumé du corps médical et d'un dépouillement du patient de ses droits fondamentaux, au respect inconditionnel de l'autonomie du patient et à la présomption de sa capacité à faire des choix éclairés et à les assumer, le tout en vertu de principes juridiques, éthiques et clinico-administratifs. Or, une telle pratique oppose dans de nombreuses situations cliniques l'éthique professionnelle, l'éthique clinique et la déontologie. La présente étude vise à documenter, décrire et analyser les questions, dilemmes et réflexions auxquels les psychiatres sont confrontés dans leur pratique clinique au regard de la problématique du consentement aux soins.

A titre d'exemple, j'évoquerai le cas d'une jeune patiente dans la vingtaine et porteuse d'un diagnostic de traumatisme crânio-encéphalique modéré auquel s'était surajouté celui d'un trouble d'anxiété généralisé. L'évaluation neuropsychologique ayant démontré un fonctionnement intellectuel limite avec atteintes des capacités de mémoire et d'apprentissages et atteintes frontales à la source trouble du jugement et de dysrégulation émotionnelles et comportementales importantes. Ses fréquentations douteuses, de même que sa consommation d'alcool, greffées à son profil faisaient en sorte qu'elle se mettait dans des situations potentiellement risquées. Elle en était par ailleurs peu consciente et n'éprouvait aucune crainte. L'un de ses parents me téléphone un jour pour me demander si j'en avais des nouvelles, puisqu'elle avait entrepris une démarche psychothérapeutique auprès de moi et qu'elle en avait vraisemblablement informé ses parents. Comme il s'agissait d'une adulte, je

devais obtenir son consentement sans quoi je ne pouvais transmettre aucune information. Je comprenais toutefois l'inquiétude parentale, d'autant que je considérais la famille comme un facteur de protection, et que je la considérais elle-même comme une préadolescente impulsive et inconséquente en dépit de son âge chronologique. Toutefois, comme il n'y avait pour elle aucun régime de protection sur le plan légal, mon code de déontologie professionnel m'interdisait toute transmission d'information sans son consentement. Ce dernier était impossible puisqu'elle semblait impossible à rejoindre par téléphone.

Comme second exemple, j'évoquerai une consultation récente pour un usager qui consommait des quantités d'alcool pouvant devenir quasi létales puisqu'il avait, en une occasion, été retrouvé dans un quasi coma dans son lit. Ce patient vivant en ressource d'hébergement et étant porteur d'un diagnostic de trouble psychotique bien stabilisé, il s'intégrait très bien dans la communauté, travaillait, avait des loisirs et vivait en appartement supervisé et on considérait qu'il y était à sa place et qu'il progressait dans sa réadaptation. Les éducateurs s'inquiétaient néanmoins des dangers de sa consommation et de la responsabilité de la ressource s'il advenait une chute grave, un coma non détecté par l'intervenant de garde, voire un décès. L'usager, parfaitement conscient des enjeux et des risques de sa consommation, considérait que les intervenants étaient trop alarmistes. Nous nous sommes demandés en quoi cet homme était différent de tout autre grand alcoolique, mis à part le fait qu'il vivait en ressource d'hébergement supervisé et que dans ce contexte, l'hôpital se sentait imputable. On opposait par ailleurs le risque d'un incident grave à tous les bénéfices qu'avait l'usager à demeurer dans la ressource, d'autant que c'est ce qu'il souhaitait.

Les patients souffrant de troubles mentaux graves sont à risque, d'une part, de perte de contact (du moins de façon temporaire) avec la réalité, comme par exemple dans le cas des troubles psychotiques ou de la schizophrénie, ou encore de connaître des altérations, dont le degré de sévérité peut varier et qui peuvent être soit temporaires soit permanentes, de la cognition et du jugement. Pour ces raisons, les spécialistes de la santé mentale se voient confrontés à des dilemmes souvent quotidiens, et pour lesquels ils portent une responsabilité clinique et légale en plus de celle éthique.

Le présent travail présente une recension des écrits qui examine les notions de consentement et d'autonomie, l'évolution des valeurs éthiques dans le domaine de la santé par rapport à la bienfaisance et au respect de l'autonomie du patient, de même que les spécificités que la psychiatrie impose au niveau de la réflexion éthique. Dans un deuxième temps, l'analyse des entrevues menées auprès de

psychiatres cliniciens permettra d'établir certains constats au regard des dilemmes les plus couramment rencontrés et des moyens utilisés pour arriver à une résolution.

La problématique du consentement éclairé en santé mentale demeure au cœur des préoccupations des cliniciens, médecins spécialistes et médecins experts. Le travail auprès des cérébrolésés ou des patients souffrant de troubles mentaux graves, tout comme les questions qui me sont adressées depuis près de 20 ans par les médecins spécialistes, juristes ou résidents en psychiatrie, m'ont amenée à y réfléchir davantage. J'ajouterais que le constat personnel d'une compréhension des comportements, attitudes, motivations et jugements des patients vulnérables qui s'est modifiée au fil des ans, et le constat de l'importance de la notion du consentement vs le flou de sa définition et la fragilité des paramètres établis pour l'évaluer et la définir ont ravivé cette réflexion.

Que l'opinion sollicitée soit clinique, soit de savoir si un patient est apte ou inapte, ou bien théorique, soit de savoir quels sont les facteurs pouvant nous permettre de statuer sur la validité du consentement sur le plan cognitif, affectif, intellectuel ou comportemental, la question appelle toujours une réponse riche en nuances et en incertitudes. D'un côté, nous sommes en mesure d'évaluer avec rigueur les capacités intellectuelles, les fonctions mentales supérieures et les fonctions régulatrices du comportement qui sous-tendent « l'aptitude à consentir » avec le souci moral de nous demander ce que nous souhaiterions pour un membre de notre famille en pareil cas, et avec la certitude d'être adéquats sur le plan de la procédure, de la rigueur scientifique et, par conséquent, sur le plan déontologique. D'un autre côté, nous portons souvent l'interrogation, le doute salutaire et l'inconfort du constat qu'en vertu d'une telle procédure d'évaluation, soumise au jugement de l'œil de l'expert, beaucoup de citoyens aptes risqueraient de se voir déclarer inaptes en vertu d'une procédure aussi rigoureuse, et qu'il est possible que le patient ait simplement la mauvaise fortune de devoir être sanctionné par les professionnels que nous sommes en raison de son statut de patient. Ainsi, ce dernier pourrait être victime d'une attitude trop paternaliste et surprotectrice pouvant apporter préjudice à son autonomie et à sa responsabilisation, tout comme la surestimation de son autonomie pourrait contrevenir au principe de bienfaisance.

L'étude de la problématique du consentement sous l'angle de l'éthique clinique permettra de l'aborder dans toute sa complexité et possiblement de relancer une réflexion insoluble, probablement vouée à demeurer tributaire d'un contexte légal et psychosocial donné.

La présente étude n'a aucunement pour but d'élaborer quelle que règle de conduite que ce soit, ni de définir ce que devrait être le consentement éclairé en psychiatrie, mais plutôt d'explorer les dilemmes éthiques et les questionnements cliniques auxquels sont confrontés les médecins psychiatres afin de raviver une réflexion éthique qui semble s'estomper au profit de procédures juridiques et administratives.

CONTEXTE THÉORIQUE ET RECENSION DES ÉCRITS

La notion de consentement

La notion de consentement libre et éclairé a connu un essor impressionnant au cours des années 80, suite à la montée des droits à l'autodétermination et à la liberté de choix. Aussi, le code de déontologie du Collège des médecins contient l'impératif pour le médecin d'obtenir une autorisation aux soins fondée sur la divulgation des informations nécessaires (Article 03.29).

Il est prévu dans un article du code civil du Québec que :

« nul ne peut être soumis sans son consentement à des soins, quelle qu'en soit la nature, qu'il s'agisse d'exams, de prélèvements, de traitements ou de toute autre intervention » (Article 11). Il est également mentionné que « celui qui consent à des soins pour autrui ou qui les refuse est tenu d'agir dans le seul intérêt de cette personne en tenant compte, dans la mesure du possible, des volontés que cette dernière a pu manifester. S'il exprime un consentement, il doit s'assurer que les soins seront bénéfiques, malgré la gravité et la permanence de certains de leurs effets, qu'ils sont opportuns dans les circonstances, et que les risques présents ne sont pas hors de proportion avec le bienfait qu'on en espère » (Article 12).

Qui plus est, on mentionne que :

« en cas d'urgence, le consentement aux soins médicaux n'est pas nécessaire lorsque la vie de la personne est en danger ou son intégrité menacée et que son consentement ne peut être obtenu en temps utile. Il est toutefois nécessaire lorsque les soins sont à éviter ou devenus inutiles ou que leurs conséquences pourraient être intolérables pour la personne ». (Article 13). (Charte des droits et libertés de la personne, code civil du Québec).

Ainsi, on comprend que les valeurs qui sous-tendent le consentement aux soins concernent l'inviolabilité, l'intégrité et l'autodétermination de la personne et que ces changements qui se sont inscrits en droit civil l'ont été dans un contexte de réforme globale du droit des personnes au Québec introduite dans le code civil d'avril 1989.

Ainsi, on entend par consentement libre l'absence de toute pression ou d'influence indue, de menaces, d'intimidations ou de contraintes, et par consentement éclairé, la divulgation d'informations suffisantes sur la nature des soins, leurs buts, leurs avantages et inconvénients, les conséquences des soins et de l'absence de soins, de même que les alternatives possibles.

On mentionne la nécessité, si la situation l'exige, de procéder à l'évaluation de l'aptitude de la personne à donner un tel consentement, de même que les critères balisant cette évaluation, soit ceux du test de la Nouvelle-Écosse comprenant cinq volets qui a fait jurisprudence.

Dans le test de la Nouvelle-Écosse, les cinq points suivants sont à évaluer :

- La personne comprend la nature de sa maladie.
- La personne comprend la nature et les buts du traitement.
- La personne comprend les bienfaits et les risques associés au traitement.
- La personne comprend les conséquences du refus de soins.
- La maladie ou les troubles qu'elle présente affectent sa capacité à prendre une décision éclairée (ne pas confondre avec une décision raisonnable) au regard des soins jugés requis par son état.

Ainsi, en droit, on souligne la nécessité de procéder à cette évaluation en toute circonstances et même si la personne visée par les soins est pourvue d'un représentant légal (tuteur, curateur, ou mandataire) et la nécessité de procéder à cette évaluation chaque fois que les soins sont requis, le constat d'inaptitude n'étant jamais figé ou établi de façon définitive et pouvant évoluer au fil du temps, selon les circonstances. Le consentement donné, même s'il a été donné par écrit, est rétractable en tout temps et ce, même verbalement.

De façon univoque, le consentement est considéré comme la base éthique du traitement médical et de la recherche biomédicale (Kress, 1998). Pourtant, il pose de nombreux dilemmes et la première difficulté provient, à notre avis, du paradoxe entre l'importance de cette notion et le flou de sa définition, ajouté à la fragilité des paramètres établis pour en évaluer la valeur. Dans la normativité éthique, le consentement pour le patient consiste à conserver le droit ultime de toute décision le concernant, et l'obligation du corps médical de le traiter comme une personne libre et raisonnable et, par conséquent, autonome (Marzano, 2006). Aussi, le consentement n'est pas une fin en soi mais bien le moyen que l'on se donne pour assumer le respect du principe fondamental qu'est celui de l'autonomie. Conséquemment, invoquer le consentement pour justifier une conduite sans se questionner sur son lien avec le principe d'autonomie équivaut à ne pas en comprendre le sens et surtout à oublier que le consentement lui-même n'est pas un principe justificateur. Il ne demeure qu'une condition à la réalisation d'actes cliniques ou encore un moyen juridique protégeant un individu

des actions d'autrui, en principe le patient des décisions du corps médical, mais dans le contexte juridique, également le corps médical ou le cadre institutionnel des poursuites du patient (Marzano, 2006).

Dans le monde médical et technoscientifique, le sens du consentement est d'autant litigieux que le terme provient de la traduction littérale de l'anglais « *informed consent* », le sens du « consentement informé » paraissant à priori fort différent de celui du « consentement éclairé » qui réfère pourtant aux mêmes critères légaux, ces termes étant utilisés de façon interchangeable.

Le consentement « informé », synonyme du consentement « éclairé », sous-entend essentiellement qu'on ait fourni au patient toute l'information nécessaire concernant la situation, les risques, les bénéfices du traitement et l'ensemble des données pouvant influencer sa prise de décision, par exemple, les alternatives au traitement proposé et leurs conséquences anticipées (Morenz et Sales, 1997). Il ne fait nullement référence à la capacité du patient de comprendre et de traiter l'information. À cet égard, Fitten (1999) souligne que la compétence individuelle, telle que présumée par la réalité juridique et qui sous-tend la notion d'autonomie, diffère de la notion de capacité, telle qu'étudiée par les experts de la cognition et des mécanismes d'autorégulation, et qui implique l'intégrité des processus frontaux. Il ne contraint pas à s'assurer du niveau de compréhension de l'information qu'a le patient de la situation, de l'intégrité de son jugement, de ses capacités anticipatoires, de la flexibilité lui permettant d'envisager les alternatives ou de sa capacité à analyser l'ensemble des données du problème de façon raisonnable et autonome, y compris celle médicale (Fitten, 1999). Il fait même abstraction de la volonté possible du patient de choisir de ne pas savoir (Marzano, 2006).

La majorité des psychiatres conçoivent le consentement comme la compétence du patient à faire le choix volontaire d'un traitement après avoir reçu l'information pertinente (Morenz et Sales, 1997). Le consentement repose ainsi sur un ensemble de facteurs tels la transparence du médecin, sa capacité de bien se faire comprendre de son patient, sa compassion et son respect de la dignité du patient et sa connaissance des quatre éléments essentiels requis par le consentement, soit :

- la nature du traitement;
- les bénéfices escomptés;
- les risques potentiels (du traitement et de l'absence de traitement);
- et les alternatives possibles au traitement (avec leurs risques et bénéfices) (Morenz et

Sales, 1997; Marzano, 2006; Kress, 1998).

Ainsi dans la littérature, la notion de consentement semble reposer essentiellement sur deux facteurs : l'attitude du médecin (et sa capacité d'établir une alliance thérapeutique) et les éléments d'information à diffuser au patient. Or ces éléments déterminants, quand on prend pour acquis l'aptitude et la capacité du patient, suffisent-ils réellement à satisfaire l'éthos médical ? Pour Kress (1998), « Si les caractéristiques exigibles de l'information qui doit être simple, loyale, complète et adaptée aux possibilités du patient font consensus, les positions concernant l'appréciation de sa capacité à la comprendre et d'en faire usage en vue d'une décision sont moins univoques ». La complexité de l'estimation de la capacité à consentir est ainsi soulevée par plusieurs auteurs (Gwen, 1996; Kress, 1998; Jezequel, 2003; Marzano, 2006; Slovenko, 2008; Levy et Clarke, 2008).

Au Québec, en droit, la capacité se présume (Code civil, Article 4) et il en est de même pour le consentement aux soins (Boivin, 1994). Bien que « si la situation l'exige », on doit procéder à l'évaluation de l'aptitude à consentir, aucune obligation relative au consentement ne porte sur l'évaluation objective de la capacité du patient ou du sujet à faire un choix en fonction des éléments fournis par le médecin. Aussi, dans une méta analyse fort instructive, Palmer et Salva (2007) démontrent que les relations claires entre l'aptitude à consentir et les mesures cognitives spécifiques demeurent à être investiguées. Les auteurs rappellent également que la capacité décisionnelle n'est pas indépendante du contexte. Ils mentionnent toutefois les critères de Applebaum et Grisso (1998), qui ont développé un outil d'évaluation de l'aptitude à consentir et qui comporte quatre volets, soit :

- la compréhension (capacité à comprendre l'information transmise);
- l'appréciation (de la situation ou de la condition);
- le raisonnement (habileté à considérer et à comparer les avenues possibles);
- la capacité d'exprimer clairement son choix.

Gwenn (1996) mentionne également quatre compétences requises dans la capacité à consentir, soit les capacités de faire un choix, de comprendre l'information, de faire l'analyse de sa propre situation et de produire un raisonnement en conséquence de l'ensemble de l'information. La diversité des processus cognitifs requis sur le plan neuropsychologique a également été très bien détaillée par Fitten (1999). On pourrait ainsi penser que le consentement devrait inclure l'évaluation de :

- la capacité de compréhension de l'information;
- la capacité de rétention de l'information;
- la capacité d'analyse de l'information qui nécessite l'intégrité du jugement, de la flexibilité cognitive et du raisonnement comparatif;
- la capacité anticipatoire.

Ainsi, on peut conclure que le processus décisionnel étant un fort complexe, les opérations cognitives particulières et identifiables qui constituent le processus demeurent à être identifiées plus clairement (Levy et Clarke, 2008). Même si la relation entre la cognition et les aptitudes décisionnelles ne fait aucun doute (Palmer et Salva, 2008; Levy et Clarke, 2008), les liens entre les éléments de l'évaluation neuropsychologique ou cognitive et leur apport clair quant à l'aptitude à consentir demeurent à être investigués (Palmer et Salva, 2007).

Dans un article à portée légale, Myriam Jezequel (2003) relance la réflexion au-delà de la législation et de la déontologie actuelle. L'auteure rappelle que selon les textes législatifs, « le droit de consentir ou de refuser des soins fondé sur le droit à l'intégrité de sa personne doit être respecté. Le médecin doit, sauf urgence, avant d'entreprendre un examen, faire une investigation, un traitement ou une recherche, obtenir du patient ou de son représentant légal un consentement éclairé » selon l'article 28 du code de déontologie des médecins du Québec. Le médecin a bien sûr par ailleurs le devoir de bien informer son patient avant que ce dernier ne signe quelque consentement que ce soit, des risques et bénéfices encourus.

L'auteure questionne cette règle de consentement qui ne répond possiblement pas toujours aux attentes dans son application à la réalité clinique. Elle cite Danielle Laudy, pour qui, dans la pratique, le consentement se solde par de piètres résultats en regard des objectifs visés et donne lieu à une pratique défensive à travers laquelle le consentement devient une protection pour le professionnel, opinion que nous tendons à partager. Ainsi, l'auteure souligne l'importance de repenser l'éthique en droit (Jezequel 2003).

Le texte rappelle ce que l'on peut constater à profusion dans la pratique clinique, à savoir que le consentement aux soins a pris de plus en plus d'importance dans les litiges en responsabilité médicale ou dans les poursuites pour fraude professionnelle, poursuites qui ont certainement influencé la pratique des professionnels de la santé. On rappelle que « devant un refus obstiné de soins médicaux menant à un décès, le professionnel va se sentir beaucoup plus dans le rôle de meurtrier que dans celui qui a respecté l'autonomie du patient ». La règle du consentement éclairé pourrait ainsi se voir comme « une perversion du droit parce qu'elle permet que ce soit le patient qui prenne sur lui la responsabilité des soins qui lui sont prodigués, donc le médecin est seulement celui qui dispense les soins dont la responsabilité incombe au patient ». Ainsi, le médecin qui prodigue une thérapie risquée pourra expliquer que c'est le patient qui l'a choisie. Le professionnel est ainsi protégé sur le plan de la responsabilité légale, mais le contexte permet peut-être de ne pas tenir compte de l'état émotionnel de la personne quand elle consent. En effet, on peut considérer que le protocole opératoire, protocole de recherche ou le protocole thérapeutique devenant possiblement une planche de salut inespérée, la médication qui euphorise et qui inhibe l'angoisse, greffée à la vulnérabilité globale du patient à la merci des soignants ne sont certes pas sans influence. À cet égard, on rappelle que l'idée du consentement demeure très importante à respecter mais qu'il importe de bien comprendre le fondement derrière le consentement, soit l'autonomie, qui est de se donner à soi-même sa propre norme (Jezequel 2003).

Dans un tel contexte, on pourrait penser par exemple que le patient exerce son autonomie lorsqu'il demande à son médecin de prendre la décision à sa place, soit parce qu'il ne se considère pas en mesure de prendre une décision éclairée ou de porter un jugement adéquat au moment de la demande, soit parce qu'il juge qu'il ne détient pas toute la connaissance nécessaire lui permettant d'évaluer tous les paramètres en jeu, la demande de consentement substitué étant alors adressée en toute connaissance de cause.

« La loi sur les services de santé et les services sociaux, le code de déontologie des médecins reposent sur une philosophie héritée du siècle des lumières, qui définit l'individu par sa raison et sa capacité à se détacher de ses passions et de ses pulsions »... Pour Danielle Laudy, « telle est la fiction du sujet libre et rationnel qui, maître de sa vie et auteur de ses principes d'action, peut consentir en toute connaissance de cause de façon libre et éclairée », une position bien explicitée par Marzano (2006) dans sa discussion sur les origines kantienne d'une autonomie fondée sur la raison (voir

section suivante). Selon l'auteur, la valeur d'autonomie, justement interprétée en droit, ne peut en aucun cas servir de fondement à la pratique médicale et qu'il s'agirait presque d'une ignominie de présenter le patient malade, fébrile à toute probabilité de guérison, dans une totale dépendance à l'égard du système de santé, sous les traits fictifs du sujet libre et rationnel, vision qui incite largement à la réflexion car on pourrait soutenir que le patient est, de par sa condition de patient, altéré dans sa capacité de juger, et qu'il faut conséquemment l'aider à choisir et l'encourager dans la voie d'un choix afin de le respecter dans sa condition de malade. Le report de la décision au consentement sur le dos du patient a non seulement permis au médecin de se dégager de sa responsabilité sur le plan légal, mais lui permet possiblement de se dégager de la difficulté sur le plan moral puisque lors de décisions difficiles, il ne s'agit plus de ses propres décisions mais de celles d'un patient libre et autonome. Le médecin devrait ainsi toujours conserver cette responsabilité sur le plan moral, ce qui fait pour moi beaucoup de sens (Jezequel 2003).

Marzano (2006) rappelle que le défi majeur pour le professionnel, en l'occurrence le médecin, est toujours de trouver le juste milieu entre une compassion trop fusionnelle et ne permettant ni le recul ni l'objectivité décisionnelle, et la totale objectivation du malade lui laissant porter toute la responsabilité de ses soins. Une telle position, évoquant le concept psychanalytique de « neutralité bienveillante » permet de soigner le malade dans sa globalité, soit sur les plans physique et psychique, et de ne pas le laisser seul avec son désespoir sans pour autant porter sa souffrance ou décider à sa place. L'auteure rappelle également que souvent sur le plan médical, la vérité est moins absolue qu'on ne le croit. Elle est confuse à priori, se développe, se corrige, se précise, devenant progressivement plus adéquate. La vérité se conçoit ainsi comme un processus évolutif qui se construit en fonction d'une temporalité, à partir de deux subjectivités, soit celle du médecin et de son patient, et de la réalité objective de la maladie, elle-même n'étant jamais statique. Ainsi, lorsqu'on revient aux aspects du consentement, « la vérité » plus ou moins certaine que l'on évoque, fait davantage référence à l'état actuel des connaissances du moment sur le diagnostic, le pronostic, les conséquences présumées de l'absence de traitement et les alternatives possibles au dit traitement, ces aspects se conjuguant au vécu, aux valeurs, à l'idéologie du patient et du médecin (ou des médecins) impliqués.

Marzano souligne que pour le juriste, la valeur fondamentale est celle de l'autonomie alors que pour le médecin, la bienfaisance a toujours préséance en matière d'éthique professionnelle, cette valeur faisant partie de l'éthos médical depuis l'antiquité et constituant un élément important du serment

d'Hippocrate. Ainsi, la divulgation de la vérité ne devrait jamais déresponsabiliser le médecin qui, au contraire, devrait porter la responsabilité de créer l'espace requis pour dire et entendre l'information, choisir les mots appropriés pour l'énoncer clairement et demeurer présent auprès du patient dans la gestion de l'information et de ses conséquences, en évitant de faire pression, ne serait-ce que subtilement ou insidieusement, sur ce dernier dans son processus décisionnel. L'auteure rappelle que la communication des informations, aussi objective soit elle, se heurte à la maladie elle-même et aux effets qui en découlent (délire, altération du jugement, effets secondaires de la médication, contexte d'hospitalisation, éléments dépressifs, etc.), à la menace du danger ou de la mort, à l'angoisse, aux différents protagonistes en cause (médecins, autres professionnels, infirmières, famille et amis), de même qu'à la culture, aux valeurs et au vécu du patient et de chacun.

La notion d'autonomie : complexité de la définition

« D'emblée, vous partez d'une situation fausse; une fois qu'un malade est entre vos mains, c'est vous, désormais, qui pensez pour lui, vous, vos règlements, vos staff, le programme ... et de moi plus rien ne dépend ... À part l'opération, vous savez bien que vous ne demandez rien au malade, que vous ne leur expliquez rien ».

Alexandre Soljenitsyne,
Le Pavillon des cancéreux

Si l'autonomie réfère d'emblée en matière de soins à la capacité de réfléchir, de faire des choix et d'agir en conformité à ses délibérations en témoignant de sa capacité à assumer ses choix, il importe de souligner l'absence de paramètres pour évaluer la capacité du patient de comprendre, de retenir, d'analyser en fonction de l'ensemble des éléments à considérer ou de porter un jugement sur une situation complexe.

L'évaluation de la capacité à consentir demeure ainsi imbue de subjectivité et pose des dilemmes incessants en psychiatrie compte tenu de la nature des pathologies et de la démonstration empirique de leurs effets sur la cognition, sur le jugement, en se rappelant que l'autonomie ne saurait se restreindre aux capacités cognitives et intellectuelles (Voyer, 1996). À cet aspect fondamental de l'autonomie cognitive, il faut encore ajouter la nécessité pour l'individu de faire ses choix en fonction d'une conception du bien. C'est ainsi que Voyer définit « l'autonomie morale » comme l'autonomie globale du sujet. Il cite Ricœur, selon qu'il s'agirait de la capacité à se soucier de soi, de l'autre et de

chacun. A notre avis, l'autonomie morale est celle qui permettrait au patient de considérer son propre bien et son propre intérêt, sans perdre de vue l'intérêt d'autrui et de la collectivité, et qui pourrait par exemple, prendre en compte le risque que son refus de traitement comporte non seulement pour lui mais aussi pour son entourage et pour la collectivité.

L'exigence contemporaine de la notion de consentement en éthique médicale renvoie directement à la valeur fondamentale de l'autonomie et au droit de l'être humain de s'autodéterminer. Ainsi, en éthique, l'acte du consentement ne viserait en d'autres termes qu'à s'assurer du respect de l'autonomie de l'individu mais, selon Marzano (2006), les liens entre le consentement et le principe d'autonomie sont parfois obscurs, particulièrement lorsque le principe d'autonomie demeure imprécis, dans un certain flou conceptuel. Selon l'auteure, deux conceptions de l'autonomie semblent constamment se poser : « celle selon laquelle l'autonomie serait la faculté de se donner soi-même la loi de son action, et celle selon laquelle l'autonomie serait une expression de liberté et d'indépendance ». Ainsi, elle rappelle la conception kantienne de l'autonomie qui veut que l'être humain doit être libre d'agir conformément à sa propre conception du bien, tout homme évoluant selon cette conception, l'autonomie est donc loin d'impliquer un soi-disant droit à faire tout ce que l'on souhaite selon la pulsion du moment. Pour Marzano, « quand tu t'efforces de montrer que la raison humaine est, en son fond, liberté, c'est-à-dire autonomie, et que l'autonomie est la capacité d'obéir à une loi qu'on sait prescrite, de lui obéir pour ce qui en fait précisément une loi ». Selon cette conception, être libre ne se résume à se donner tous les bonheurs que la civilisation met à notre disposition, mais cela repose davantage sur le fait de respecter nos lois personnelles, celles qui font de nous des êtres dignes et heureux. On pourrait transposer ces termes d'une façon plus psycho dynamique, à savoir que l'homme libre est celui qui sait se faire plaisir en s'évitant la tyrannie du surmoi. Pour Marzano, l'autonomie kantienne permet à un individu de témoigner de sa capacité à se détacher des circonstances du moment pour se gouverner d'après ses propres valeurs. Dans sa délibération morale, l'être humain ne se demande pas uniquement si une action est la plus appropriée pour atteindre la fin désirée, mais doit déterminer également si elle est intrinsèquement juste et moralement adéquate en vertu de ses valeurs propres. Ainsi, on comprend que la conception kantienne donne des responsabilités à l'autonomie, des devoirs de l'homme envers lui-même et le prémunit contre une possibilité d'agir en dehors de ses principes moraux pour donner libre cours à de simples penchants. Ainsi, « l'être humain a une liberté intérieure qui ne s'exprime pas dans la possibilité de faire tout ce qu'il veut, mais dans la possibilité de se donner lui-même une loi » (Marzano, 2006). Pour Marzano, le paradoxe auquel on arrive souvent en éthique, soit de poser les droits de l'homme en tant que partie de l'humanité aux droits de l'homme en tant qu'individu (le bien de soi

par rapport au bien de tous), une fausse problématique lorsqu'on comprend mieux la notion d'autonomie.

Du paternalisme à l'autonomie : contexte de la psychiatrie

« On doit la vérité à autrui ? Dire la vérité est un devoir ? Il faut d'abord être certain de la connaître, cette vérité ... Si la révélation à un malade de la gravité de son état aggrave encore celui-ci, impose au patient une souffrance morale qui l'affaiblit davantage, n'aide en rien à le soigner et à le guérir, mais au contraire l'enfonce, il est évidemment criminel de lui asséner la vérité ».

Claude Roy,

La fleur du temps 1988

Cité dans Marzano, 2006

Le risque que le refus de soins peut faire courir au patient ou à autrui modifie également la notion du respect de l'autonomie. À la limite, lorsque le risque est élevé mais le danger est minime ou réversible, le principe d'autonomie peut toujours faire le poids. Néanmoins, lorsque le danger est élevé et les conséquences irréversibles, le principe d'autonomie peut se voir substituer celui du « meilleur intérêt » et de la prérogative de la décision médicale.

Kress (1998) souligne que la psychose avec ses manifestations symptomatiques (hallucinations, délires, perte de contact avec la réalité) peut justifier la contrainte contre la volonté du patient, tout comme l'épisode dépressif majeur lorsque les symptômes comportent une dangerosité. Toutefois, l'état psychotique ou dépressif comportant un risque de dangerosité élevé n'entrave en rien l'obligation d'informer, mais bien uniquement celle de laisser au patient l'entière responsabilité du consentement lorsque sa sécurité est gravement compromise. L'autonomie n'est ainsi jamais réduite à la liberté d'exprimer et de suivre ses préférences du moment, mais renvoie toujours à la capacité de raison et de réflexion, la personne autonome étant définie comme étant « capable de réfléchir sur ses objectifs personnels et ses actions, d'agir conformément à cette réflexion et d'en assurer les conséquences » (rapport Belmont, cité dans Marzano, 2006). Pour Marzano, « l'autonomie renvoie toujours à la capacité d'un être humain d'assumer ses choix et de les justifier en s'appuyant sur une vision particulière du bien; elle n'est pas tout simplement l'expression d'une envie subite et irréfléchie ».

À cet égard, Fineltain (2003) rappelle les cas concernant l'absence d'assister ou de porter aide à son prochain quand ce dernier est mentalement malade, rappelant que « l'absence de demande de la part du patient constitue une problématique fallacieuse derrière laquelle se cache souvent la démission des professionnels de la santé ». Cette partie de l'argumentation rejoint un peu l'opinion de Danielle Laudy, qui rappelle la vigilance nécessaire lorsqu'on invoque le droit à la liberté du patient en matière de soins, particulièrement lorsque son choix s'exerce dans le contexte d'une pathologie ou devant l'absence de reconnaissance de nécessité de soins.

Dans les exemples évoqués en psychiatrie clinique, le questionnement réside davantage dans la difficulté de déterminer si le refus du patient est conséquent à sa manière d'être et à sa manière de vivre, voire à l'exposition de son autonomie plutôt qu'à sa pathologie.

Morenz et Sales (1997) soulignent que l'urgence fait partie de la problématique quotidienne du consentement, et que le problème du consentement diffère selon que le patient s'oppose ou non au traitement. Aussi, les auteurs rappellent que l'absence d'opposition ou de refus du patient, souvent considéré en clinique comme un « consentement », n'en est pas un, et que l'absence de refus clair ne devrait pas être considéré comme un consentement implicite du patient. Dans les cas d'un refus clair de patient présentant une conduite risquée, les auteurs rappellent que l'outrance à l'autonomie, lorsqu'elle comporte un traitement intrusif, viole les droits fondamentaux des individus et contrevient à la « non-malfaisance » et, qui plus est, risque de mettre fin à l'alliance thérapeutique indispensable au traitement.

Le consentement éclairé en psychiatrie : Nécessité d'une éthique casuiste au-delà du principisme ?

Kress (1998) rapporte l'opinion consensuelle dans des pays européens depuis l'évolution du paternalisme vers le respect de l'autonomie. Il souligne que la psychiatrie est à cet égard un domaine particulièrement sensible parce que la question de l'autonomie est constamment mise en cause par la nature même des pathologies et des altérations cognitives qui en découlent. L'auteur rappelle que « l'attitude psychique du consentement déborde de beaucoup la procédure administrative contractuelle qui lui donne son cadre, qui ignore par définition le domaine des réactions émotionnelles, des représentations et des comportements irrationnels auxquels les médecins sont pourtant confrontés » (Kress 1998). La complexité du consentement en psychiatrie est soulevée par plusieurs auteurs puisque

de nombreuses problématiques neuropsychologiques associées aux troubles mentaux risquent de diminuer la capacité de consentir au traitement (Levy et Clarke 2008). Pour Liégeois et Eneman (2010), le dilemme éthique des soignants en santé mentale réside dans le devoir de respect de la liberté de la personne et les paramètres de restriction de cette liberté. Les auteurs rappellent les risques du paternalisme mais soulignent également l'emphase de la responsabilisation du patient dans un contexte de respect de l'autonomie.

Kress a le très grand mérite de rappeler que la notion de consentement dans le modèle médical n'a pas encore intégré la connaissance psychologique approfondie de la relation thérapeutique, des effets psychiques du cadre et de l'acte médical sur l'autonomie du patient. Il réitère que les malades risquent de perdre confiance en leur médecin si le renvoi à la libre décision et à l'autonomie leur donnent le sentiment de porter seul le fardeau de la responsabilité décisionnelle. Aussi, l'ignorance des effets de l'inconscient dans un cas où il y aurait, par exemple, des gains psychiques à l'absence de traitement, ou encore discordance entre ce que le patient demande et ce qu'il souhaite réellement, persiste même dans le domaine de l'éthique clinique.

Qui plus est, Morenz et Sales (1997) soulignent la problématique éthique du « consentement involontaire ». Ce dernier se produit lorsque le patient ne s'oppose pas au traitement proposé. Ainsi, le fait qu'un patient ne refuse pas explicitement un traitement correspond souvent, en clinique, au fait qu'il l'accepte et on ne conçoit jamais en pareille situation qu'il y ait transgression de l'autonomie. Pourtant, en l'absence de consentement explicite, peut-on considérer que l'autonomie du patient est respectée ? Morenz et Sales (1997) rappellent qu'un traitement intrusif en l'absence de consentement explicite consiste en un viol des droits fondamentaux et compromet l'alliance thérapeutique; il contrevient conséquemment au principe de non malfaisance.

Ludwig Fineltain (2003) quant à lui, en appelle à une morale casuiste. Il rappelle quelques leçons d'éthique qui résultent de l'étude attentive de cas particuliers. À cet égard, il cite Ricœur à savoir que les cas difficiles ne se situent pas entre le blanc et le noir ou entre le bon et le mauvais, mais plutôt « entre le gris et le gris et entre le mal et le pire », ce qui correspond parfaitement, selon notre observation, à la réalité clinique en psychiatrie. Il évoque un premier cas, soit celui du poète Antonin Artaud qui fut traité par Gaston Ferdière, un psychiatre qui se voulait bienfaisant. L'auteur tend à démontrer que le poète fut à la fois aidé, mais également persécuté par Ferdière à qui pourtant il continua de faire confiance. Ferdière voulait en effet le sauver de la famine et de l'autodestruction.

Artaud fut en quelque sorte piégé par l'emprisonnement psychiatrique au moment où la guerre à l'extérieur de l'enclave asilaire faisait rage autour de lui mais possiblement sans jamais menacer sa vie personnelle au-delà d'une certaine forme de dépérissement. Artaud aurait risqué la mort d'un côté tandis qu'en étant interné, il a vécu un sauvetage doublé d'une souffrance persécutoire importante. L'auteur rappelle que Ferdière était un psychiatre bienfaisant, qui s'est mis au service des internés arbitraires de l'Union Soviétique en un temps où seuls une vingtaine de psychiatres en France se mobilisaient contre un scandale psychiatrique international. Cette histoire ressemble en tous points à bon nombre de celles de nos patients actuels en psychiatrie, itinérants, marginaux ou psychotiques qui veulent « qu'on les laisse vivre » en vertu de leurs choix propres, parfois contre l'avis de certains membres du personnel soignant, mais cette fois dans un contexte où l'autonomie et la reprise du pouvoir du patient sur sa propre vie caractérisent l'idéologie institutionnelle. À cet égard Marzano (2006) rappelle que si la médecine doit d'abord et avant tout ne pas nuire au patient, elle doit nécessairement tenir compte de sa propre volonté et de sa propre conception de son intérêt.

Morenz et Sales (1997) démontrent que la formation et les connaissances aident très peu les psychiatres qui font face à des dilemmes éthiques, ces derniers nécessitant une analyse médicale, morale, légale et psychique complexe. Ils soulignent à quel point les valeurs à la base du consentement peuvent constituer des dilemmes importants et démontrent l'impossibilité pour les psychiatres de les résoudre en vertu des éléments d'information qu'il est requis de transmettre en vue du consentement.

Liégeois et Eneman (2010) plaident pour une approche davantage relationnelle en matière de consentement, approche qui réside dans la discussion engageant le patient, les membres de sa famille et le personnel soignant. Ils soulignent l'importance du consensus en matière de consentement. Ils proposent par ailleurs 4 paramètres pouvant justifier une approche plus coercitive, soit le risque au regard de l'intégrité de la personne malade, la proportionnalité (ou la relation établie entre la mesure coercitive et le danger encouru) et finalement, l'incapacité. Pour Liégeois et Eneman, l'incapacité devrait figurer en tête de liste, auquel cas la coercition a pour but premier de restaurer au mieux les capacités à consentir.

A cet égard, Large et ses collègues (2010) soutiennent que l'obligation de soins n'est nullement une contrainte à l'autonomie si cette dernière est anéantie (du moins temporairement) par le problème de santé mentale (délires, rupture de contact avec la réalité, pertes cognitives substantielles réversibles ou non, etc.). Les auteurs plaident que le critère de dangerosité dans la justification de la restriction de

l'autonomie en psychiatrie est un critère non valide. D'une part, dans les autres cas similaires tels les enfants, les vieillards, les accidentés cérébraux, le critère de dangerosité est inexistant dans les restrictions que l'on met en place pour protéger le patient. D'autre part, les auteurs soulignent le manque de fiabilité dans l'évaluation de la dangerosité. Ils rappellent également que la loi prévoit, pour contraindre à l'enfermement dans notre société, que l'on fasse la preuve hors de tout doute raisonnable de la dangerosité d'une personne alors qu'en psychiatrie, c'est le patient qui doit prouver qu'il n'est pas dangereux pour qu'on lui laisse sa liberté, les patients étant ainsi victimes de discrimination. En réalité, c'est davantage la culpabilité qu'il faut prouver dans notre système pénal nord-américain que la dangerosité. En psychiatrie et en matière de soins, il est vrai qu'au Québec, le critère de dangerosité est le seul permettant de restreindre la liberté du patient sur le plan légal. Les auteurs plaident en faveur du critère de l'autonomie telle que décrite par Marzano (2006) plutôt que du critère de dangerosité et mentionnent d'ailleurs que les durées de non traitement pour les premiers épisodes psychotiques sont plus longues dans les pays où l'on retient le critère de dangerosité que dans ceux où la législation ne repose pas sur ce critère précis.

Enfin, Fineltain (2003) finit son plaidoyer sur certaines réflexions fort intéressantes en faveur d'une casuistique éclairée. Il rappelle notamment que les situations qui appellent l'éthique en médecine sont des situations asymétriques puisque l'un des protagonistes est malade et l'autre est médecin. Il y a donc une limite importante à la réciprocité qu'il appelle l'insubstituabilité. L'auteur mentionne que ce problème le trouble beaucoup puisqu'il est constant. Cette asymétrie de la relation est reprise par Marzano (2006) qui rappelle que les soins demandés par le patient à son médecin ne justifient jamais l'instauration d'un rapport de domination au profit du médecin sous le prétexte de la connaissance.

La notion d'insubstituabilité est reprise par Morenz et Sales (1997) qui rappellent que les principes d'autonomie et de bienfaisance nécessitent pour le praticien de respecter le système de valeurs de son patient, aussi différent puisse-t-il être du sien.

Quant à Fineltain, il rappelle également que les situations les plus difficiles sont celles où l'on doit choisir entre le mal et le pire, concept que nous trouvons extrêmement intéressant, et que les juristes appellent les « *hard cases* » puisque ce sont ceux que l'on ne voit pas sous quelle règle les analyser. Ce sont les cas pour lesquels il faut inventer une sorte de règle ad hoc. Il faut donc faire appel à la jurisprudence dans l'ordre juridique mais à la casuistique dans l'ordre moral, casuistique qui a acquis une mauvaise réputation puisqu'elle serait pour certains une façon de contourner les normes et

pour les méthodologistes, une façon de contourner les schèmes expérimentaux rigoureux et l'analyse statistique. L'auteur rappelle néanmoins que la casuistique consiste justement à la création de normes pour des cas singuliers. Finalement, il évoque à la fois les dangers du dogmatisme mais également le danger inverse qui réside dans le scepticisme et le relativisme, qui sont pour lui des formes de défaitisme face aux complexités de la vie.

Bien que la problématique du consentement éclairé demeure une question fort complexe et qu'on ne pourra probablement jamais élucider complètement, nous demeurons convaincue d'une part que ce concept demeure tributaire d'un contexte psycho-socio-culturel donné et d'autre part que la réflexion à ce propos est salutaire car, en dépit de la nécessité d'un certain principisme, la nécessité de questionner ces principes demeure lorsqu'on est confronté au dilemme en éthique clinique, lieu où « le principe de réalité » nous rattrape au-delà de toute normativité.

Par ailleurs, l'absence de règles et de conduite en matière de professionnalisme a certainement constitué un dangereux règne de l'arbitraire chez les professionnels de même que l'évitement d'une réflexion indispensable. L'avènement du droit et du déontologisme en matière de santé ont certainement contribué à diminuer les abus de pouvoir et à redonner au patient ses droits et sa dignité, tant que ses lettres de noblesse. L'appel aux droits et aux libertés du patient a possiblement également permis de résoudre en partie le dilemme de l'insubstituabilité ou de l'impossibilité de se substituer à l'autre (Fineltain, 2003) et de minimiser la situation asymétrique du médecin et de son patient, et conséquemment, de minimiser l'imposture induite par le fait que le soignant se substituait totalement au patient dans la prise de décision le concernant.

Néanmoins, on ne peut perdre de vue que l'avènement du bon droit du patient et du respect de son autonomie et la disparition de l'obligation de paternalisme en matière de santé au profit de la reprise du pouvoir par le patient sur ses soins et ses décisions ont eu comme conséquences la négation de la vulnérabilité du patient, voire le mépris de son statut, arguments qui méritent d'être considérés avec sérieux, tout comme la déresponsabilisation légale et morale du professionnel qui n'a plus à porter l'odieux de choix parfois douloureux et déchirants. Nous croyons en effet que le patient est nécessairement vulnérable et que la charge affective induite par son état risque de compromettre, du moins temporairement et en partie, son jugement et à fortiori quand on ajoute à son état l'influence de

la psychopathologie, les changements chimiques induits par la médication sur le système nerveux central, les pressions exercées par le contexte clinique ou encore par les membres de la famille.

Paradoxalement, nous pensons aussi que l'état du patient lui permet à certains égards d'être le mieux éclairé au regard de sa situation justement parce que sa compréhension en est une émotive-rationnelle et non strictement intellectuelle, et parce que s'il ne connaît pas la médecine au même titre que le médecin, il se connaît lui-même et demeure au fait de sa situation et de ses valeurs propres beaucoup mieux que l'ensemble de tous les experts réunis.

Dans la réflexion portant sur les patients souffrant de troubles mentaux graves, l'amplitude et la variabilité de l'inaptitude ou de l'altération de la capacité à consentir constituent d'autres facteurs qui compliquent l'élaboration des principes en matière de consentement éclairé. D'une part, dans les cas d'inaptitude partielle, la multitude de facteurs tels la nature du caractère, des responsabilités occupationnelles, familiales et professionnelles du sujet, la reconnaissance de ses limites, le support des aidants naturels nécessitent une évaluation multidisciplinaire tant en termes de situation actuelle que de pronostic. D'autre part, l'inaptitude partielle et réversible qui risque d'être causée par la surcharge émotionnelle ou par la pathologie et qui peut provisoirement altérer le jugement mérite d'être considérée. Ainsi, le processus du consentement met en relation les aspects légaux avec ceux du savoir et de l'éthos médical, en plus de ceux reliés au fonctionnement psychique et aux valeurs personnelles, voire à la provenance culturelle du patient.

Finalement, toujours empreinte de plus de questions que de réponses fermes, nous plaiderions pour l'existence de principes nécessaires pour contrer l'arbitraire chez les professionnels, pour la poursuite d'une réflexion pouvant éclairer ces derniers, contre le dogmatisme et une trop grande rigidité déontologique ou légale, pour une casuistique éclairée, rigoureuse et documentée et au sein de laquelle on n'oublie jamais que l'intérêt de cette règle du consentement doit s'inscrire dans la volonté de bienfaisance à l'égard du patient. Bref, il s'agit d'un plaidoyer pour le retour à la réflexion et à cette importante vertu qu'est la prudence au regard de l'acte médical.

MÉTHODOLOGIE

Recrutement des participants

Étant donné ma pratique professionnelle en neuropsychologie clinique à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine depuis près de 20 ans, compte tenu de ma connaissance du milieu et des dilemmes potentiels au regard du consentement, et finalement, pour des raisons de faisabilité et de disponibilité des individus concernés, le recrutement des participants a été effectué à l'Hôpital Louis-H. Lafontaine. Afin d'assurer une certaine homogénéité de la culture médico-légale et l'expérience des sujets au regard du consentement, les participants au présent projet devaient exercer la psychiatrie au Québec depuis au moins trois ans. Quinze (15) personnes ont été approchées au total. Trois n'ont pas répondu à l'invitation et deux autres ont refusé de participer au moment où ils étaient sollicités. Au final, dix (10) médecins psychiatres ont été recrutés. La taille de l'Échantillon a été établie en fonction de la saturation des données, c'est-à-dire au moment où peu ou pas de nouvelles informations étaient générées. (Guess et al., 2006).

Déroulement et instrumentation

Les médecins psychiatres ont été approchés dans le contexte de leur pratique clinique et les objectifs de même que le contexte du projet leur ont été expliqués verbalement dans un premier temps. Un rendez-vous a été pris auprès de ceux qui ont accepté de participer à l'étude et les entrevues se sont déroulées entre les mois de septembre 2008 et juin 2010.

Les entrevues étaient semi-dirigées étant donné l'absence d'hypothèses de départ et la complexité du sujet à traiter. Cette méthode d'entrevue permet un meilleur accès aux croyances et à l'expérience des Sujets. Elle permet également une flexibilité dans l'élaboration des contenus et l'émergence de sous-questions permettant une compréhension plus complète de la problématique à l'étude. Ces aspects paraissent importants compte tenu de la réalité de la pratique clinique qui repose non seulement sur un savoir ou une science, mais également sur l'expérience et le jugement du professionnel, ses observations personnelles de même que le contexte de sa pratique clinique.

Comme on peut le constater dans le questionnaire d'entrevue semi-dirigée en annexe I, les entrevues ont été effectuées en fonction des thèmes suivants :

- La signification intuitive de la notion de consentement;
- Le lien entre le consentement éclairé et la notion du respect de l'autonomie;
- La pertinence d'aborder le consentement de façon particulière en psychiatrie;
- Les dilemmes éthiques rencontrés au regard du consentement en carrière;
- Les moyens de résolution de ces dilemmes;
- Les recours en cas de difficultés;
- La pertinence de relancer la réflexion éthique au regard du consentement;
- La position à privilégier pour le traitement des troubles mentaux graves.

Au moment de l'entrevue, les participants ont préalablement signé le formulaire de consentement. Les informations sur les objectifs et le contexte de l'étude de même que sur les risques et bénéfices escomptés leur ont également été transmises verbalement avant de débiter l'entretien. Chaque répondant a participé à un entretien qualitatif semi-structuré dont la durée a varié entre 50 minutes et deux heures et demie. La durée pour la plupart des entrevues a été d'une heure.

Les entretiens ont été enregistrés sur dictaphone afin de permettre un retour au verbatim au besoin pour fins d'analyse ou de vérification. Tous les entretiens ont eu lieu à l'Hôpital HLHL mis à part une qui s'est déroulée dans une clinique externe affiliée, dans le bureau du psychiatre participant. En plus de l'enregistrement, nous avons pris séance tenante toutes les notes requises à l'analyse qualitative. Les questions d'entrevues n'ont pas été distribuées avant le moment de la rencontre pour éviter d'introduire un biais suggestif ou une réflexion préalable auprès des participants.

Considérations éthiques

Les répondants ont volontairement accepté de participer à un entretien qualitatif de type semi-structuré d'une durée approximative de 1 heure. Toutes les entrevues ont été effectuées par la chercheuse elle-même, neuropsychologue clinicienne de formation et travaillant en milieu hospitalier psychiatrique depuis 18 ans, et en neuropsychologie clinique depuis 22 ans. Le consentement à participer à l'étude était totalement libre, tout médecin sollicité pouvant de son propre chef, après avoir reçu les informations verbalement et par le biais du formulaire de consentement écrit, participer ou refuser sa participation à la recherche. Les médecins participants pouvaient également se retirer de

l'étude en tout temps. Les conversations enregistrées sur cassettes pour faciliter la discussion et la richesse de la collecte de données seront effacées suite au dépôt du mémoire de maîtrise et à l'obtention de la diplomation.

Analyse des données

Une analyse qualitative des données a été effectuée sous forme d'analyse de contenu. Toutes les entrevues ont été relues attentivement aux fins de l'analyse. Les données ont été analysées selon une méthode d'analyse qualitative de contenu. Bien que les entrevues semi-dirigées ont été construites à partir de huit (8) thèmes principaux, ces derniers ont par la suite été regroupés en quatre (4) thématiques principales qui se sont dégagées clairement, lors de l'analyse, soit :

- 1) Signification du consentement et lien entre consentement et autonomie;
- 2) Dilemmes rencontrés et moyens de résolution;
- 3) Particularités de la psychiatrie et nécessité de relancer la réflexion éthique;
- 4) Valeurs ou position privilégiée au regard du consentement.

Le contenu de l'analyse effectuée sera présenté plus exhaustivement dans le chapitre suivant.

RÉSULTATS ET DISCUSSION

Étant donné la question de départ qui était assez délimitée, les éléments de discussion ont été intégrés à l'analyse des résultats. Les résultats préliminaires exposés de façon descriptive se retrouvent en annexe.

L'analyse des réponses obtenues aux huit questions abordées lors des entretiens semi-structurés permet de dégager quatre grands thèmes qui se divisent comme suit. Les questions I et II sont regroupés dans le premier thème qui est : « Signification du consentement et lien avec le principe d'autonomie ». Les questions 3 et 7 ont été regroupées sous le deuxième thème qui est : « Particularités de la psychiatrie et besoin de relancer la réflexion ». Les questions 4, 5 et 6 ont été regroupées sous le troisième thème qui porte sur « les dilemmes rencontrés, les processus de résolution et les recours possibles ». Finalement, la question 8 fait l'objet du quatrième thème qui est « la position à privilégier en matière de consentement ».

Signification du consentement et lien avec le principe d'autonomie

Lorsque questionnés sur la signification ou le rationnel sous-jacent au consentement aux soins, il est étonnant de constater que la réponse obtenue dans 80 % des cas s'est avérée davantage à portée légale qu'à portée éthique, puisque les participants ont mentionné spontanément les critères de la Nouvelle-Écosse, retenus par la Cour d'appel en 1994. Ces critères balisent, sur le plan légal, les points à considérer pour estimer que le consentement est éclairé (page 7). Ainsi, ce qui est décrit dans la littérature demeure vrai, à savoir que les liens entre le consentement et le principe d'autonomie demeurent parfois obscurs (Marzano, 2006) et également que la notion de consentement repose sur la capacité du patient à faire un choix volontaire d'un traitement après avoir reçu l'information pertinente (Morenz et Sales, 1997), et ce, en dépit du fait que l'on s'accorde sur la complexité de l'estimation de la capacité à consentir (Gwen, 1996; Kress, 1998; Jezequel, 2003; Marzano, 2006; Slovenko, 2008; Levy et Clarke, 2008). Ainsi, l'un des participants soulignait ce qui suit :

« Le cadre légal nous interpelle. Il y a une contamination légale très présente qui nous dérange plus que l'éthique... »

On ne retrouve étonnamment pas, dans les réponses des participants, de délibération sur l'évaluation des opérations cognitives indispensables au processus de consentement, et ce, malgré le

fait que la relation entre les aptitudes décisionnelles et le consentement ne fait aucun doute (Palmer et Salva, 2008; Levy et Clarke, 2008). On ne retrouve à aucun moment, non plus, le fait que le consentement n'est pas une fin en soi, mais bien le moyen que l'on s'est donné pour s'assurer du respect de l'autonomie du patient. L'un des participants soulevait un intéressant paradoxe au regard de l'autonomie. Il faut savoir que dans les cas de dangerosité pour la personne ou pour autrui, on peut (et on doit) garder la personne à l'hôpital jusqu'à l'amélioration de son état clinique. Or, si le patient refuse les soins, le psychiatre n'a d'autre recours que de le garder ou d'aller présenter une demande d'ordonnance de traitement au Tribunal. Malgré la décision du Tribunal, le patient conserve son droit ultime de refus, auquel cas, il risque de se voir contraint de rester à l'hôpital. Ainsi, ce psychiatre faisait mention d'un cas (par ailleurs rare) de refus en dépit de l'ordonnance de traitement de la Cour, le patient préférant demeurer délirant mais créatif que médicamenté. Il soulignait ainsi que :

« La liberté semble moins importante que le fait d'accepter ou de refuser les soins...Il est plus facile de garder quelqu'un à l'hôpital que de le soigner. »

Par ailleurs, dans 20 % des cas on a fait mention du concept de faux-consentement lorsque le patient ne s'objecte pas, ce qui signifie que seulement 20 % des experts recrutés considèrent que le consentement passif (qui ne dit mot consent) puisse poser problème au regard de ce qu'est réellement le consentement. Comme le soulignait l'un des participants :

« On se questionne plus si le patient dit non que s'il dit oui ».

20 % des participants ont souligné que le consentement ne peut s'évaluer qu'en cours de traitement plutôt que lors de l'évaluation à l'urgence ou de l'admission, ces participants étant les intensivistes qui sont aux prises avec les ruptures psychotiques graves. Ainsi, comme le soulignait Kress (1998), les manifestations symptomatiques de la psychose ou de l'épisode dépressif majeur peuvent justifier la contrainte contre la volonté du patient. Aussi, l'absence de demande de la part du patient malade est une problématique fallacieuse (Fineltain, 2003) qui permet parfois la démission des professionnels de la santé ou encore une solution partielle au problème des ressources disponibles et des listes d'attente pour la dispensation de soins. Comme le soulignent certains auteurs (Large et coll., 2010; Liégeois et Eneman, 2010), l'obligation de soins n'est nullement une contrainte à l'autonomie si cette dernière est anéantie par les manifestations pathologiques du problème de santé mentale.

Particularités de la psychiatrie et besoin de relancer la réflexion

100 % des participants ont répondu qu'il serait nécessaire de raviver la réflexion au sujet du consentement aux soins en santé mentale. Par ailleurs, seulement la moitié des participants ont répondu que le consentement devrait être abordé ou réfléchi différemment en psychiatrie, et qu'il serait souhaitable d'avoir des balises différentes, ce qui diffère de la position de Kress (1998) qui souligne que la psychiatrie est un domaine particulier puisque la notion d'autonomie y est constamment mise en cause par la nature même des pathologies. Ainsi, bien que pour la moitié des participants, les balises actuelles en matière de consentement suffisent, tous sont en faveur d'une réflexion plus approfondie sur un certain nombre d'éléments.

- 1) L'importance de porter un jugement sur la capacité, et non sur le jugement propre du patient. Cet élément rejoint l'un des critères de la Nouvelle-Écosse, à savoir que la décision du patient peut être éclairée, sans paraître raisonnable...

Autrement dit, le patient peut très bien comprendre sa maladie, les risques et les bénéfices de son traitement, les risques et les conséquences de l'absence de traitement, et choisir de refuser ce dernier, en toute connaissance de cause. Une telle situation est reconnue par l'ensemble des participants comme étant beaucoup plus difficile à respecter, même si les paramètres du consentement sont bien établis. Ainsi, l'une des participantes l'illustre de la façon suivante :

« Quand je suis certaine que le traitement va aider et que le patient refuse, même si je sais qu'il comprend les enjeux et les conséquences, j'ai bien de la misère à accepter sa décision ».

Par ailleurs, pour certains, il faut davantage demeurer à l'affût des balises actuellement prescrites, se centrer sur l'évaluation de la capacité et investir l'énergie nécessaire dans le développement de l'alliance, ce dernier étant vu par l'une des participantes comme étant un facteur de protection.

« Il faut rester dans l'évaluation de l'aptitude et du jugement sans insistance ou tentative de conviction... ».

« Personnellement, je vais tenter de protéger et d'expliquer ce que je crois le mieux, mais s'il refuse, je vais tout faire pour développer l'alliance... ».

- 2) La réflexion sur le consentement implicite, soit lorsque le patient, sans consentir selon les balises prescrites (critères de la Nouvelle-Écosse), ne s'oppose pas. Ceci avait été soulevé par Morenz et Sales (1997) qui rappelaient qu'un traitement en l'absence de consentement explicite constituait un manque flagrant au respect de l'autonomie et des droits fondamentaux du

patient. Pourtant, dans la pratique en santé mentale, la non-opposition est effectivement considérée comme un consentement (implicite) et ces situations ne sont jamais celles qui posent problèmes ou qui suscitent les dilemmes éthiques rapportés au cours des entrevues.

« on considère que qui ne dit pas non nous dit oui ».

« On aime jamais ça, nous, quand un patient nous refuse quelque chose (les soins proposés)...On le sait bien nous autres ».

- 3) La priorisation du paternalisme versus du respect de l'autonomie à tout prix a également été sujet de réflexion. Cet élément soulevé signe d'ailleurs l'existence claire des deux positions au sein des participants. Le questionnement portant sur les limites de l'intervention psychiatrique et sur jusqu'où on doit aller pour protéger le patient varie passablement d'un participant à l'autre, ce qui sera décrit au chapitre de la position privilégiée. La remise en question de l'autonomie comme étant une valeur à respecter à tout prix ou encore une valeur qui aurait préséance sur la protection du patient est certainement une réflexion consensuelle en psychiatrie. On a souligné également le fait que, selon les vocations institutionnelles, l'importance de l'autonomie et la responsabilisation des patients prend des formes totalement différentes. Les différentes perspectives peuvent s'illustrer comme suit :

« la priorité n'est pas l'alliance à tout prix, mais plutôt d'assurer la sécurité du patient et de son entourage ».

« Souvent, les patients n'en veulent pas de cette autonomie! »

« La relation médicale ne doit pas se situer dans le paternalisme, mais dans une offre de services à quelqu'un libre de choisir ses soins ».

- 4) Le double rôle du psychiatre est également une problématique unique en matière de soins. Il s'agit du seul et unique domaine où le médecin qui est le soignant risque ou est appelé à agir à titre d'expert à la Cour ou d'être aussi celui qui contraint l'exercice de la liberté, élément qui a été peu adressé dans la littérature sur le consentement aux soins en santé mentale, mis à part par Fineltain (2003). Pourtant, il s'agit là d'une particularité importante, qui était soulevée comme suit :

« Le Tribunal administratif nous est imposé comme au patient. On nous oblige à les soigner et aussi à aller témoigner contre eux... c'est une drôle de position... ».

« Les psychiatres sont considérés comme les gardiens de l'ordre et de la sécurité sociale... ».

Dilemmes rencontrés, processus de résolution et recours possibles

90 % des participants ont admis d'emblée avoir eu à faire face à certains dilemmes éthiques au regard du consentement, ce qui paraît conséquent aux particularités ou difficultés propres à la santé mentale en matière de consentement. Les dilemmes ont porté largement sur l'obligation du médecin à informer adéquatement le patient, en sachant pertinemment d'expérience que le fait d'en dire trop sur le traitement peut devenir dissuasif et en sachant aussi que les bénéfices dudit traitement sont largement supérieurs aux risques ou méfaits potentiels.

L'évaluation du jugement et de la capacité fait partie des dilemmes soulevés, d'où la motivation à réaliser le présent mémoire. Ainsi, quelques participants illustraient bien la complexité de cette évaluation au-delà des paramètres établis :

« J'ai suivi une patiente psychotique avec un cancer gynécologique. Elle présentait un refus délirant de l'opération. Elle avait 100 % de chances de survie avec l'hystérectomie. Elle savait qu'elle avait un cancer, mais sa voisine en avait eu un aussi et s'en était sortie. La psychose traitée, elle maintenait son refus en comprenant le risque. Elle maintenait sa position...je me suis bien demandé si il restait un déni psychotique sous-jacent... ».

« J'avais une patiente lucide mais stuporeuse...je ne savais pas quoi faire avec elle....et son enfant est mort noyé... ».

Le double rôle du psychiatre est également apparu dans les dilemmes rencontrés puisque d'une part, le clinicien-soignant bienfaisant doit prioritairement créer une alliance thérapeutique (comme c'est le cas du médecin de famille ou de tout médecin spécialiste faisant un suivi thérapeutique, alliance indispensable au processus de consentement selon certains (Marzano, 2006; Liégeois et Eneman, 2010), mais d'autre part, le rôle de gardien de l'ordre social et d'expert à la Cour. Le second rôle, qui se joue davantage dans une perspective totalitariste, contrevient souvent au premier, qui se joue davantage dans une perspective de l'éthique du caring.

Certains dénoncent le retranchement de collègues derrière le refus du patient , ce qui permet d'éviter une prise en charge et qui mène à la déresponsabilisation du clinicien face à la réponse d'un patient qui n'est pas autonome pour autant, phénomène dénoncé par Danielle Laudy (Jezequel 2003). Comme le soulignait l'un des répondants :

« Quelqu'un qui ne dérange pas, même s'il est très malade, il ne pose pas de problème... On ne questionne pas son autonomie globale... ».

Un autre mentionnait ce qui suit :

« S'il n'y a pas de dangerosité, même si on sait qu'il n'y a pas de consentement éclairé, on va rarement chercher une ordonnance de traitement... En l'absence de dangerosité, il n'y a pas d'obligation de soins, même si le patient est très malade et ne peut consentir... ».

Un autre relatait, dans la même optique :

« Il y a plein d'itinérants sans autonomie fonctionnelle et qui ne sont pas obligés de se faire soigner... ».

L'autonomie partielle et variable de certains patients et la difficulté d'en juger pour le clinicien sans avoir recours à une évaluation plus approfondie de la capacité est également souvent problématique.

Finalement, le fait que la contrainte ne porte que sur le traitement plutôt que sur l'ensemble des aspects de la vie du patient (par exemple les volets économiques ou sociaux) alors que l'entrave à l'autonomie par la maladie mentale en est une souvent plus globale, a été soulevé uniquement par un participant, bien que cet élément semble d'une importance notable au chapitre de la réflexion sur l'autonomie.

Dans 80 % des cas, le moyen utilisé pour la résolution de dilemmes consiste à la consultation entre collègues et à la réflexion à plusieurs têtes. Il s'agit du moyen qui fait spontanément consensus et auquel la grande majorité des sujets ont eu recours par le passé, et auquel ils auraient spontanément recours à nouveau en cas de besoin. Ce n'est que lorsque cette approche demeure sans résultat satisfaisant que le recours au comité d'éthique de l'Hôpital est soulevé, et uniquement par 20 % des sujets. Étonnamment, 40 % des participants ont mentionné avoir recours à l'ordonnance de garde en établissement en guise de résolution, ce qui résout certainement le litige sur le plan légal mais non pas sur le plan éthique. Ce dernier élément soulève une fois de plus la confusion entre les aspects éthiques et légaux, et la perception du refus d'un patient comme générant un dilemme qui, plutôt que de se réfléchir, se résout par la voie légale.

Deux participants ont soulevé des réponses marginales mais non sans intérêt.

Contrairement aux réponses faisant référence à l'avocate de l'Hôpital, au comité d'éthique ou à l'association de protection médicale, l'un des participants a mentionné avoir davantage confiance en son propre jugement clinique qu'aux paramètres établis par la Loi, et que son jugement et ses décisions cliniques étaient largement influencées par la connaissance qu'il a de ses patients, alors que l'autre a mentionné réviser ses propres dossiers avec « un œil critique hostile », ce qui lui permettait de voir si sa position clinique était défendable. Ainsi, dans la majorité des cas, si la position de la protection légale semble prioritaire en matière de dilemmes, dans 2 % des cas on privilégie une approche clinique basée sur l'alliance, la rigueur clinique et la pratique réflexive.

Position à privilégier en matière de consentement

La moitié des participants ont opté pour une position davantage paternaliste, alors que l'autre moitié optait pour une position mitoyenne, de compromis, et dans 20 % des cas, du plus grand respect possible de l'autonomie afin d'assurer l'alliance thérapeutique permettant le suivi, quel qu'il soit. Sur le plan strictement qualitatif, il fut fort intéressant de constater que non seulement la position par rapport au principe à prioriser ne fait toujours pas consensus, mais que la position privilégiée dépend largement de deux facteurs : soit l'âge des participants, ou encore le cadre de leur pratique clinique. Ainsi, les plus âgés, formés dans une tradition paternaliste, continuent de privilégier davantage cette position, alors que les plus jeunes, formés dans une tradition respectueuse de l'autonomie des patients et surtout, préoccupés par les enjeux légaux de la pratique médicale, privilégient davantage une position de respect de l'autonomie ou encore, une position de nuance et de compromis. Par ailleurs, les psychiatres travaillant aux soins intensifs, qui sont aux prises avec les cas de grande désorganisation mentale, même jeunes, favorisent une position paternaliste, à la fois pour la protection du patient, mais également pour celle de la communauté. De par leur pratique, ils ont à faire usage de la Cour, des demandes d'ordonnance, et conséquemment, sont prêts à se livrer à une pratique où le double rôle (clinicien-soignant et expert responsable de l'ordre social) doit être bien assumé.

CONCLUSION

La problématique exposée au départ soulevait les dilemmes que le consentement éclairé aux soins posait, malgré les paramètres juridiques établis pour baliser les éléments qui doivent être transmis par le soignant et compris par le patient. L'absence de paramètres balisant l'évaluation de la compréhension du patient par le clinicien était également largement soulignée puisque nous considérons ceci comme étant à l'origine de nombreux dilemmes en matière de consentement.

La présente étude démontre effectivement que la complexité de l'estimation de la capacité à consentir, soulevée abondamment dans la littérature, demeure, et ce, malgré les balises prescrites et exhaustivement décrites au chapitre de la recension des écrits. On peut présumer qu'il faut aller bien au-delà de l'information à transmettre au patient (Morenz et Sales, 1997) car en matière de troubles mentaux graves, la capacité ne peut se présumer d'emblée, et la capacité à exercer l'autonomie demeure souvent à être investiguée, contrairement à ce que le droit prévoit (code civil du Québec, article 4). Bien que plusieurs auteurs se soient penchés sur l'adéquation des fonctions cognitives requises à l'exercice du consentement (Applebaum et Grisso, 1998; Gwenn, 1996; Fitten, 1999), leur évaluation demeure complexe. Qui plus est, ces facultés à évaluer sur le plan clinique ne sont pas spontanément évoquées par les participants, comme le sont les critères de la Nouvelle-Écosse.

Les désaccords et les réflexions autour de positions apparemment antinomiques, soit d'un trop grand paternalisme ou d'une attitude surprotectrice versus une surestimation de la capacité d'autonomie, au regard du consentement éclairé aux soins étaient également soulevés.

La présente recherche nous a permis de constater que les deux positions demeurent. Pour la moitié des participants, la bienfaisance prime sur le respect de l'autonomie lorsque ces deux valeurs deviennent en conflit. Pour l'autre moitié, issue d'une tradition d'enseignement où l'autonomie du patient devenait une valeur prioritaire, la position est davantage une d'accompagnement et de support à la décision, ce qui porte à réfléchir sur l'empreinte de la formation et l'influence de la culture (de courants de pensée) dans le développement de l'ethos médical des spécialistes et dans leur priorisation de valeurs sur le plan de l'éthique clinique. La présente recherche démontre que le consentement est considéré non seulement comme la base éthique du traitement (Kress, 1998), mais également comme une obligation légale.

Malgré les deux positions qui se dégagent toujours assez clairement en matière de troubles mentaux et malgré le fait que la grande majorité considère que la santé mentale a ses particularités quant au consentement, tous ont unanimement convenu que les balises actuelles suffisent à guider la pratique et que les critères généraux qui guident le consentement éclairé aux soins ne devraient pas différer en santé mentale. On peut présumer ou déduire que le flou des paramètres pour définir l'aptitude à consentir permet justement aux médecins la souplesse nécessaire à l'exercice de leur jugement propre.

Par ailleurs, les résultats démontrent que le lien entre le rationnel du consentement et l'exercice de l'autonomie est loin d'être évident. Ainsi, malgré le fait que le consentement n'est pas une fin en soi, mais bien le moyen que l'on se donne pour s'assurer du respect de l'autonomie du patient (Marzano, 2006), il est surprenant de constater que peu de participants peuvent l'évoquer de cette façon. Les critères juridiques balisant le consentement semblent bien connus des psychiatres, mais la justification éthique du consentement semble méconnue. Dans bien des cas, ce n'est d'ailleurs pas le critère de l'autonomie qui prévaut mais celui de la dangerosité du patient, pour lui-même ou pour autrui, critère entièrement régi par nos balises juridiques. Force est de constater qu'à cet égard la Loi exerce une suprématie sur le jugement éthique et médical, comme si la normativité juridique rendait plus confortable le non-respect de l'autonomie. Par ailleurs, le respect de l'autonomie (ou du moins du désir exprimé par le patient) semble beaucoup plus confortable en l'absence de danger, même si ce dernier n'est pas en mesure de l'exercer adéquatement.

Bien que l'ensemble des sujets aient tous connu des dilemmes en matière de consentement aux soins, ces dilemmes se posent souvent dans le contexte du refus de soins considérés comme étant bénéfiques et efficaces. Les faux consentements, c'est-à-dire les situations où le patient ne s'objecte pas au traitement sans pour autant être en mesure d'y consentir, semblent assez peu problématiques. Ce constat devrait nous ramener à réfléchir, à mon avis, sur la compréhension de ce qu'est l'exercice de l'autonomie, à la compréhension souvent trop limitée du lien entre l'autonomie et le consentement, ce dernier étant plus souvent une mesure dorénavant teintée d'une normativité exclusivement juridique.

Dans une perspective d'avenir, il serait fort intéressant d'élargir le questionnement posé au cours de la présente démarche à un large échantillon de médecins spécialistes et de médecins de famille, afin de comparer les positions des différentes spécialités, s'il en est, et de voir s'il existe un

lien entre la position privilégiée et le suivi au long cours de patients qui deviennent bien connus, l'enseignement reçu, l'expérience clinique et l'idéologie retenue en matière de consentement.

La question pourrait également être abordée par différents professionnels de la santé, et travaillant dans différents contextes, à savoir en pratique privée, en milieu hospitalier, en centre de réadaptation, en Centre d'hébergement, dans le contexte des urgences, contextes où la priorisation de la valeur de l'autonomie versus celle de la bienfaisance et de la protection du patient pourraient largement varier.

Finalement, il pourrait certainement être souhaitable de proposer à ce stade-ci un retour du balancier au niveau de l'enseignement médical. Après les générations du paternalisme et celle du respect de l'autonomie et de la volonté décisionnelle des patients, on pourrait concevoir une idéologie où le respect de l'autonomie ne contreviendrait pas au principe de bienfaisance, mais serait plutôt justement un acte de bienfaisance. Le non-respect de la volonté du patient ne serait donc plus considéré comme un acte qui contrevient à l'exercice de son autonomie lorsque cette dernière ne peut s'exercer adéquatement.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Applebaum, P.S. et Grisso, T. (1998) : “Mac Arthur Competence Assessment Tool for Treatment (MacCAT-T)” dans: *Professional Resource Press*, Sarasota, FL.
- Beaudoin, L. (2000) : « L’expérimentation biomédicale sur les majeurs inaptes ou vulnérables et la délicate question du consentement » dans : *Le Journal du Barreau*, Volume 32, Numéro 11, Juin.
- Benaroyo, Lazare (2006) : « Éthique et responsabilité en médecine », *Éditions Médecine et physique*.
- Boivin, Marie (1994) : « *Le consentement aux soins requis par l’état de santé chez les personnes majeures en droit Québécois et Ontariens : étude législative comparée* ». Maîtrise en droit de la santé, Université de Sherbrooke, Faculté de droit.
- Boivin, Marie (2005) : « *Le consentement aux soins requis par l’état de santé : points saillants* ». Conférence donnée à l’Hôpital Louis-H. Lafontaine, Avril.
- Code Civil du Québec*, 1998-1999. 6^e Édition, Les éditions Yvon Blais, Inc.
- Deslauriers, J.P. (1997) : « L’induction analytique » dans : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, pp. 293-309, Gaétan Morin Éditeur.
- Deslauriers, J.P., Kérisit, M. (1997) : « Le devis de recherche qualitative » dans : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, pp. 85-109, Gaétan Morin Éditeur.
- Doucet, Hubert (2002) : « La recherche qualitative » dans : *L’éthique de la recherche*, Chapitre 10, pp. 225-250. Presses de l’Université de Montréal.
- Fassadi, S.; Bianchi, Y.; Stiefel, F.; Waeber, G. (2009) : “Assessment of the capacity to consent to treatment in patients admitted to acute medical wards” dans : *BMC Medical Ethics*, 10:15.
- Fineltain, L. (2003) : « Aux sources de l’éthique médicale; éthique de la relation de soins en psychiatrie » dans : *Bulletin de Psychiatrie*, Numéro 14, Septembre.
- Fitten, L. J. (1999) : “Frontal lobe dysfunction and patient decision making about treatment and participation in research” dans : *The human frontal lobes: functions and disorders*. B.L. Miller & J.P. Cummings Editors, Guilford Press.

- Guest, G.; Bunge, A.; Johnson, L. (2006) : “How many interviews are enough? An experiment with data saturation and variability” dans : *Field Methods*, 18(1): 59-82.
- Gwen, A. (1996) : “Ethics in psychiatry research and practice (History and philosophy)” dans : *Current opinion in Psychiatry*, Volume 9, Numéro 5, 348-351.
- Jezequel, M. (2003) : « Consentez que je vous soigne! » dans : *Le Journal du Barreau*, Volume 35, Numéro 21, Décembre.
- Kitamura, T. & Hiramura H. (2004) : “Competency assessment in psychiatry and medicine” dans : *Current opinion in psychiatry*, Volume 17, 493-496.
- Kress, J.J. (1998) : « Les problèmes de base du consentement informé en psychiatrie : tour d’horizon européen » dans : *Annales de psychiatrie*, Volume 13, Numéro 2, 91-97.
- Laperrière, A. (1997) : « Les critères de scientificité des méthodes qualitatives » dans : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, pp. 365-389, Gaétan Morin Éditeur.
- Large, M.M.; Ryan, C.J.; Nielssen, O.B.; Hayes, R.A. (2008) : “The danger of dangerousness : Why we must remove the dangerousness criterion from our mental health acts” dans : *J. Med Ethics* 34, pp. 877-881.
- Levy, N.; Clarke, S. (2008) : “Neuroethics and psychiatry” dans : *Curr. Opin Psychiatry* 21: pp. 568-571.
- Liégeois, A; Eneman, M. (2010) : “Ethics of deliberation, consent and coercion in psychiatry” dans : *J. Med Ethics* 2008; 34, pp. 73-76.
- Marzano, M. (2006) : « Je consens, donc je suis », *Presses Universitaires de France*.
- Morenz, B.; Sales, B. (1997) : “Complexity of Ethical Decision Making in Psychiatry” dans : *Ethics & Behavior*, Volume 7, Numéro 1, 1-14.
- Palmer, B.W.; Salva, G.N. (2007) : “The association of specific neuropsychological deficits with capacity to consent to research or treatment” dans : *J. Int. Neuropsych. Soc.*, 13, pp. 1047-1059.
- Poupart, J. (1997) : « L’entretien de type qualitatif : considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques » dans : *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Poupart, Deslauriers, Groulx, Laperrière, Mayer, Pires, pp. 173-209, Gaétan Morin Éditeur.

Slovenko, R. (1998) : “Informed consent and defenses to lack of informed consent” dans : *Journal of Psychiatry and Law*, Automne, 441-470.

Stokes, G. (2001) : “Difficult decisions: what are a person’s best interest” dans : *Journal of Dementia Care*, Mai - Juin, 25-27.

Valenti Grebe, R. (2007) : “Informed consent for patient with cognitive impairment” dans : *The Nurse Practitioner*, déc.

Voyer, G. (1996) : « Qu’est-ce que la personne âgée autonome » dans : *Ethica clinica*, vol. 3, 4-9.

Wolf, Manuel (1999) : « Le consentement : pour une approche transdisciplinaire ». Texte sur Internet.

ANNEXE I

APPROBATION DU CER

CERTIFICAT D'APPROBATION DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE (CERFM)

Le Comité d'éthique a étudié le projet intitulé :

Étude exploratoire des réflexions et dilemmes éthiques auxquels sont confrontés les psychiatres, au regard de la problématique du consentement éclairé aux soins des patients souffrant de troubles mentaux graves

présenté par : Dre Christine Grou et Dre Béatrice Godard

Financé par : n/a

et considère que la recherche proposée sur des humains est conforme à l'éthique.

Isabelle B-Ganache, présidente

Date de soumission ou d'étude : 17 juin 2008

Date d'approbation : Modifié et approuvé le 3 juillet 2008

Numéro de référence : CERFM 95 (08) 4#311

N.B. Veuillez utiliser le numéro de référence dans toute correspondance avec le Comité d'éthique relativement à ce projet.

OBLIGATIONS DU CHERCHEUR :

SE CONFORMER À L'ARTICLE 19 DE LA LOI SUR LES SERVICES DE SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX, CONCERNANT LA CONFIDENTIALITÉ DES DOSSIERS DE RECHERCHE ET LA TRANSMISSION DE DONNÉES CONFIDENTIELLES EN LIEN AVEC LA RECHERCHE.

SOLLICITER LE CERFM POUR TOUTES MODIFICATIONS ULTÉRIEURES AU PROTOCOLE OU AU FORMULAIRE DE CONSENTEMENT.

TRANSMETTRE IMMÉDIATEMENT AU CERFM TOUT ÉVÉNEMENT INATTENDU OU EFFET INDÉSIRABLE RENCONTRÉS EN COURS DE PROJET.

COMPLÉTER ANNUELLEMENT UN FORMULAIRE DE SUIVI.

ANNEXE II

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Nous vous invitons à bien lire ce formulaire et à poser des questions avant d'y apposer votre signature.

Titre du projet :

Étude exploratoire sur les réflexions et dilemmes éthiques que pose la problématique du consentement éclairé aux soins des patients souffrant de troubles mentaux graves pour les médecins spécialistes en psychiatrie

Nom du ou des chercheur(s) : Christine Grou, Ph.D., neuropsychologue.

Organisme subventionnaire : Nil

Description du projet :

Cette étude est réalisée dans le contexte d'un programme de maîtrise en bioéthique à l'Université de Montréal sous la direction de madame Béatrice Godard. Il s'agit d'une recherche exploratoire portant sur les interrogations, réflexions, dilemmes éthiques, perception et compréhension de la notion du consentement éclairé aux soins des patients souffrant de troubles mentaux graves (Axe I du DSM-IV) mais considérés comme aptes à consentir. Ultimement, l'étude a pour objectif d'enrichir la réflexion éthique quant au consentement éclairé aux soins pour les patients porteurs de troubles mentaux graves.

Procédures :

Il s'agit d'un entretien qualitatif où des questions ouvertes vous seront adressées, d'une durée approximative de 1 heure, qui sera effectué par Christine Grou, neuropsychologue à l'Hôpital LHL depuis 16 ans et œuvrant en contexte hospitalier depuis 22 ans. Vous aurez le loisir de répondre de la façon la plus honnête et la plus complète possible, en vertu de la problématique à l'étude. Vos réponses seront enregistrées à l'aide d'un dictaphone pour être retranscrites de la façon la plus fidèle possible par la suite, en vue de l'analyse d'un ensemble des réponses du participant.

Avantages et bénéfices :

Votre participation à cette recherche permettra d'enrichir la réflexion éthique concernant la question du consentement éclairé aux soins en psychiatrie. Sur simple demande, nous vous transmettrons les résultats généraux de cette recherche, une fois l'étude terminée.

Risques et inconvénients :

Il n'y a pas de risque à participer à cette étude.

Critères d'inclusion :

Psychiatres travaillant à l'hôpital Louis-H. Lafontaine et ayant au moins 5 années d'expérience clinique dans la province de Québec.

Confidentialité :

Les données brutes seront codées et dénominalisées pour fins d'analyse. Les enregistrements sur dictaphone permettant le retour aux données brutes au besoin, seront conservés pendant sept ans après la fin de la présente étude et le dépôt du mémoire. Les données brutes seront conservées sous clé dans le bureau de la responsable de la recherche (Christine Grou), à l'hôpital Louis-H. Lafontaine.

Cependant, à des fins de contrôle du projet de recherche, votre dossier pourra être consulté par une personne mandatée par le Comité d'éthique de la recherche de la Faculté de médecine (CERFM) de l'Université de Montréal qui adhère à une politique de stricte confidentialité.

Éventualité d'une suspension de l'étude :

La participation à cette étude peut être interrompue par le chercheur s'il croit que c'est dans l'intérêt du participant ou pour toutes autres raisons.

Liberté de participation et liberté de retrait de l'étude :

Votre participation à cette étude est tout à fait volontaire. Vous êtes donc libre d'accepter ou de refuser d'y participer et vous pouvez vous retirer de l'étude en tout temps, sans avoir à donner de raisons et sans que cela n'affecte les traitements auxquels vous avez droit ni ne nuise à vos relations avec quiconque. Advenant votre retrait de l'étude avant l'analyse des données, l'enregistrement de vos propos sera effacé.

Personnes-ressources :

Pour toute question à propos de cette étude, commentaires ou interrogations, vous pouvez me contacter par téléphone au poste 3412 ou encore via le courriel de l'hôpital. Vous pouvez également contacter Madame Béatrice Godard, directrice de la recherche et responsable du programme de bioéthique de l'Université de Montréal.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal, au numéro de téléphone (514) 343-2100 ou à l'adresse courriel ombudsman@umontreal.ca (l'ombudsman accepte les appels à frais virés); et/ou à l'ombudsman de l'hôpital Louis-H. Lafontaine : Madame Elyse St-Amant (514-251-4000, poste 2920).

Adhésion au projet et signatures :

J'ai lu et compris le contenu du présent formulaire. Je certifie qu'on me l'a expliqué verbalement. J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions concernant ce projet de recherche et on y a répondu à ma satisfaction. Je certifie qu'on m'a laissé le temps voulu pour réfléchir et prendre ma décision. Je sais que je pourrai me retirer en tout temps.

Je soussigné(e) accepte de participer à cette étude.

Nom du participant	Signature du participant	Date
--------------------	--------------------------	------

Je certifie a) avoir expliqué au signataire les termes du présent formulaire de consentement; b) lui avoir clairement indiqué qu'il reste à tout moment libre de mettre un terme à sa participation au présent projet et que je lui remettrai une copie signée du présent formulaire.

Nom du Chercheur	Signature du chercheur	Date
------------------	------------------------	------

Informations de type administratif :

- L'original du formulaire sera conservé au bureau de Mme Christine Grou, responsable de l'étude et une copie signée sera remise au participant.
- Le projet de recherche et le présent formulaire de consentement ont été approuvés par le CERFM le (date) : 3 juillet 2008.
- No de référence : CERFM...95 (08) 4#311
- Date de la version du présent formulaire : 2 juin 2008

Ce projet de recherche a été approuvé par les docteurs André Luyet, directeur du département de psychiatrie, Hôpital Louis-H. Lafontaine (août 2008) et Réal Cloutier, directeur des services professionnels, Hôpital Louis-H. Lafontaine (septembre 2008).

ANNEXE III

QUESTIONNAIRE D'ENTREVUE SEMI-DIRIGÉE

1. Que signifie la notion de « consentement éclairé aux soins » pour vous et qu'implique-t-elle ?
 - Principe éthique sous-jacent.
 - Nature des informations à transmettre.
 - Vérification de la compréhension du sujet.
 - Problèmes rencontrés.
2. Selon votre avis, y a-t-il un lien entre le consentement éclairé et le principe d'autonomie ?
 - Nature du lien.
 - Explication de l'idéologie sous-jacente.
3. Considérez-vous que le consentement éclairé aux soins devrait être traité de façon particulière dans les cas de troubles mentaux graves ?
 - Raisons.
 - Particularités de la psychiatrie.
4. La question du consentement éclairé aux soins vous a-t-elle posé problème ou suscite-t-elle des réflexions ou dilemmes dans votre pratique professionnelle ?
 - *De quel ordre ou de quelle nature sont ces problèmes ou dilemmes?*
 - *Quelles sont les réflexions ou les dilemmes émergents ?*
 - *Nature des dilemmes ou réflexions.*
 - *Ampleur des dilemmes ou réflexions.*
 - *Fréquence des dilemmes ou réflexions.*
5. Comment arrivez-vous à une résolution ?
6. Quels sont vos recours en cas de dilemme éthique non résolu ?
 - *Avez-vous fait appel à de tels recours (nature, ampleur, conséquence) ?*
7. Croyez-vous pertinent de raviver la réflexion et les discussions sur le consentement aux soins en psychiatrie ?
 - Efficacité du consentement comme moyen de respecter l'autonomie.
 - Conception de l'autonomie dans la pratique actuelle.
8. Avez-vous une position privilégiée ou proposition au regard de cette problématique éthique ?

ANNEXE IV

RÉSUMÉ DES DONNÉES BRUTES

Question 1 : Signification de la notion de consentement

8 participants ont spontanément invoqué les critères de la Nouvelle-Écosse.

4 ont invoqué la nécessité de reformuler ou de s'assurer de la compréhension de l'information.

Une personne a souligné le fait que trop d'informations pouvait être alarmant ou rebutant pour le patient.

Deux participants ont souligné la nécessité d'évaluer le consentement en cours de soins plutôt qu'au départ, compte tenu de l'état de crise fréquent à l'arrivée à l'Hôpital. L'un de ces deux participants a remis en doute la possibilité que le consentement soit éclairé dans un tel cas.

Un participant a souligné le principe fondamental de la liberté de choix du patient dans l'offre de soins et services qui lui est proposé.

Deux personnes ont soulevé le concept de « consentement passif », à savoir que la non-objection était considérée comme un consentement.

Question 2 : Lien entre consentement et autonomie

8 personnes ont fait mention des concepts d'autonomie, de liberté de choix ou d'autodétermination. Le lien entre le consentement comme moyen de s'assurer du respect de la liberté ou de l'autonomie des personnes n'a par ailleurs pas pu être mis en évidence de façon claire.

Une personne a souligné le dilemme entre autonomie et bienfaisance.

Une personne a fait une distinction entre autonomie fonctionnelle, autonomie globale et autonomie relationnelle, en soulignant que lorsque le patient a une autonomie fonctionnelle et n'est pas dérangent, on ne cherche pas à le contraindre.

Une personne a souligné que pour choisir, on doit connaître à fond.

Une personne a souligné que l'autonomie n'était pas égale pour tous, ce qui contraint à respecter de façon variable (en bon père de famille) et en fonction des capacités.

Question 3 : Particularité du consentement / troubles mentaux graves

4 participants pensent que les mêmes balises doivent prévaloir.

5 d'entre eux ont élaboré les différences et particularités de la psychiatrie, avec arguments et exemples à l'appui.

Une personne a mentionné ne pas connaître suffisamment les réalités de la médecine physique.

Question 4 : Dilemmes rencontrés au regard du consentement aux soins

9 participants ont répondu avoir eu à faire face à des dilemmes en cours de pratique, soit dans l'illustration de cas cliniques, soit en faisant état de certaines situations plus générales.

1 seul participant a mentionné avoir eu très rarement des dilemmes à résoudre.

En général, les dilemmes portent sur :

- 1) le refus de certains patients d'en savoir trop;
- 2) la crainte de certains médecins d'en dire trop et de dissuader le patient du traitement;
- 3) L'implication de tiers (famille, curatelle);
- 4) Le retranchement de certains médecins derrière le refus du patient pour éviter la prise en charge ou offrir un traitement alternatif;
- 5) le double rôle du psychiatre : expert à la Cour et rôle de maintien de l'ordre social versus clinicien-soignant devant maintenir l'alliance et la relation avec le patient (soulevé par 4 des participants);
- 6) L'autonomie partielle et variable de certains patients (partiellement aptes ou momentanément inaptes);
- 7) L'action ou contrainte portant sur le traitement, mais pas sur les autres aspects (économiques, sociaux, etc.) de la vie du patient, deux personnes ayant clairement soulevé l'aptitude globale et non uniquement l'aptitude à consentir aux soins.

Question 5 : Moyens de résolution

Dans 8 cas sur 10, ont spontanément mentionné la consultation entre collègues (un ou quelques collègues psychiatres) dans un premier temps ou la consultation interdisciplinaire (avec l'équipe de soins).

Deux ont mentionné le recours au comité d'éthique mais uniquement lorsque la consultation entre collègues ne permettait pas de résoudre le dilemme.

Une personne a soulevé le fait que le comité semble gros, et qu'il était plus facile de consulter un simple collègue à l'époque ou nous avions à l'hôpital un médecin éthicien qui faisait office de consultation.

4 ont mentionné avoir recours à l'ordonnance de garde.

Question 6 : Recours possibles

6 ont mentionné l'entraide et la validation entre collègues.

2 ont mentionné impliquer l'équipe de soins.

Un participant a souligné que la famille pouvait être consultée et faire pencher la balance.

Une personne a fait référence à la consultation de l'avocate de l'Hôpital.

3 ont mentionné la possibilité de référer au comité d'éthique.

Un participant a mentionné qu'on leur recommandait de contacter l'association de protection médicale.

Un participant a souligné qu'il préférerait pouvoir se fier à son jugement qu'aux paramètres établis, mentionnant que la décision était influencée par sa connaissance de ses patients.

Une personne a mentionné réévaluer elle-même ses dossiers avec un œil critique « hostile » pour voir si son jugement clinique était bien défendable.

Question 7 : Nécessité de raviver la réflexion en psychiatrie

Tous les participants ont répondu par l'affirmative.

Les éléments soulevés sont les suivants :

- 1) La réflexion devrait se raviver quel que soit le consentement, même en médecine physique, afin de laisser le plus de place possible au patient dans sa décision.
- 2) Importance de porter un jugement sur sa capacité de jugement et non pas sur son jugement propre.
- 3) Réfléchir au volet du consentement implicite, ou passif, c'est-à-dire lorsqu'il n'y a pas d'opposition.
- 4) Éviter le paternalisme versus éviter de surestimer l'autonomie : un participant a souligné les dissensions avec ses collègues pour son idéologie.
- 5) Préséance de la bienfaisance en psychiatrie et questionnement sur jusqu'où on doit aller pour protéger les individus, par exemple les itinérants.
- 6) Nécessité de règles nuancées, et de ne pas avoir de règles trop définies.
- 7) Remise en question de l'autonomie en tant que valeur à respecter à tout prix.
- 8) Notion d'autonomie ou de capacité est peu considérée lorsque les patients ne dérangent pas, mais ne sont pas aptes pour autant.
- 9) Différents modèles de responsabilisation selon les vocations des institutions (la responsabilisation prend des formes complètement différentes).
- 10) Double rôle du psychiatre : soignant/contraignant en cas d'inaptitude.

Question 8 : Position personnelle privilégiée

Deux participants ont mentionné l'autonomie au plus possible, l'une ayant souligné que le respect du choix du patient ne devait en aucun cas correspondre à un abandon thérapeutique, l'importance de conserver l'alliance permettant d'assurer un suivi quel qu'il soit.

Trois ont avancé une position mitoyenne : l'une se disant une personne de compromis; l'autre disant que sa position a évolué avec le temps : l'autonomie ayant été prioritaire lorsqu'elle était plus jeune et la priorisation de valeurs n'étant plus spontanée actuellement, même si dans un monde idéal, l'autonomie devait demeurer au premier plan. La troisième personne a plutôt souligné l'absence de règle universelle et l'importance des contextes psycho-sociaux, en référence à une pratique médicale en région (et l'encadrement psycho-social des patients) comparativement à une ville comme Montréal.

5 participants ont mentionné adopter davantage une position paternaliste. L'un a fait mention de la nécessité de balises pour éviter les abus du passé, l'un ayant souligné la sécurité en tant que valeur primordiale, l'un mentionnant que les contraintes qu'il imposait au patient l'étaient dans son intérêt, et l'un soulignant que les patients étaient beaucoup mieux à l'époque du paternalisme, contrairement aux soignants qui se voyaient davantage de responsabilités sur le dos.

