

Comité Consultatif de Bioéthique

Avis n° 21 du 10 mars 2003 relatif au "Traitement forcé en cas d'hospitalisation sous contrainte"

***Demande d'avis en date du 11 février 1999,
du Dr Hendrik Bryon, psychiatre et médecin-chef du service des Hospitalisations forcées du
Centre médical St.-Jozef de Bilzen***

“Peut-on administrer sous contrainte (= sans consentement) la piqûre anticonceptionnelle (= préparation hormonale administrée par voie intramusculaire, dont l'effet contraceptif dure 2 à 3 mois) à une patiente hospitalisée de force?”

Cette question s'est posée à plusieurs reprises, en sachant:

- 1) que la patiente prend “la pilule” de façon très irrégulière*
- 2) qu'elle ne peut pas encore assumer une grossesse et que cette dernière la déstabiliserait*
- 3) qu'elle prend des médicaments (et consomme des boissons alcoolisées) dont les effets seraient nocifs pour le fœtus*
- 4) qu'elle est “nymphomane”, consent à/cherche à avoir des relations sexuelles (beaucoup trop) rapidement*
- 5) ses enfants précédents ont dû être placés en raison de sa négligence.*

Si l'administration de la piqûre contraceptive est interdite, de quelles alternatives responsables sur le plan juridique et éthique dispose-t-on? Le médecin doit-il restreindre davantage la liberté du patient? ...

La question qui se pose consiste à déterminer si le droit de l'être humain à la procréation peut être limité dans certaines (lesquelles?) conditions, pendant des périodes d'hospitalisation sous contrainte. Si la réponse est négative, quelle est la responsabilité du médecin en cas de grossesse? Celui-ci doit-il payer pour l'enfant?”

TABLE DES MATIERES

PARTIE I: DELIMITATION DE LA QUESTION

PARTIE II: PROBLEMATIQUE ETHIQUE

1.- Justification des traitements forcés

- 1.1. Le devoir de soigner: restauration de l' autonomie du patient
- 1.2. La sollicitude pour la vulnérabilité
- 1.3. La solidarité
- 1.4. Protection des tiers

2.- Problèmes éthiques: la prudence face aux menaces pour l'autonomie et l'intégrité des patients et pour les limites du pouvoir démocratique et de la médecine

- 2.1. L'exigence de prudence
- 2.2. L'exigence de consentement
- 2.3. Le respect de l'intégrité
- 2.4. Les limites de la médecine et du judiciaire

3.- Discussion éthique: comment articuler le respect de l'autonomie et de l'intégrité à l'assistance et à la contrainte?

- 3.1. Articuler les principes d'autonomie et d'assistance
 - 3.1.1. idées-forces
 - 3.1.2. assistance et respect
 - 3.1.3. exigences de réserve
 - 3.1.4. le respect dans les conditions de vie
- 3.2. Articuler le judiciaire et le médical

PARTIE III: LA LOI DU 26 JUIN 1990 CONCERNANT LA 'PROTECTION DE LA PERSONNE DES MALADES MENTAUX'

1.- Le cadre légal

- 1.1. Motifs d'une hospitalisation sous contrainte
- 1.2. Procédure
- 1.3. Déroulement ultérieur
- 1.4. Traitement forcé
- 1.5. Moyens de recours
- 1.6. La pratique des hospitalisations sous contrainte : quelques données épidémiologiques

2.- Discussion : les conditions de légitimité d'une hospitalisation sous contrainte

- 2.1. Un trouble mental
- 2.2. Danger pour soi ou pour autrui
- 2.3. Nécessité d'un traitement

PARTIE IV: RECOMMANDATIONS

PARTIE V: TRAITEMENTS CONTRACEPTIFS FORCES

PARTIE I: DELIMITATION DE LA QUESTION.

Il convient d'établir une distinction dépourvue d'ambiguïté entre l'hospitalisation sous contrainte et le traitement forcé. Le traitement forcé peut en effet se dérouler dans plusieurs contextes et n'est pas obligatoirement associé à une hospitalisation sous contrainte. Dans le contexte pénal, il existe diverses modalités en vertu desquelles des justiciables sont soumis à un traitement forcé. Il s'agit par exemple de la législation en matière d'internement, du cadre légal applicable à la probation et du cadre légal relatif au traitement des toxicomanes et des auteurs d'agressions sexuelles (en guise d'alternative à une peine 'classique').¹ Nous observons par ailleurs que les autorités ont de plus en plus recours à la possibilité de traitement forcé sans hospitalisation sous contrainte et ce, pour divers troubles psychiatriques.

Le Comité a décidé de se limiter aux traitements forcés dans le contexte civil d'une hospitalisation sous contrainte, telle que prévue dans la loi du 26 juin 1990 concernant la protection de la personne des malades mentaux. Le présent avis n'abordera donc pas les traitements forcés dans le contexte pénal, ils pourront éventuellement faire l'objet d'un avis ultérieur.

De même nous n'aborderons pas le problème de l'expérimentation dans ce cadre.

Par contre, le Comité a décidé de ne pas limiter la question posée aux traitements contraceptifs forcés mais de l'étendre à toutes les formes de traitement forcé.

Les termes *traitement forcé* désignent toute intervention – physique, psychologique ou sociale – ayant une finalité thérapeutique, qui est appliquée à une personne présentant des troubles psychiatriques; soit cette personne est capable -de fait- de donner son accord concernant le traitement et s'y refuse, soit elle est incapable de marquer son consentement et refuse le traitement. La notion de *contrainte* doit être considérée comme variable dans un continuum allant de l'acceptation passive du patient au traitement imposé par le médecin malgré le refus du patient.

Les recommandations formulées dans le présent avis concernent prioritairement les aspects éthiques du *traitement forcé*. En ordre subsidiaire, un certain nombre de remarques sont émises sur la loi du 26 juin 1990 concernant la protection de la personne des malades mentaux et son application. Le Comité estime en effet que le jugement éthique porté sur les traitements forcés doit tenir compte du contexte juridique et institutionnel dans lequel ils se déroulent.

Les questions fondamentales qui doivent être abordées sont les suivantes:

- *Un patient hospitalisé sous contrainte peut-il ipso facto être traité de force?*
- *A quel moment, dans quelles circonstances et dans quelle mesure le médecin peut-il administrer des soins sans le consentement libre et informé d'un patient hospitalisé sous contrainte ?*

¹ Cf. la loi du 1er juillet 1964 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, M.B., 17 juillet 1964; la loi du 29 juin 1964 concernant la suspension, le sursis et la probation, M.B., 25 avril 1995; la loi du 13 avril 1995 relative aux abus sexuels à l'égard de mineurs, M.B., 25 avril 1995; la loi du 5 mars 1998 relative à la libération conditionnelle et modifiant la loi du 9 avril 1930 de défense sociale à l'égard des anormaux et des délinquants d'habitude, remplacée par la loi du 1er juillet 1964, M.B., 2 avril 1998; l'accord de coopération du 8 octobre 1998 entre l'Etat fédéral et la Communauté flamande concernant l'accompagnement et le traitement d'auteurs d'abus sexuels; la loi du 28 novembre 2000 relative à la protection pénale des mineurs, M.B., 17 mars 2001.

PARTIE II: PROBLEMATIQUE ETHIQUE

Cette partie de l'avis présente de façon générale l'approche éthique adoptée par le Comité à propos des traitements dispensés sous la contrainte.

La question qui nous occupe est constituée, du point de vue éthique, par la tension entre (1) le devoir médical et social de soigner et (2) les risques d'atteintes, dans les situations de soins sous contrainte, à (2.2) l'autonomie et (2.3) l'intégrité des patients, et (2.4) à la distinction et aux limites respectives du médical et du judiciaire. On développera successivement ces aspects du problème avant de formuler (3.1) les principes de base adoptés par le Comité à propos des traitements prodigués en hospitalisation sous contrainte. Cette approche générale conduit aux analyses et aux recommandations formulées dans les IIIème, IVème et Vème parties de cet avis, qui constituent l'application concrète des lignes directrices explicitées ici.

1. Justification des traitements forcés.

1.1. Le devoir de soigner : restauration de l'autonomie du patient

L'objectif essentiel des traitements administrés sous contrainte dans une situation d'hospitalisation forcée et ce qui les justifie, c'est toujours, directement ou indirectement, la préservation, la restauration ou l'accroissement, chez le patient, d'une capacité d'autonomie affaiblie ou paralysée par un trouble psychiatrique. Le traitement forcé ne se justifie donc qu'à la condition que manque chez le patient, en raison de son trouble mental, la capacité de fait d'un consentement libre et éclairé aux soins que son état nécessite. Il s'agit alors, face à la souffrance de patients gravement atteints, et tout en mesurant les risques éventuels de l'intervention judiciaire et médicale, de mettre à leur service les possibilités qu'offre la médecine. Il faut entendre la médecine dans un sens large : non seulement *to cure* (*guérir*), mais aussi *to care* (*prendre soin de*); en effet, soigner n'est pas seulement ni toujours guérir une pathologie, mais améliorer la vie du patient en l'aidant à vivre la situation de santé, provisoire ou durable, qui est la sienne. On doit souligner ici, en particulier, les progrès, parfois spectaculaires, acquis depuis un demi-siècle dans la capacité d'améliorer les capacités des patients psychiatriques, de soulager leur souffrance, de leur fournir un cadre de vie qui les aide. Ce sont ces possibilités de soigner qui impliquent un devoir d'agir en faveur des patients.

1.2. La sollicitude pour la vulnérabilité

La volonté et le devoir de soigner – ou le principe de bienveillance ou d'assistance – est un des principes les plus fondamentaux de l'éthique médicale. Il exprime, sur le plan de la pratique, de la relation et de l'institution médicales, un principe éthique plus général, qui est celui de la sollicitude que requiert, de la part de la société aussi bien que des proches, la vulnérabilité ou la fragilité qui caractérise tout être humain ; la maladie, physique et/ou psychique, est une des formes les plus fondamentales de cette vulnérabilité.

1.3. La solidarité

Enfin, cette exigence de sollicitude est un des aspects du principe très général de solidarité ou de responsabilité (envers autrui) qui est essentiel aussi bien aux relations inter-personnelles directes (familiales, amicales, etc...) qu'aux relations proprement sociales, c'est-à-dire institutionnelles et anonymes. Sur le plan socio-juridique, c'est donc le droit à la santé et aux soins (avec le devoir de soigner qui en est corrélatif) qui est ici pertinent.

1.4. *Protection des tiers*

Il faut préciser que la solidarité et la sollicitude, personnelles et sociales, ainsi que la responsabilité de prendre soin, peuvent se voir engagées à l'égard, non seulement des patients eux-mêmes, mais aussi à l'égard des tiers lorsqu'un patient constitue, en raison de sa maladie, un danger grave pour eux.

2. Problèmes éthiques : la prudence face aux menaces pour l'autonomie et l'intégrité des patients, les limites du pouvoir démocratique et de la médecine

2.1. L'exigence de prudence

Les situations qui sollicitent le devoir de soigner au point d'imposer des soins aux patients sans leur consentement exigent une extrême prudence. Non seulement l'histoire, mais aussi la situation dans d'autres pays et même certains témoignages actuels dans le nôtre, montrent que la pratique psychiatrique a comporté, et comporte encore parfois, des éléments très discutables sous plusieurs aspects : abus dans la décision de placement ou de maintien sous contrainte ; abus ou insuffisances thérapeutiques (relation trop unilatérale entre patients et soignants, traitements contestables ou insuffisants); abus ou insuffisances dans les conditions de vie imposées aux patients (contraintes ou isolement excessifs, inactivité dégradante...).

Le devoir de soigner doit donc être accompagné de la plus grande prudence possible, et se laisser questionner en permanence par d'autres principes de même rang que lui : le principe du consentement aux soins, celui du respect de l'intégrité des patients, celui de la distinction des institutions et des logiques judiciaire d'une part, et médicale d'autre part.

2. 2. L'exigence de consentement

Les situations de traitement sous contrainte sont éthiquement problématiques en tout premier lieu en raison de l'absence de consentement libre et éclairé du patient à son traitement – un consentement dont l'exigence est un des principes les plus fondamentaux de l'éthique médicale. On analysera plus loin les critères auxquels doit répondre la situation d'un patient pour qu'on puisse envisager de le soigner sans son consentement ; on voudrait ici expliciter d'abord quelque peu le sens de l'exigence de consentement, en proposant de la comprendre de façon large.

2.2.1. Le consentement ne se réduit pas à la décision ponctuelle par laquelle le patient accepte que commence le traitement ; il faut plutôt le considérer comme structurant en permanence l'ensemble de la relation entre le patient, les soignants et l'institution médicale. Cette relation peut être considérée comme proprement médicale en tant qu'elle est, en principe, une relation bilatérale, dont normalement les deux partenaires sont chacun les agents – de façon évidemment différenciée - si le médecin soigne, le patient, de son côté, demande les soins, y consent et y collabore, participant ainsi activement à son traitement et à sa guérison. De même, chacun des partenaires a à montrer une forme de disponibilité envers l'autre : si le patient consent au traitement proposé par le médecin et s'y conforme, le soignant de son côté a à écouter le patient et à tenir réellement compte, aussi bien dans le diagnostic que dans le traitement, des attentes, projets, réactions et sentiments du patient – et cela tout au long du traitement. On comprend alors que l'absence de consentement constitue un problème éthique dans la mesure où elle déstructure la relation soignant-patient, et risque de la pervertir en relation unilatérale – le patient ne faisant que

subir, et le soignant décidant et agissant seul.

2.2.2. Le principe de consentement n'est pas une règle purement interne à la pratique médicale : il y traduit les principes éthiques, juridiques et politiques les plus fondamentaux. En particulier, il est une des façons dont se concrétise, dans le cadre de la pratique médicale, d'abord le principe d'autonomie des personnes. Même si tous les concepts invoqués ici font l'objet d'interprétations plurielles, un très large consensus considère cette autonomie, entendue comme capacité et droit à disposer de soi-même, à être soi-même le sujet actif de son existence, aussi bien dans les gestes du quotidien que dans les décisions et orientations qui engagent de façon plus globale, comme une des composantes essentielles de la dignité humaine.

2.2.3. On notera aussi que l'exigence de consentement libre concrétise également, dans le cas de la relation et des institutions médicales, le principe d'égalité des personnes. L'égalité exige en effet que toutes les personnes impliquées dans une situation, une relation ou une pratique participent de la façon la plus égale possible à ce qui les concerne. Cette exigence reste valable même si les participations sont différenciées et les relations asymétriques – comme c'est le cas dans la relation patient-soignant. L'égalité exige que le patient ne fasse pas que subir l'action des soignants – comme l'objet de soins dont eux seuls seraient les acteurs.

2.3. Le respect de l'intégrité

La difficulté ou le risque des traitements sous contrainte concerne également cet autre aspect de l'autonomie et de la dignité des patients qui est leur intégrité – physique, mais surtout psychique et existentielle. Bien que l'idée d'intégrité soit elle aussi sujette à interprétations et accentuations plurielles, on peut la comprendre comme ce qui fait l'unité concrète et l'identité propre d'une personne, comme la cohésion ou la cohérence – évidemment dynamique, et jamais complète - d'une personnalité physique, psychique, existentielle. L'exigence du respect de l'intégrité des personnes joue un rôle central dans l'éthique médicale, et son importance augmente en raison de la croissance des possibilités d'interventions de la médecine sur les divers aspects de ce qui constitue une existence et une personnalité.

Or, les traitements psychiatriques ont ceci de particulier, par rapport aux traitements purement somatiques, qu'ils visent à agir non pas (ou pas seulement) sur une situation physique ou une fonction physiologique, mais directement ou indirectement sur un type d'attitude et de comportement, un rapport à soi, aux autres et au monde, bref sur la façon d'être propre au patient. De plus, une hospitalisation psychiatrique, surtout si elle se prolonge, comme pour un certain nombre de patients « chroniques », constitue une modification importante de la trajectoire de vie de la personne – une trajectoire qui est constitutive de son identité. Pour ces raisons, dans les situations qui nous occupent, l'intégrité des patients est en jeu d'une façon tout à-fait particulière, alors même que leur capacité de consentir au traitement fait défaut au moment d'initier le traitement.

2.4. Les limites de la médecine et du judiciaire

La spécificité des traitements sous contrainte dans le cadre de la loi, ce n'est pas seulement l'absence de capacité au consentement du patient; c'est le fait que le traitement médical –s'effectue dans le cadre d'une décision et une contrainte judiciaires. Certes, toute pratique médicale s'inscrit dans un cadre culturel et social déterminé: mais, dans les cas qui nous occupent, ce cadre a la

forme tout à fait particulière d'une procédure et d'une contrainte judiciaires (c'est-à-dire exécutoire par la force). Cette superposition du médical et du judiciaire comporte des risques importants pour chacune des institutions ou des sphères en présence.

2.4.1. La démocratie repose, entre autres, sur une séparation assez nette de la sphère privée et de la sphère publique, avec une limitation des prérogatives du pouvoir politique et une autonomisation à son égard de la sphère privée. Normalement, l'initiative des soins médicaux individuels relève exclusivement de cette sphère privée. Lorsque le recours aux soins médicaux est imposé par l'institution judiciaire, les frontières du pouvoir et celles du privé, caractéristiques de la démocratie, risquent de se brouiller. En particulier, le statut du patient devient non plus celui d'un citoyen égal à tout autre dans la capacité présumée et le droit de mener lui-même sa propre existence, mais celui d'un patient à qui le pouvoir social impose sa tutelle (c'est-à-dire son contrôle et ses soins).

2.4.2. En même temps, la relation, la pratique et l'institution médicales risquent d'être purement et simplement instrumentalisées par le pouvoir social au profit d'objectifs d'ordre public ou de sécurité, et détournées ainsi de leur fonction constitutive, qui est de soigner chaque patient avant tout pour son propre bien.

2.4.3. Cette instrumentalisation possible de la médecine par l'institution judiciaire peut s'observer dans le cadre de stratégies politiques (comme celles qui furent menées dans certains pays en psychiatisant les opposants politiques) ; elle peut aussi être utilisée abusivement au service d'autres logiques ou à suppléer à d'autres dispositifs institutionnels : par exemple judiciaires (on médicalise alors qu'il faudrait sanctionner : citons le cas d'un toxicomane qui commet un vol), ou sociaux (on demande l'hospitalisation forcée d'un conjoint violent d'avec qui on n'ose pas divorcer ; on risque d'enfermer des personnes marginales sous le prétexte qu'elles ne disposent pas d'un bain, d'un chauffage).

Le comité attire ici l'attention sur le fait que le recours croissant à la médecine, notamment psychiatrique, peut s'inscrire dans une logique de désocialisation : la médecine traite en effet individuellement des personnes et des situations dont les difficultés auraient pu faire l'objet de soutien et de mesures de type collectif et non-médical. Enfin, on peut être tenté de faire appel à la toute-puissance fantasmatiquement attribuée à la médecine comme si son rôle était de remédier aux risques, aux échecs, aux tensions, aux limites qui caractérisent le social et l'humain. Contre cette tentation, et face à des situations difficiles, il faut peut-être rappeler qu'on ne peut pas prétendre tout soigner médicalement, et qu'il faut accepter d'affronter et de vivre socialement des situations ou des personnes « à problèmes » ou « faisant problème ».

2. Discussion éthique : comment articuler le respect de l'autonomie et de l'intégrité, à l'assistance et à la contrainte ?

Le problème éthique consiste à articuler les uns avec les autres les différents principes qu'on vient d'explicitier ; ils ne peuvent être appliqués isolément les uns des autres, mais ils entrent malgré tout en tension entre eux.

Le Comité a cherché :

a) à identifier aussi rigoureusement que possible les critères qui permettent de déterminer dans quelles situations le devoir de soigner l'emporte sur l'exigence de consentement ;

- b) à chercher et à définir les moyens d'assurer l'équilibre optimal, dans ce type de cas, entre les différents principes éthiques pertinents : sollicitude et respect, assistance et autonomie, intervention et intégrité;
- c) à chercher la meilleure articulation possible entre l'institution médicale et l'institution judiciaire, de façon à les garder chacune dans leur rôle propre selon la logique démocratique.

3.1. Articuler les principes d'autonomie et d'assistance

3.1.1. Idées-forces

La recherche de la meilleure articulation possible entre ces deux principes sera guidée par quelques idées-forces :

- a) d'abord, la règle de fond de la pratique médicale, impliquant le consentement et visant avant tout, autant que possible, à respecter l'intégrité du patient et à restaurer son autonomie, reste la référence première qui oriente dynamiquement l'ensemble du traitement, même dans les cas où le patient est, au début et/ou sur certains points, incapable de fait d'un consentement libre et éclairé;
- b) la situation de traitement sous contrainte impose aux soignants non pas plus de liberté, mais un surcroît de responsabilité, un plus grand souci de l'intégrité des patients (puisque ces derniers sont moins capables d'y veiller eux-mêmes), et par là des limitations thérapeutiques, des exigences de prudence et de respect plus strictes que dans les cas normaux.

3.1.2. Assistance et respect

Le respect de l'autonomie (et donc de la dignité) du patient ne se limite pas à subordonner le début du traitement à un consentement initial, et ne disparaît pas si ce consentement fait défaut. En effet, même lorsqu'il est sous contrainte, le patient reste d'abord et ultimement à respecter dans ses capacités; (a) il y a (presque) toujours une capacité potentielle, partielle, progressive de consentement chez le patient, qui doit être recherchée et respectée scrupuleusement à chaque étape du traitement; (b) et surtout, la visée du traitement est précisément de restaurer ou de préserver autant que possible cette capacité d'autonomie potentielle, partielle, progressive. Cela signifie concrètement qu'entre la pleine coopération et la pure et simple contrainte par force, il existe tout un éventail de modalités relationnelles et institutionnelles. L'absence initiale de consentement, qui a motivé la décision judiciaire, ne décide pas définitivement de l'allure que ces relations pourront prendre : tout au long du traitement, il s'agit pour les soignants de chercher le maximum de concertation et d'accord avec le patient. On peut donc poser comme principe qu'il faut dans toute la mesure du possible traiter le patient, même placé sous contrainte, comme s'il était capable de consentir : ce qui implique l'effort constant pour l'informer, le convaincre, la patience attentive à son évolution, la prise en compte permanente et sérieuse de son point de vue. Des recommandations concrètes développent cette exigence dans la partie IV de cet avis.

3.1.3. Exigences de réserve

D'autre part, la situation de contrainte reporte sur les seuls soignants la responsabilité normalement partagée entre soignants et patient : ce surcroît de responsabilité implique un surcroît de prudence. Cela signifie une obligation très stricte de réserve dans les traitements, et une attention extrême au respect de l'intégrité du patient :

- a) ne sont légitimes, dans la situation de contrainte, que les traitements psychiatriques qui visent la pathologie qui a occasionné le placement sous contrainte;

b) le traitement d'autres pathologies requiert le consentement informé du patient, sauf si l'affection est de nature telle qu'elle met en danger l'intégrité physique du patient (par exemple une infection aiguë, une hypertension sévère, un infarctus) et que le refus de traitement est à mettre en relation avec son affection psychiatrique. Le traitement de pathologies préexistantes, que le patient a refusé antérieurement (avant que son trouble psychiatrique ne survienne), ne peut être entrepris sans son consentement.

c) il convient de limiter les traitements en tenant compte de la durée limitée de la mesure de contrainte décidée par le juge;

d) il faut se limiter aux thérapies qui font l'objet d'un très large consensus médical quant à leur efficacité.

3.1.4. Le respect dans les conditions de vie

Les conditions de vie imposées au patient par son placement en institution font partie des soins au sens large, et doivent répondre aux mêmes principes de recherche du consentement du patient, de prudence et de réserve que ceux qui s'appliquent aux mesures strictement thérapeutiques. En particulier, les mesures concrètes de contrainte (interdictions ou obligations) en matières d'activités et d'horaires, de relations, de communications...), doivent être limitées autant que possible et réellement justifiées: le pouvoir presque sans limite des équipes soignantes, les mesures infantilissantes, voire dégradantes, sont des risques réels pour la médecine psychiatrique sous contrainte. Ici encore, la situation d'hospitalisation contrainte ne peut pas être interprétée comme une extension de la liberté des soignants, mais comme un alourdissement de leur responsabilité : et celle-ci est toujours essentiellement de respecter et de promouvoir dynamiquement le patient dans sa dignité, dans ses capacités d'autonomie et de responsabilité de lui-même, et dans son intégrité.

Ce point est évidemment difficile. Par exemple : imposer un horaire, est-ce aider à la restructuration comportementale du patient, ou assurer son assujettissement à l'institution et aux soignants ? Laisser les patients libres de ne rien faire plutôt que les entraîner dans des activités, est-ce respecter leur autonomie, ou bien mépriser leur dignité en les laissant dans la passivité ? La vigilance éthique demande de maintenir ce questionnement, et donc de réexaminer régulièrement d'un œil critique, en se laissant contester par les points de vue de toutes les personnes concernées, les dispositions imposées aux patients sous régime de contrainte.

3.2. Articuler le judiciaire et le médical

Le lien entre relation médicale et contrainte judiciaire exige des dispositifs qui évitent leur confusion en préservant une différenciation des rôles (soigner/contraindre) aussi nette que possible. Il faut réfléchir aux difficultés liées au fait que les soignants en général, et de façon toute particulière le médecin-chef de l'établissement à qui le patient a été confié, jouent en fait un double rôle : celui de thérapeutes et celui de « gardiens » exécutant une décision judiciaire qui leur confère un pouvoir très large sur le patient et ses conditions de vie. Ce double rôle (auquel s'ajoute le poids de l'avis du médecin dans la décision de maintien sous contrainte) risque d'estomper la distinction entre pratique médicale et institution judiciaire. Il semble donc nécessaire d'imaginer et de mettre en place des dispositifs qui structurent autrement que dans un face-à-face purement asymétrique la relation thérapeutique sous contrainte.

Ce dispositif consisterait, en particulier, à introduire un tiers dans la relation entre le médecin et le patient, de façon à renforcer les possibilités du patient en organisant systématiquement sa représentation possible par une personne de confiance, tant auprès du médecin que du juge et de l'avocat.

Par ailleurs, ce dispositif consisterait en une explicitation des règles imposées au patient par

l'institution où il est placé, en vue d'éviter l'arbitraire en ce domaine.

PARTIE III LA LOI DU 26 JUIN 1990 CONCERNANT LA 'PROTECTION DE LA PERSONNE DES MALADES MENTAUX' (M.B., 27 JUILLET 1990)

1.- Le cadre légal

1.1. Les motifs cumulatifs d'une hospitalisation sous contrainte

Les motifs justifiant une hospitalisation sous contrainte sont définis dans l'art. 2:

- le patient doit être atteint d'un trouble mental (on a recours à la notion de 'troubles psychiques' dans l'art. 1).² Cette notion n'est pas décrite de façon plus détaillée. La loi précise toutefois que l'inadaptation aux valeurs morales, sociales, religieuses, politiques ou autres, ne peut être en soi considérée comme une maladie mentale.

- aucun autre traitement approprié n'est possible.

L'hospitalisation sous contrainte d'un malade mental peut être requise pour deux raisons: soit parce que l'individu concerné "met gravement en péril sa santé et sa sécurité", soit parce qu'il "constitue une menace grave pour la vie ou l'intégrité d'autrui".

1.2. La procédure (normale et urgente)

La procédure normale (articles 4-8) — Toute personne intéressée peut adresser une requête écrite au juge de paix afin de demander la mise en observation d'une autre personne. Un rapport médical circonstancié doit être joint à cette requête et s'appuyer sur un examen datant de quinze jours au plus et décrivant l'état de santé de la personne dont la mise en observation est demandée. La requête doit également décrire les symptômes de la maladie et constater que les conditions de l'article 2 sont réunies. Le médecin qui établit le rapport médical ne peut être parent ou allié du malade ou du requérant, ni être attaché au service psychiatrique où le malade se trouve le cas échéant.

Dès la réception de la requête, le juge de paix demande au bâtonnier de l'Ordre des avocats ou au bureau d'aide juridique de désigner sans délai un avocat. Dans les 24 heures, le juge de paix fixe le jour et heure de sa visite à la personne dont la mise en observation est sollicitée et ceux de l'audience. Dans le même délai, la requête est notifiée au malade (et, le cas échéant, à son représentant légal) par pli judiciaire. Ce courrier doit mentionner les nom et adresse de l'avocat désigné et précise en outre que le malade a le droit de choisir un autre avocat, un médecin-psychiatre et une personne de confiance.

Lors de l'audience, le juge de paix entend le malade ainsi que toutes les autres personnes dont il

² Le terme trouble mental couvre les maladies mentales, les handicaps mentaux et les troubles de la personnalité. La commission fait référence à la notion de trouble mental décrite dans la *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, Tenth revision* (ICD10) de l'Organisation mondiale de la Santé (1992) ou au *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition* (DSM IV) de l'*American Psychiatric Association* (1994).

estime l'audition utile, en présence de l'avocat du malade. Il doit également recueillir tous les renseignements utiles d'ordre médical ou social.

Le juge de paix rend un jugement motivé et circonstancié dans les dix jours qui suivent le dépôt de la requête.

S'il accède à la demande d'hospitalisation, le juge de paix désigne le service psychiatrique dans lequel le malade sera mis en observation.

La procédure d'urgence (art. 9) — Cette procédure se déroule par l'intermédiaire du procureur du Roi du lieu où le malade se trouve. En cas d'urgence, le procureur peut décider de mettre le malade en observation dans le service psychiatrique qu'il désigne.

L'intervention du procureur fait suite soit à l'avis écrit d'un médecin désigné par lui, soit à la requête écrite d'une personne intéressée (accompagnée d'un rapport médical circonstancié). Le caractère urgent doit ressortir de l'avis/du rapport.

Dans les 24 heures de sa décision, le procureur en avise le juge de paix compétent et lui adresse la requête écrite. Dans le même délai, le procureur donne connaissance de sa décision aux personnes suivantes: le malade, son représentant légal (le cas échéant), la personne chez qui le malade réside et la personne intéressée qui a adressé la requête écrite au procureur (le cas échéant).

Le juge de paix doit ensuite prendre les mêmes mesures que celles décrites sous 'la procédure normale' (faire désigner un avocat, déterminer le jour et l'heure de la visite au malade et de l'audience, etc.).

Si le procureur n'a pas adressé la requête écrite au juge de paix dans les 24 heures ou si le juge de paix n'a pris aucune décision dans les dix jours suivant le dépôt de la requête, la mesure prise par le procureur prend fin.

1.3. Déroulement ultérieur, une fois que le patient a été hospitalisé de force.

Les modalités relatives à l'admission, au maintien éventuel de l'hospitalisation et à la fin de cette dernière sont définies dans les articles 10 à 21.

L'admission (initiale) (articles 10-12)

La durée de la mise en observation ne peut dépasser quarante jours.

Les patients hospitalisés sous contrainte peuvent, "conformément à la décision et sous l'autorité et la responsabilité d'un médecin du service", effectuer des sorties de durée limitée, seuls ou accompagnés. Il se peut également qu'ils séjournent à temps partiel (de jour ou de nuit) dans l'établissement.

La mise en observation peut prendre fin avant l'expiration du délai de quarante jours lorsqu'en décide ainsi:

- soit (rarement) le juge de paix qui a décidé la mise en observation (le jugement est rendu à la demande du malade ou de tout intéressé). L'avis du médecin-chef de service doit être demandé dans tous les cas.
- soit (rarement) le procureur qui a décidé la mise en observation, tant que le juge de paix n'a pas statué.
- soit (le plus souvent) le médecin-chef du service qui constate dans un rapport motivé que l'état du malade ne justifie plus l'hospitalisation forcée. Il doit en informer le malade et le directeur de l'établissement, qui avertit à son tour les personnes suivantes: le magistrat qui a pris la décision, le juge de paix saisi de l'affaire, le procureur et la personne qui a demandé la mise en observation.

Le maintien (éventuel) de l'hospitalisation (articles 13-18)

Si le maintien de l'hospitalisation s'avère nécessaire au terme de la période d'observation de 40 jours, le directeur de l'établissement doit transmettre au juge de paix un rapport circonstancié du médecin-chef de service attestant la nécessité du maintien de l'hospitalisation, quinze jours au moins avant l'expiration des 40 jours.

Le juge de paix fixe la durée du maintien de l'hospitalisation. Celle-ci ne peut dépasser deux ans. Le malade peut demander au médecin de son choix de rendre un avis écrit, conformément à l'art. 13: "Lorsque le malade a produit l'avis écrit d'un médecin de son choix et que cet avis diverge de celui du médecin-chef de service, le juge entend les médecins contradictoirement en présence de l'avocat du malade".

Au terme du maintien, le directeur de l'établissement laisse sortir le malade sauf s'il a été jugé que l'hospitalisation doit être maintenue pour une nouvelle période (de deux ans maximum).

Tout comme c'était le cas lors de la première admission, le malade peut être autorisé à effectuer des sorties de durée déterminée, seul ou accompagné, conformément à la décision et sous l'autorité et la responsabilité d'un médecin du service pendant le maintien de l'hospitalisation.

Le médecin-chef de service peut décider à tout moment, avec l'accord du malade et dans un rapport motivé, une postcure en dehors de l'établissement. Cette postcure peut durer maximum un an. Dans pareil cas, il faut également préciser les conditions de résidence, de traitement médical ou d'aide sociale. Le médecin-chef de service peut décider à tout moment de mettre fin à la postcure (s'il estime que l'état du malade le justifie) ou décider la réadmission du malade dans l'établissement (s'il juge que l'état du malade l'exige ou si les conditions de la postcure n'ont pas été respectées).

Pendant le maintien de l'hospitalisation, le malade peut être transféré dans un autre service psychiatrique. La décision doit être prise par le médecin-chef de service en accord avec le médecin-chef de l'autre service, soit d'initiative, soit à la demande de tout intéressé, soit à la demande d'un médecin-inspecteur compétent.

La décision de transfert doit être communiquée au malade, qui peut former opposition (son représentant légal, son avocat ou son médecin peuvent également s'y opposer).

La fin du maintien de l'hospitalisation (articles 19-21)

D'initiative ou à la demande de tout intéressé, le médecin-chef de service peut décider que le maintien de l'hospitalisation du malade n'est plus nécessaire. Cette décision doit être motivée dans un rapport.

La mesure de maintien est également levée si aucune réadmission n'a été décidée dans un délai d'un an de postcure.

La personne qui a demandé la mise en observation peut former opposition à la décision par une requête adressée au juge de paix compétent, dans les cinq jours suivant l'envoi de la lettre recommandée annonçant que le médecin-chef de service ne juge plus le maintien de l'hospitalisation nécessaire.

*1.4. Quelles sont les dispositions de la loi à propos du **traitement forcé**?*

L'un des motifs d'une hospitalisation sous contrainte stipule qu'aucun "autre traitement approprié" n'est possible (cf. supra: art. 2), ce qui donne à penser que le législateur considère l'hospitalisation forcée comme un instrument dont la finalité est de traiter le malade.

Par ailleurs, la loi fait constamment référence à une hospitalisation à des fins d'observation (voir le titre de la Section I, art. 4, art. 5, art. 7, art. 8, art. 9, art. 12 et art. 13). Dans les articles 11 et 12, il est question de "la mise en observation".

L'art. 11 affirme en substance: "La mise en observation ne peut dépasser quarante jours. Pendant cette période, le malade est surveillé, examiné de façon approfondie et traité en tenant compte de la durée limitée de la mesure". Dans l'art. 15, qui vise le maintien de l'hospitalisation, il est précisé que "le malade est surveillé et traité". L'art. 18, qui évoque le transfert dans un autre service, stipule que durant le maintien, le malade peut être transféré dans un autre service psychiatrique "en vue d'un traitement plus approprié".

*1.5. Moyens de **recours***

Aussi bien le malade (même mineur) que son représentant légal ou son avocat, ainsi que toutes les parties à la cause, ont la faculté d'interjeter appel des jugements du juge de paix, endéans les 15 jours de la notification du jugement.

En appel, le procureur et le malade (assisté d'un avocat et, le cas échéant, du psychiatre de son choix) sont entendus.

*1.6. La **pratique** des hospitalisations sous contrainte: quelques données épidémiologiques*

Environ 4000 patients psychiatriques sont hospitalisés chaque année sous contrainte en Belgique, soit 5,34% de la totalité des hospitalisations psychiatriques. En 1998, année la plus récente dont nous avons des données complètes, nous comptons 3.945 hospitalisations sous contrainte pour 73.855 hospitalisations psychiatriques volontaires. Cela concerne 63% d'hommes et 37% de femmes, tandis que pour les hospitalisations volontaires, le partage des sexes est égal (50%-50%). La procédure d'urgence est appliquée dans 80% des cas et la procédure de base seulement dans 20%. Il n'y a pas de différence entre les hospitalisations psychiatriques volontaires et les hospitalisations sous contrainte en ce qui concerne les variables sociologiques 'niveau de formation' et 'type d'enseignement'. On trouve chez les patients hospitalisés sous contrainte plus de personnes sans travail (différence de 10%) et sans profession (différence de 6,5%).

Les diagnostics psychiatriques les plus fréquents chez les personnes hospitalisées sous contrainte sont : troubles psychotiques (40,5%), toxicomanie (22%), troubles de l'humeur (13%), troubles de la personnalité (4,6%) et troubles aigus de l'adaptation (3,8%). L'écrasante majorité des psychoses se situe dans la logique de la mesure. En ce qui concerne la toxicomanie, le problème est plus complexe. Certains ne considèrent pas l'intoxication simple par abus de substances comme étant un 'trouble mental'. Selon eux, on ne peut parler de 'trouble mental' que si les causes ou les conséquences de l'abus de substances constituent un trouble psychiatrique.

Le groupe le plus important des patients hospitalisés sous contrainte se situe dans la tranche d'âge des 19-34 ans (44%), même si la tranche des 35-54 ans est également importante (36%). On notera le faible nombre de personnes âgées de plus de 75 ans qui sont hospitalisées sous contrainte (2%), mais également le nombre croissant de mineurs entre 15 et 18 ans.

On peut schématiser comme suit la différence de traitement entre les hospitalisations psychiatriques sous contrainte et les hospitalisations volontaires (différence d'au moins une déviation standard) : plus d'interdictions de sortie, surveillance plus étroite dans la chambre d'isolation, surveillance accrue du danger suicidaire ou d'accidents vitaux, plus de concertations médico-juridiques, plus d'accompagnement social, administration plus fréquente d'antipsychotiques, moins d'antidépresseurs et un recours moins fréquent à la psychothérapie de groupe.

Environ la moitié des hospitalisations psychiatriques sous contrainte font l'objet d'un recours de prolongation de la mesure et dans plus de 90% des cas, le juge de paix confirme la requête. Un peu moins de la moitié des patients hospitalisés sous contrainte ont connu une ré-hospitalisation durant la période de suivi.

Depuis 1993, on note une augmentation du nombre de patients qui font appel au jugement de leur mise en observation (de 0,4% en 1993 à 3% en 1998).

2. Discussion : les conditions de légitimité d'une hospitalisation sous contrainte

Afin d'en évaluer la pertinence d'un point de vue éthique, le comité examine ci-dessous les conditions légales de l'hospitalisation sous contrainte : (1) la présence d'un trouble mental et (2) d'un danger pour le patient ou pour autrui, (3) et l'impossibilité de traiter sans hospitalisation imposée. Cet examen se développera sur la base des principes énoncés au début de cet avis (partie II,1) : la légitimité d'un traitement sous contrainte repose sur le devoir social et médical de chercher à restituer au patient, autant que possible, des capacités d'autonomie que la maladie paralyse.

On rappellera pour commencer qu'aussi bien l'interprétation que l'application de la loi de 1990 doivent se développer dans la perspective qui a présidé à l'élaboration de cette loi, à savoir le souci d'éviter les abus qui marquaient la pratique antérieure de la « collocation ».

2.1. Un trouble mental

Le jugement quant à la présence d'un trouble mental est essentiel, puisque c'est cette notion qui implique celle d'une incapacité de consentement éclairé ; mais ce jugement est évidemment très souvent problématique. Il est pourtant important de poser cette condition de justification de la contrainte pour éviter d'assigner à la psychiatrie une fonction de pure normalisation sociale. En ce sens, la psychiatrie, la loi et la jurisprudence excluent du champ des troubles mentaux les comportements simplement excentriques ou socialement peu intégrés (cf. art. 2, par. 2 de la loi de 1990).

Le comité attire l'attention sur le fait que ce constat psychiatrique ne peut justifier une mesure de contrainte que s'il est le résultat d'un examen mené de la façon la plus approfondie possible, et s'il est porté de la façon la plus scrupuleuse.

En l'absence de maladie mentale avérée, même la présence d'un réel et grave danger, pour soi ou pour autrui ne justifie pas un traitement sous contrainte :

- (a) dans le cas d'un danger menaçant la personne elle-même, ce devoir d'assistance légal doit, en l'absence de trouble mental avéré, se laisser déterminer par l'exigence de respect de la liberté et de l'intégrité propres. Il est dangereux de vouloir se substituer à autrui dans la prise en charge de son propre destin: il y a là une limite, parfois dramatique, de la solidarité, à quelque niveau qu'elle se situe: familiale, amicale, sociale.

- (b) dans le cas d'un danger menaçant autrui, en l'absence de lien entre ce danger et une "maladie mentale", ce n'est pas à la médecine qu'il s'agit de faire appel, mais aux structures sociales adéquates visant à la sécurité réciproque des citoyens. Ainsi dans les conflits, en particulier familiaux, l'intervention sociale adéquate est d'abord celle de la police, des services sociaux, de l'arbitrage judiciaire, et pas nécessairement ni uniquement celle du médecin armé de tranquillisants.

2.2. Danger pour soi ou pour autrui

(a) Les notions de dangerosité et de risque sont extrêmement délicates à manier: ce sont des variables socialement définies; elles sont d'ailleurs laissées à l'appréciation du juge et des experts qu'il consulte. La prudence éthique demande alors de garder à l'esprit le fait suivant: il y a une très grande variabilité culturelle des frontières entre ce qui est un délit pur et simple et une dangerosité liée à la pathologie, entre ce qui relève du juge et ce qui relève du médecin. Il est impossible d'échapper à cette relativité culturelle du jugement de dangerosité; mais on peut et on doit ne pas se laisser enfermer de façon non-critique dans le cadre de ce qui serait simplement l'expression première de ce "sens commun".

(b) Malgré les difficultés de sa mise en oeuvre, cette condition de dangerosité imposée par la loi souligne la limite que doit respecter le devoir d'assistance: ce n'est que dans les cas graves que le devoir d'assistance et la sollicitude peuvent l'emporter sur le respect de la liberté, et faire usage de la contrainte; et cette contrainte doit être proportionnée à la gravité et à la probabilité des dangers en cause.

Peut-être faut-il insister ici sur le fait que c'est un danger important qui est requis pour que la contrainte soit éthiquement justifiée. En effet, de plus en plus se répand une exigence socioculturelle du "risque zéro", et une logique sécuritaire dans certains domaines. Comme on l'a fait plus haut, il faut réaffirmer le caractère nécessairement risqué, exposé parfois de façon dramatique, aux accidents, erreurs, souffrances, de l'existence humaine, personnelle ou sociale.

(c) De plus, il apparaît ici que l'intervention n'est justifiée que lorsqu'elle vise à protéger, soit le patient, soit d'autres que lui (art.2 de la loi). Cette condition imposée par la loi ne se limite donc pas à autoriser une hospitalisation: elle impose une finalité à cette hospitalisation: parer à une menace grave pour la vie et l'intégrité, et donc faire disparaître cette dangerosité par un traitement.

Enfin, cette disposition fixe une limite à l'hospitalisation forcée: celle-ci ne reste légitime que tant que le danger subsiste.

2.3. Nécessité d'un traitement

Bien que la loi soit quasiment muette à ce sujet, il faut affirmer que l'hospitalisation forcée ne se justifie que dans la mesure où elle est le cadre d'un traitement (a) adéquat par rapport aux raisons de l'hospitalisation, et (b) impossible en dehors de ce cadre en raison du refus du patient. Autrement dit, il faut que la maladie, avec les dangers qu'elle entraîne, ne puisse être soignée efficacement que dans le cadre de la contrainte, et qu'il soit donc impossible de le faire autrement.

Ce point est important pour éviter une instrumentalisation de l'institution médicale par le pouvoir judiciaire en tant que visant le maintien de l'ordre: le but et la justification de la contrainte, c'est de soigner - et de soigner autant que possible de façon à faire disparaître les justifications de la mesure de contrainte, c'est-à-dire: non seulement faire disparaître le danger actuel par la simple privation de liberté, mais aussi et surtout traiter la maladie.

Dans les cas assez nombreux, où il ne semble actuellement pas possible de guérir complètement le patient, l'hospitalisation sous contrainte peut pourtant se justifier si elle est la seule façon possible

d'atténuer une pathologie grave et de prévenir la dangerosité actuelle qui lui est liée.

En conclusion de cet examen, les membres du Comité s'accordent pour considérer que, telles qu'on vient de les expliciter, les conditions légales prévues à l'art. 2, par. 2 de la loi de 1990 sont éthiquement justifiées.

PARTIE IV: RECOMMANDATIONS

En conclusion des considérations qui précèdent, le Comité estime devoir proposer les recommandations suivantes:

1. Comme tous traitements, les traitements forcés administrés aux patients qui le refusent de façon persistante doivent répondre aux '*good medical practices*'. Lorsque l'on décide d'adopter des mesures de traitement forcé, le Comité estime qu'il convient de satisfaire aux critères suivants:

- Le traitement doit avoir pour but de traiter le trouble mental qui a justifié la mesure.
- Le traitement ne peut servir exclusivement les intérêts de tiers ou ne représenter qu'une solution à la situation administrative, pénale, familiale ou autre du patient.
- - Le traitement doit toujours avoir aussi un intérêt thérapeutique³ direct pour le patient concerné.
- Le traitement doit être adapté à la gravité des symptômes physiques et psychopathologiques.
- - Le psychiatre n'administrera sous contrainte, prudemment et scrupuleusement, que des soins psychiatriques correspondant aux connaissances scientifiques généralement acceptées à ce moment par la communauté de ses pairs.

2. Même si le patient est hospitalisé sous contrainte, le médecin doit vérifier la capacité de décision du patient et demander, comme il le fait pour tous les autres patients, son consentement informé vis-à-vis du traitement prévu. Ce n'est qu'en cas d'incapacité avérée que le médecin imposera le traitement. Il faut qu'il n'y ait pas de traitement ou de mesure alternatifs possibles au traitement sous contrainte qui permettrait d'atteindre le même but avec l'accord du patient.

La contrainte acceptable est la contrainte minimale requise pour entamer ou poursuivre le traitement jugé nécessaire.

Dans ces situations, l'usage veut que le psychiatre traitant informe les proches ou la personne de confiance du patient sur le traitement envisagé ou entrepris.

Par ailleurs, même si l'on observe que la plupart des patients hospitalisés sous contrainte ne s'opposent pas à leur traitement, il y a lieu de s'interroger sur la valeur de ce consentement : étant donné que la capacité de jugement de ces patients est sujette à caution, et qu'ils se trouvent dans une situation de contrainte, ce consentement ne dispense pas les soignants de l'exigence de prudence et de retenue accrues qui a été formulée plus haut.

Enfin, la capacité de décision n'est pas une donnée statique et monolithique qui serait présente ou absente, mais une donnée dynamique qui fluctue au fil du temps. L'un des objectifs du traitement forcé consiste à rétablir la capacité de décision du patient. Dès que cet objectif est atteint, le médecin doit en tenir compte et rechercher l'accord éclairé du patient pour la planification du traitement ultérieur.

3. On peut imposer le traitement d'une autre pathologie si et seulement si:

- il est imposé en raison de l'état de nécessité

³ Le mot 'thérapeutique' signifie 'qui traite', et pas nécessairement 'qui guérit'.

- faute de ce traitement, la santé du patient risque d'être gravement altérée
- le refus du patient peut être raisonnablement attribué à la maladie mentale

4. Les mesures de traitement forcé doivent faire partie d'un plan de traitement établi, appliqué et adapté par le psychiatre traitant, sous la responsabilité générale du psychiatre-chef de service. Toutes les données concernant le plan de traitement et les modifications éventuelles sont tenues à jour dans le dossier individuel du patient. Si le médecin de confiance désigné par le patient et/ou les médecins compétents chargés de contrôler le respect de la loi et la qualité des soins prodigués souhaitent prendre connaissance du dossier du patient, ce dossier doit pouvoir être librement consulté par eux.

5. Les membres recommandent que chaque service au sein duquel des personnes sont hospitalisées de force prennent les mesures nécessaires pour appliquer la toute nouvelle loi du 22/08/02 relative aux droits du patient (M.B. du 26/09/02), et notamment : informer correctement le patient, les membres de sa famille, sa personne de confiance ou son représentant légal, au sujet des droits du patient, ainsi que sur la manière de les faire valoir pendant son séjour dans le service psychiatrique. En raison de la gravité de ses troubles psychiatriques et de la limitation de sa liberté de mouvement, le patient se trouve de facto dans une position de faiblesse. Ceci justifie notre proposition visant à prendre des précautions supplémentaires pour informer comme il se doit ces patients vulnérables. Nous songeons à une brochure d'information propre à chaque service psychiatrique où des personnes sont hospitalisées de force. Cette brochure d'information doit être élaborée sous la responsabilité du médecin psychiatre-chef de service, en concertation avec l'équipe du service psychiatrique chargée du traitement, et être également approuvée par la direction administrative et médicale de l'hôpital. En ce qui concerne les aspects éthiques de cette brochure, il est souhaitable que le Comité d'éthique local de l'hôpital concerné soit consulté.

Outre les informations relatives au nom et à la fonction des collaborateurs de l'équipe et au fonctionnement du service, cette brochure fournirait des renseignements précis sur les points qui suivent:

- (a) le déroulement des contacts avec le monde extérieur, les restrictions éventuellement applicables au patient en ce qui concerne l'accès au téléphone, au courrier ou aux visites, des informations sur les horaires, les activités et le règlement d'ordre intérieur de l'unité, une description des relations avec le personnel soignant, des relations entre patients,...
- (b) les moyens accessibles au patient pour contacter rapidement, à partir du service où il est hospitalisé, sa personne de confiance, son avocat ou son médecin traitant. Il s'agit là d'un droit essentiel du patient mais celui-ci doit également savoir comment l'exercer s'il le désire.

6. Il convient de préciser clairement la procédure à suivre si le patient désire un entretien avec le médiateur (voir ci-après) ou souhaite déposer une plainte auprès du médecin-chef de l'hôpital. Tous les hôpitaux ne disposent pas, au jour de la rédaction de cet avis, d'un médiateur puisque l'obligation légale d'assurer aux patients une fonction de médiation à l'hôpital, n'est imposée que depuis le 6/10/02, date de l'entrée en vigueur de la loi sur les droits du patient du 22/08/02 précitée⁴. Le Comité est favorable à l'instauration de cette fonction qui doit avoir pour buts le rétablissement de la communication entre le patient et les différents intervenants médicaux et

⁴ Remarquons qu'à la date de rédaction de cet avis (janvier 2003), l'arrêté royal d'exécution de cette loi du 22/08/02, devant définir les conditions dans lesquelles la fonction de médiation peut être exercée par le biais d'un accord de coopération entre les hôpitaux, n'est pas encore paru.

soignants, l'information du patient quant à ses droits et obligations et l'aide à apporter au patient pour lui permettre d'exercer ses droits reconnus. Ce médiateur ne peut en aucun cas se substituer au médecin-psychiatre traitant, qui reste seul responsable du traitement mis en œuvre.

Le Comité insiste également pour que les institutions renforcent leur contrôle de qualité sur les processus de soins en général et sur ceux appliqués en particulier aux patients hospitalisés sous contrainte.

7. Dans le cadre d'un traitement forcé en raison d'une hospitalisation sous contrainte, le principe du libre choix du médecin par le patient ne peut être respecté. Comme les règles déontologiques usuelles permettent à tout patient de faire appel à un autre médecin pour disposer d'un second avis, le Comité estime que ce droit doit être également reconnu à un patient hospitalisé sous contrainte.

La mise en œuvre de cette possibilité doit être laissée à la libre initiative du patient; elle ne doit pas être autorisée préalablement. Cet appel à un second médecin peut se faire par l'entreprise de l'avocat, de la personne de confiance ou du médiateur, si le patient doit se faire aider dans sa démarche. Cette démarche doit permettre au patient d'être informé par un médecin de son choix sur le traitement qui lui est prodigué (ses effets, ses alternatives, ...).

A la demande du patient, le médecin désigné par lui doit pouvoir rencontrer son psychiatre traitant et lui adresser les demandes ou observations qu'il jugera utiles.

Le Comité rappelle son attachement à la possibilité de ce deuxième avis. Il regrette que dans la pratique, son exercice semble poser fréquemment problème : d'une part, les médecins psychiatres traitants peuvent interpréter cette volonté du patient comme un manque de confiance ou peuvent dénier au malade toute capacité à faire un usage 'rationnel' de ses droits, en raison de sa pathologie ; d'autre part, la situation financière du patient peut empêcher cette démarche s'il n'est pas à même d'honorer la consultation demandée. Le Comité estime que la nomenclature des actes médicaux doit prévoir la tarification de cette consultation.

Cette procédure de second avis ne porte pas préjudice à la possibilité pour le patient de saisir le juge de paix, soit pour entendre appliquer l'article 3 de la loi de 1990 et donc obtenir la désignation d'un psychiatre expert soit pour rouvrir les débats quant à sa situation. Il pourra à cette occasion faire valoir, s'il y a lieu, les conclusions du second médecin désigné par lui.

Le Comité constate que si le psychiatre traitant maintient son traitement malgré l'opposition certaine et exprimée du patient ou l'appréciation différente que pourrait en avoir un confrère, le juge de paix peut toujours, dans le cadre de la loi, ordonner le transfert du patient dans une autre institution.

8. Le Comité souhaite que l'hôpital garde une trace écrite des différentes demandes du patient, évoquées ci-dessus, et de la manière dont il y a été donné suite.

9. Une opposition formelle au traitement, la demande de deuxième avis ou la saisine du juge de paix ont-elles ou non un effet suspensif en ce qui concerne le traitement contesté? Le Comité pense que la réponse à cette question dépend du caractère médical impérieux du traitement forcé. En principe, on pourrait postuler que le traitement est suspendu en cas d'appel de la décision, sauf si le psychiatre traitant estime préjudiciable au patient de ne pas le traiter sans attendre.

10. Le Comité souhaite également formuler des recommandations en ce qui concerne la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux, dans la mesure où elle a une influence sur le traitement et la qualité de celui-ci:

a) Le Comité a constaté des lacunes au niveau des contrôles des services psychiatriques où se déroulent des hospitalisations forcées. Selon l'art. 33, il est question du juge de paix de l'endroit où se situe le service, du procureur du Roi et des médecins (psychiatres) de l'Administration des soins

de santé des communautés.

b) La personne de confiance pourtant prévue dans la loi de 1990, semble n'être que rarement présente dans la réalité. Le Comité considère ce rôle comme important et pense que le patient, une fois hospitalisé, pourrait, dans certains cas où il ne connaîtrait personne, désigner une personne de confiance au sein d'une association de (familles de) patients.

c) Le Comité insiste pour que les barreaux encadrent les avocats, désignés d'office dans le cadre de l' « aide judiciaire aux indigents » aux fins d'assister les patients, et les rendent conscients des exigences de la loi afin qu'ils compensent leur éventuelle inexpérience par une diligence accrue. Il estime que le pouvoir de l'avocat est très étendu, puisque –et c'est un cas unique- il peut aller en appel d'une décision, même contre l'avis de son client, et donc que ce rôle doit être exercé de la meilleure façon possible.

11. Par ailleurs, même si l'on observe que la plupart des patients hospitalisés sous contrainte ne s'opposent pas à leur traitement, il y a lieu de s'interroger sur la valeur de ce consentement: étant donné que la capacité de jugement de ces patients est sujette à caution, et qu'ils se trouvent de facto dans une situation de contrainte, ce consentement ne dispense pas les soignants de l'exigence de prudence et de retenue accrues qui a été formulée plus haut. De façon générale, le Comité estime que l'on doit offrir les mêmes garanties et les mêmes protections dans tous les éléments du traitement administré aux personnes hospitalisées sous contrainte, qu'elles acceptent ou qu'elles refusent l'un ou l'autre de ces aspects du traitement.

PARTIE V : LES TRAITEMENTS CONTRACEPTIFS FORCÉS

Le cas particulier qui a entraîné la saisine du Comité concernait la légitimité d'une contraception à imposer sans le consentement d'une patiente en prévision de sorties à l'extérieur de l'institution dans le cadre d'une hospitalisation sous contrainte.

Nous abordons dans ce chapitre les aspects éthiques de la contraception forcée.

Dans cet avis il ne s'agit nullement de déterminer par principe si des personnes qui souffrent d'une affection mentale sont aptes ou non d'assumer des responsabilités de parent. De façon générale les membres du comité rappellent à cet égard que de telles évaluations sont souvent fort marquées par des choix idéologiques et que les médecins ne peuvent imposer leur choix à leurs patients. La question traitée par le comité ne concerne que l'administration forcée de contraceptifs à des patients, et plus particulièrement à des patientes, hospitalisées sous contrainte.

En général, il n'est pas souhaitable que les patient(e)s sous régime de contrainte deviennent enceintes ou parents. Certains membres préfèrent le terme " devenir parent ", étant donné que "devenir enceinte" ne peut s'appliquer qu'à des patientes féminines, et ils estiment qu'il peut ne pas être souhaitable pour des hommes non plus d'avoir des enfants dans certaines conditions. Il n'empêche que outre le fait que le contraceptif temporaire et réversible pour homme n'est pas encore au point, le problème de la contraception se pose d'une manière plus aiguë pour les femmes que pour les hommes, parce que le fait d'être enceinte pose un problème supplémentaire en termes de (sur)charge psychique potentielle. En pratique la question de l'administration forcée de contraceptifs se posera donc essentiellement pour des jeunes filles et des femmes hospitalisées sous contrainte et ne concerne d'évidence que celles qui sont capables de procréer et qui sont sexuellement actives pendant la période de leur hospitalisation sous contrainte. Cela ne vaut très probablement que pour une minorité de patientes ; en effet, la plupart des patientes n'ont pas d'activités sexuelles en raison même de leur pathologie, et beaucoup d'autres acceptent la contraception sans la contester. Mais même s'il ne s'agit que d'une minorité de patientes, la question de la légitimité d'une contraception forcée reste pertinente.

Les relations sexuelles à l'intérieur des murs d'un hôpital sont le plus souvent découragées voire interdites pour des raisons pratiques inhérentes à la vie collective. En psychiatrie, par ailleurs, cet interdit serait en outre justifié, selon certains membres du Comité, par la fragilité de l'état mental des personnes hospitalisées, qui nécessiterait une sorte de suspension des relations sexuelles. Si pour d'autres membres du comité il est loin d'être certain que l'état mental des personnes hospitalisées sous contrainte leur permette de réfléchir aux conséquences possibles d'un rapport sexuel, voire leur permette d'envisager un projet de parentalité sensé, il est néanmoins essentiel de respecter la vie privée des patients et peu souhaitable de leur interdire des relations sexuelles à l'intérieur de l'hôpital. Quoi qu'il en soit, que les rapports soient ou non interdits, l'on ne peut jamais réduire leur probabilité à zéro, si ce n'est au détriment du minimum de respect de la vie privée des patients.

Au delà de ce problème, se pose le cas où l'on doit décider si une patiente qui refuse la contraception, alors que selon le médecin elle serait indiquée, peut recevoir l'autorisation de se rendre temporairement à l'extérieur de l'institution (par ex. pour aller en week-end).

1. Sur un plan juridique

Les dispositions prévues très succinctement par la loi du 26/06/90 en matière de traitement ont été énumérées page 19 et le sens juridique et éthique à leur conférer a été discuté en page 23.

Plus spécifiquement, puisque c'est la question étudiée dans ce chapitre, la non-administration

forcée d'un traitement contraceptif refusé par une patiente ouvre le débat de la responsabilité du médecin et/ou de l'institution en cas de grossesse. Deux situations peuvent généralement se présenter: d'une part, une conception qui survient pendant l'hospitalisation sous contrainte ou, d'autre part, lors d'une sortie (pendant un congé, un week-end ou une sortie à l'essai,...).

a) Pendant l'hospitalisation sous contrainte

a-1. Depuis la loi du 26/06/1990, on ne peut plus faire l'économie du débat quant à l'administration forcée ou pas d'un contraceptif à une patiente en imposant de manière systématique et générale des mesures de restriction de la liberté de mouvement (par l'isolement par exemple) ou de contacts (par la fréquentation exclusive de femmes,...).

En effet, l'article 32 consacre - sur pied d'égalité avec le droit au traitement (articles 11 et 15) - d'autres droits pour les patients placés sous ce statut : le droit à la protection de la vie privée par le secret de la correspondance, le respect de la liberté d'opinion, des convictions philosophiques et religieuses, le droit à des contacts familiaux et sociaux, le droit aux visites sauf contre-indication médicale.

Ce n'est donc que sur base d'une contre-indication médicale, qui suppose un examen individualisé, qu'une telle mesure de restriction peut être prévue dans le cadre thérapeutique avec un effet temporaire et de manière proportionnée.

a-2. Les articles 11 § 1 (mise en observation) et 15 (maintien) prévoient la surveillance et le traitement du patient. Quelles notions peuvent recouvrir ces dispositions dans le cadre de la prévention d'une grossesse?

a-2.a. Des travaux préparatoires, il ressort que la surveillance s'apparente à la garde physique et médicale du patient. L'exemple systématiquement repris est la prévention du suicide. Sont donc retenues les mesures prises pour éviter soit l'évasion du patient soit des passages à l'acte dommageables pour lui ou pour des tiers. C'est une obligation de moyen et non de résultat. On ne peut donc exclure a priori toute responsabilité de l'institution et/ou de ses collaborateurs mais en devant pondérer toutefois cette obligation de surveillance à celle du respect de l'intimité et de la vie privée du patient. En outre, une surveillance trop pointilleuse ou conçue de manière à éviter tout risque de grossesse pourrait être contre-indiquée au traitement en créant des conditions défavorables d'encadrement et d'accompagnement du patient.

Certains règlements d'ordre intérieur prévoient, dans les services psychiatriques, à l'instar de l'interdiction d'actes de violence, celle de relations sexuelles. Ils sont assortis, le plus souvent d'une clause stipulant que l'institution décline toute responsabilité du chef du non-respect du règlement et des dommages qui pourraient découler de la violation aux interdictions précisées.

S'adressant à des patients précisément hospitalisés sous contrainte, et dépourvus partiellement de discernement -ou du moins pourvus d'un discernement inadéquat-, la validité juridique d'une telle exonération de responsabilité est sujette à caution. On pourrait même craindre que, vu l'état mental déficient des patients, il appartiendrait dans ce cas à l'institution de faire respecter les interdictions qu'elle édicte, ce qui ferait peser, sur elle et ses collaborateurs, non plus une obligation de moyen mais de résultat.

a-2.b. Quant au traitement, la loi ne détermine ni les traitements autorisés ni les traitements interdits. La doctrine juridique estime que si la mise en observation ne légitime pas n'importe quel traitement, la privation de liberté impose un traitement du trouble mental. Les pathologies étrangères à ce trouble mental ne seront traitées qu'en cas d'urgence grave.

Le traitement doit répondre aux conditions générales de légalité en dehors du consentement qui en l'espèce ne peut être recueilli : outre la qualification professionnelle du médecin, le traitement doit avoir un but thérapeutique ou préventif, présenter une nécessité suffisante et plus de bénéfices que de risques.

Appliquant ces principes à la prévention d'une grossesse, il faudra donc, cas par cas, s'interroger sur l'existence - ou pas - d'une précaution médicale spécifique à prendre de manière à prévenir une grossesse qu'il faut éviter dans l'intérêt de la santé de la patiente. Cette précaution spécifique peut s'analyser en un traitement forcé ou en des mesures de surveillance particulières. Ne pas la prendre pourrait alors conduire à une faute d'omission dans le chef du médecin.

La qualification juridique de ce comportement d'omission en une faute sera opérée dans le cadre de notre système de responsabilité civile et/ou pénale. Cette question en soulèvera d'autres comme la responsabilité du tiers (puisqu'il y aura un géniteur), la qualification juridique d'une grossesse en un dommage.

b) Pendant un congé, une sortie à l'essai,...

L'article 11§2 ainsi que l'article 15 de la loi du 26/06/1990 prévoient que "sous l'autorité et la responsabilité d'un médecin du service" des sorties de durée limitée du malade peuvent être décidées.

L'autorité d'un médecin a été reprise afin d'exclure l'intervention judiciaire en ce domaine. La responsabilité renvoie explicitement à la responsabilité juridique : le médecin a l'obligation de tenir compte du danger que représente la patiente pour elle-même et pour autrui. La responsabilité du médecin ne pourra être recherchée que s'il devait savoir, au moment où il a autorisé la sortie, que celle-ci poserait problème. Une erreur involontaire n'est pas une faute.

Dans le cadre d'une sortie à l'essai, l'appréciation sera encore plus délicate puisque la durée est plus longue et donc les risques de rechute plus élevés. Enfin, en cas d'évasion, l'institution ou le médecin responsable a l'obligation légale d'en avertir les autorités à peine de voir sa responsabilité engagée. Le médecin responsable doit d'ailleurs estimer et communiquer la dangerosité de la patiente pour elle-même afin que les mesures les plus adéquates puissent être prises pour la retrouver.

En conclusion à tout le moins, la responsabilité du médecin pourrait être engagée si, alors qu'il estime que la grossesse est à déconseiller et que le risque de conception est suffisamment certain il laisse sortir sans précaution la patiente qui refuse toute contraception.

A défaut de règle légale ou d'interprétation nettement établie, deux lectures différentes peuvent être défendues :

- le médecin peut postposer la sortie de la patiente qui refuse toute contraception
- le médecin peut privilégier le droit au traitement de la patiente dont le congé ou la sortie en sont des modalités importantes. Il imposera dans ce cas un traitement contraceptif forcé, qui pourra d'ailleurs avoir été initié dans le cadre de l'hospitalisation.

2. *D'un point de vue éthique*

Comme nous le précisons ci-dessus le Comité considère qu'en dehors des traitements de la pathologie qui a entraîné la mise sous contrainte, pour d'autres affections les traitements forcés ne sont admissibles que lorsqu'ils s'appliquent à des états de nécessité. Sur un plan éthique il faut donc déterminer si l'administration de contraceptifs refusés par une patiente relève ou non d'un état de nécessité.

L'appréciation de la prescription de contraceptifs sous contrainte relève de plusieurs valeurs éthiques. La première est le respect de l'autonomie des personnes, respect particulièrement important lorsqu'il touche à leur sexualité et à leur droit de procréer. La deuxième valeur en jeu est celle de la protection de ces personnes, temporairement altérées dans leurs capacités de jugement : on peut estimer en effet que la survenue d'une grossesse ou d'une parentalité, conséquence d'un comportement sexuel irréfléchi, risque de constituer un handicap à leur bien-être et à la restauration de leur autonomie. Le bien-être de l'enfant à naître, enfin, est également une valeur qui intervient dans le jugement de ces situations. Les uns et les autres vont attacher un poids différent à ces valeurs, et ce jugement dépendra chaque fois aussi de nombreuses caractéristiques propres à chaque situation. Il ne semble donc pas qu'il soit adéquat de définir une pratique univoque face à ces choix, qui doivent être évalués au cas par cas.

Il est évident que l'administration d'une contraception doit toujours être discutée avec la patiente. Dans la très grande majorité des cas, les patientes acceptent la contraception sans problèmes. Ce n'est que dans le nombre restreint de cas où la patiente la refuse que se pose la question débattue ici, c'est-à-dire la question de la justification éthique de la contraception forcée. Lorsque celle-ci s'impose, elle s'administre en concertation avec l'équipe soignante et après un dialogue éducatif avec la patiente.

Un des objectifs de tout traitement forcé consiste à faire en sorte de restaurer l'autonomie ou la compétence à juger du patient (aussi rapidement que possible), de sorte que le statut de contrainte (la mesure de placement sous contrainte) puisse être levé aussi rapidement que possible. Il va de soi que dès que, à la suite du traitement, le patient a retrouvé suffisamment de capacité de vouloir ou de jugement, et ce notamment en matière de désir d'enfant, la contraception forcée doit être arrêtée immédiatement.

Tous les membres du Comité adhèrent au principe de l'administration forcée d'un contraceptif, si le médecin juge que cette mesure est nécessaire pour des raisons médicales impératives d'ordre somatique. Ces raisons peuvent concerner tant la mère/le parent que le fœtus. Tous les membres du comité considèrent qu'il est effectivement de la responsabilité du médecin d'administrer un contraceptif, au besoin sous la contrainte, lorsque les médicaments pris par la patiente risquent d'engendrer des effets teratogènes sur sa descendance. Dans ce cas la contraception sous contrainte se fait par état de nécessité, celui-ci se justifiant par le risque d'accoucher d'un enfant mal formé.

Au-delà de ces points de consensus, deux perspectives se dessinent parmi les membres du Comité.

a) *Dans le sens d'une opposition à l'administration forcée de la contraception*

Certains membres du Comité se montrent très réticents devant toute prescription forcée de contraceptifs en dehors de motifs médicaux de type somatique. Ils soulignent que la valeur

psychologique d'un refus de contraceptifs ne doit pas être jugée de la même façon que le refus d'autres médicaments, même de ceux qui ont une action sur le psychisme. Pour un grand nombre de patientes, et en particulier pour celles qui le refusent, le contraceptif touche directement à leur sexualité et à leur féminité, mobilisant ainsi des affects importants. Tant la prescription forcée de contraceptifs que son refus sont donc des gestes très particuliers, à forte charge symbolique.

D'autre part, la question de prescrire des contraceptifs ne se pose en général qu'à l'occasion d'une autorisation de sortie à l'essai. A ce moment, la situation est jugée suffisamment améliorée par le psychiatre traitant pour que la patiente ne constitue plus un danger important pour elle-même ni pour autrui. Vouloir imposer des contraceptifs dans ces conditions implique l'idée que c'est justement et principalement dans le domaine de sa sexualité et de son éventuel désir d'enfant que la patiente ne dispose pas encore de ses capacités de jugement. De telles situations sont nécessairement fort rares. Si le médecin estime réellement la personne incapable de se conduire de manière responsable dans le domaine sexuel et de la parentalité en raison de sa pathologie, il est plus cohérent de lui refuser le congé ou la sortie à l'essai plutôt que de vouloir contrôler les conséquences d'une sexualité jugée par ailleurs irresponsable.

Pour ces membres l'administration de contraceptifs, s'il n'y a pas de risques de tératogénéité ne peut jamais se justifier en invoquant l'état de nécessité et est donc inacceptable sur un plan éthique. Ils considèrent par ailleurs que les relations sexuelles doivent être découragées pendant le séjour à l'hôpital.

b) Dans le sens d'une légitimation de l'administration forcée d'une contraception

Certains membres considèrent qu'il peut être recommandé d'administrer de manière temporaire et réversible, un contraceptif à certains patients psychiatriques hospitalisés sous contrainte aussi pour des raisons autres que des raisons médicales de type somatique. Pour ces membres il est primordial de respecter au maximum la vie privée des patients en institution, même lorsqu'ils y séjournent sous contrainte et il est donc impossible d'éviter toute relation sexuelle pendant leur séjour. Il leur paraît également important, pour des raisons thérapeutiques, d'autoriser les patients admis sous contrainte à se rendre le plus rapidement possible en dehors de l'hôpital et à retourner en week-end. La psychiatrie actuelle préconise effectivement de confronter au plus vite les patients à la vie "hors institution" afin d'éviter leur repli institutionnel et donc leur chronification. Avoir retrouvé un état mental qui permet une sortie de l'hôpital, même lorsqu'il s'agit d'une sortie à l'essai ne signifie toutefois pas que la patiente ne soit plus dans un état de relative désinhibition sexuelle - parce que, par exemple en fin de "manie" et ne rentre en relation avec un homme avec lequel elle ne pourrait, en état normal, jamais envisager de projet parental. L'administration de contraceptifs sous contrainte se justifie ici tant dans l'intérêt de la patiente concernée, à laquelle on restitue rapidement une part de liberté que dans l'intérêt de l'éventuel enfant à naître ce qui, pour ces membres, constitue un état de nécessité. Il faut éviter, pour des raisons thérapeutiques, le contrôle exacerbé des patients pendant leur séjour et leur maintien à l'intérieur des murs tout autant que la conception d'enfants à des moments où le futur parent n'est pas en état d'anticiper un projet de parentalité et/ou entreprend des relations sexuelles avec le premier partenaire venu.

Cette vision se démarque clairement d'une vision du type « la personne x ne peut pas avoir d'enfants » ou du type « toutes les personnes atteintes de l'affection y ne peuvent pas avoir d'enfants » ou encore du type « on peut automatiquement administrer de force un contraceptif à un patient hospitalisé sous contrainte ».

Ces membres soulignent alors que la question ici n'est pas tant de déterminer si une personne ferait un bon parent mais plutôt d'éviter qu'une personne devienne parent dans des circonstances trop difficiles pour elle-même, en raison par exemple de la fragilité des éventuelles relations nouées dans de telles circonstances. Si une patiente n'est pas consciente des conséquences de ses

actes, il peut être indiqué de protéger cette personne contre elle-même et « contre » une grossesse. Si, à cause de problèmes psychiatriques graves, une personne ne peut être amenée à la raison et n'est pas en mesure de prendre une décision réfléchie en matière de contraception, il est de la responsabilité éthique du médecin d'intervenir, afin d'éviter que cette personne ait à supporter une charge parentale ou donne naissance à un enfant dont les chances de développement sont loin d'être garanties. En effet, il semble peu cohérent d'entériner formellement dans un premier temps qu'un patient se trouve dans un état tel qu'il doit être privé de sa liberté et, au besoin, qu'il peut être traité sous la contrainte, pour ensuite affirmer qu'il subsiste un seul domaine dans lequel par principe la compétence du patient demeure intacte de tout temps: à savoir sur le plan des décisions en matière de procréation (et donc, de contraception).

Ces membres ajoutent qu'étant donné leur position vulnérable, les patients hospitalisés de force relèvent, plus encore que les autres patients, de la compétence et de la responsabilité éthique du médecin. En effet, plus un patient est fragile, plus le pouvoir du médecin (et, partant, sa responsabilité éthique) vis-à-vis du patient est grand. Si le médecin juge qu'il est nécessaire d'administrer (temporairement et de manière réversible) un contraceptif à un patient, il doit pouvoir prendre ses responsabilités pour ce patient. Les membres du comité qui soutiennent cette position trouvent qu'il est inacceptable, sur un plan éthique, de refuser une sortie (à l'essai) à une patiente qui risque d'avoir un comportement sexuel inadéquat parce qu'elle refuse une contraception. Cela leur paraît constituer une entrave bien plus importante à son autonomie que de lui imposer une contraception.

Pour ces membres l'état de nécessité se justifie d'autant plus que lors du séjour sous contrainte les patients relèvent de la responsabilité éthique du médecin qui ne doit pas seulement les protéger contre eux-mêmes ou protéger la société d'eux, mais doit également protéger leur éventuelle progéniture. Rien ne permet de croire que des enfants conçus par des parents qui se trouvent dans des conditions de décompensation mentale qui justifient leur mise sous contrainte ont été consciemment et lucidement désirés par leurs deux géniteurs et pourront grandir dans de bonnes conditions.

L’avis a été préparé en commission restreinte 99/2 composée de :

Coprésidents

P. Cosyns
A. Duchaine

Corapporteurs

G. de Stexhe
S. Sterckx

Membres

A. Duchaîne
M. Dumont
G. Lebeer
G. Leunens
T. Locoge
G. Verdonk

Membre du Bureau

L. Cassiers

Membre du Secrétariat: B. Orban

Experts extérieurs auditionnés :

Le juge de Paix Benoît, de Bruxelles
Le docteur S. Bouchez, psychanalyste
Le docteur H. Bryon, psychiatre, Chef de Service au Centre Médical Sint Jozef, Bilzen
Le docteur P. Castro, neuropsychiatre, Chef de Clinique CHU-Charleroi
R. Daem, Président de l’ a.s.b.l. Uylenspiegel et Eric, témoin pour l’ a.s.b.l. Uylenspiegel
M. Dechaine, de Theux, pour la Fédération des associations Similes ASBL
Le docteur R. Desnyder, psychiatre
J. De Wagenaere, psychologue
J.P. Goorissen, psychologue
P. Nedergedaelt, avocat
Le docteur M.-J. Peeters, psychiatre
Le juge de Paix Vandenbranden, du 1^{er} Canton d’Anvers

Les documents de travail de la commission restreinte 99/2 – questions, contributions personnelles des membres, procès-verbaux des réunions, documents consultés – sont conservés sous forme d’Annexes 99/2 au centre de documentation du Comité, et peuvent y être consultés et copiés.

Comité Consultatif de Bioéthique

DOCUMENTS CONSULTÉS

1. Documents juridiques

- Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, M.B.26/09/2002 .
- Chambre des Représentants, Question/Réponses, Question n° 984 de M. Ignace Van Belle du 27 novembre 1998, Malades mentaux, mise en observation d'urgence.
- Chambre des Représentants - Document parlementaire 1098 3 89/90 pages 12-13.
- Civ. Charleroi 29/02/2000, Act Dt 2000, p. 503 et s.
- Convention pour la protection des Droits de l'Homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine : Convention sur les Droits de l'Homme et la Bio-médecine, Oviedo, 4.4.1997.
- Cour d'Appel de Bruxelles, arrêt du 11/01/1962. L.L. c/O.D., in: R.G.A.R. 1962, 6928.
- Helsinki Déclaration, Recommendations Guiding Medical Doctors in Biomedical Research Involving Human Subjects, Adopted by the 18th World Medical Assembly, Helsinki, Finland, June 1964 and amended by the 29th World Medical Assembly, Tokyo, Japan, October 1975, 35th World Medical Assembly, Venice, Italy, October 1983, and the 41st World Medical Assembly, Hong Kong, September 1989.
- Déclaration de Lisbonne de l'Association médicale mondiale sur les Droits du patient, adoptée par la 34e Assemblée médicale Mondiale, Lisbonne, Portugal, septembre/octobre 1981, et amendée par la 47e Assemblée générale Bali (Indonésie), Septembre 1995.
- Gent 09/11/95, TGR 1996, 3/96.
- JP Jumet 09/05/2000, Act Dt 2000, p. 511 et s.
- JP Namur – Civ. Namur 16/12/94-06/02/95, JLMB 1996, p. 19 et s. note VANDERLINDEN.
- Loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux (M.B. 27/07/90) et son arrêté d'exécution du 18/07/1991 (M.B. 26/07/91).
- Madrid Declaration on ethical standards for psychiatric practice, approved by the General Assembly on August 25, 1996.
- Vrederegerecht Borgerhout, 16/02/93, T. Gez. 1997/1998, p. 205. - J.T. 1993, p. 207.
- Vrederegerecht Menen, 12/08/97, T. Gez. 1999-2000, p. 362-363.

- Vredegerecht St Truiden, 06/10/98, T. Gez. 1998/1999, p. 398 et s.
- Vredegerecht Tienen, 14/05/98, T. Gez. 1999-2000, p. 363-364.

2.- Bibliographie

- C. ALEXANDER, "Wet van 26/06/90 betreffende de bescherming van de persoon van de geestesziekte – rechtspraakoverzicht" (1990-1997), T. Gez. 1999-2000, p. 21(36).
Rev. Dr. Santé 1999-2000, Mys & Breesch uitgevers.
- G. BENOIT, "Commentaires relatifs à la loi du 26/06/1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux", JPP 1991 n° spécial p. 259 et s.
- G. BENOIT, "Mini-chronique de jurisprudence 1991-1993", JPP 94 p. 74(85).
- J.-M. BERGER, "Malades mentaux – mesures de protection de la personne – conditions d'application de l'article 2 de la loi du 26/06/90", rev. dr Com. 1982 V.I. p. 97-102.
- Ph. BOXHO, "La loi de protection du malade mental du 26/06/90 – Présentation et jurisprudence", JPP 1999 p. 414(435).
- Ch. BYK, Magistrat, « Le consentement des personnes vulnérables aux soins et à la recherche et la convention européenne sur les droits de l'homme et la biomédecine », Rev. Dr. Santé, 1997-1998, Mys & Breesch éditeurs, p. 267 à 278.
- L. CASSIERS : Réflexions sur l'autonomie des malades psychotiques, 17.12.01
- Comité européen pour la prévention de la torture et peines ou traitements inhumains ou dégradants, -chapitres des rapports généraux du CPT consacrés à des questions de fond, Strasbourg 16.10.01.
-rapport au Gouvernement belge relatif à la visite effectuée au Centre Hospitalier J.Titeca, 17.10.02..
- Conseil de l'Europe, 'Livre Blanc' sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux, en particulier de celles placées dans un établissement psychiatrique. DOC. DIR/JUR (2000) 2, Strasbourg 3 janvier 2000.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins, Bulletin n°90.- Décembre 2000. Avis du 17/06/2000, Livre blanc sur la protection des droits de l'homme et de la dignité des personnes atteintes de troubles mentaux.
- Conseil National de l'Ordre des Médecins: Institutions hospitalières : accès et expulsion, avis du 18 janvier 1992.
- P. COSYNS, « Traitement involontaire en cas d'hospitalisation involontaire selon la loi du 26 juin 1990 concernant la protection de la personne du malade mental », 14.12.2000.
et « Gedwongen opnames in de provincie Antwerpen in 1998. Statistieken ».
- Council of Europe, 'White Paper' on the protection of the human rights and dignity of people

suffering from mental disorder, especially those placed as involuntary patients in a psychiatric establishment. DOC. DIR/JUR (2000) 2, Strasbourg 3 january 2000.

- G. DEMANET : Circulaire sur la loi du 26 juin 1990 et ses arrêtés d'application.
- Le droit belge après les réformes. Protection des malades mentaux et incapacité des majeurs. Actes du 3e Colloque de l'Association Famille & Droit, Louvain la Neuve, 7-8 mai 1993, Story-Scientia, p. 139 à 145: Alphonse KOHL : la loi du 26 juin 1990 relative à la protection de la personne des malades mentaux et Madame Christiane HENNAU - HUBLET "Privation de liberté et traitement médical".
- V. GOLARD, Jurisprudence commentée, Stéthoscope 01/99, p. 23.
- V. GOLARD, Jurisprudence commentée, Stéthoscope 10/2000, p. 26.
- Ch. HENNAU-HUBLET "Le projet de Convention de bioéthique du Conseil de l'Europe : l'espoir d'une protection élevée des droits de l'homme", Rev. Dt Santé 1995-1996, p. 25 et s.
- « Justice et psychiatrie : normes, responsabilité, éthique » sous la direction de Claude Louzon et Denis Salas, édition Eres, 1998.
- Th.LOCOGE : Loi du 26 juin 1990 : aspects juridiques en relation avec la question : problématique des patients psychiatriques et de leur traitement en l'absence de consentement. 15/10/2001.
- La loi du 26 juin relative à la protection de la personne des malades mentaux, Décembre 2000, commentaires et réflexions du groupe de travail 'Mise en observation, Intervision'. Plateforme de Concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale.
- Loi du 26 juin 1990, protection de la personne malade mentale – Concept 'maladie mentale', Rev. Dr. Santé 1997-1998.
- Circulaire aux hôpitaux psychiatriques et aux hôpitaux généraux disposant d'une section psychiatrie, du ministre communautaire de la Santé publique et des Affaires bruxelloises, 24.10.1990.
- K.OOSTERLINCK, Overzicht van rechtspraak (1991-1997) betreffende de wet van 18 juli 1991 inzake het voorlopig bewind, Rev. Dr. Santé 1999-2000, Mys & Breesch uitgevers, p. 8 tot 19.
- Pacte thérapeutique', Ministre de l'action sociale, du logement et de la santé, Willy Taminiaux, Juin 1994.
- P. PALERMINI, M.L. DELFOSSE, Expérimentation médicale sur l'être humain, propositions pour un cadre législatif, Rev. Dr. Santé 1996-1997, Mys & Breesch éditeurs, p. 333 à 344.
The protection of persons with mental illness and the improvement of mental health care, 75th penary meet, ref. A/RES/46/119, 17 december 1991.
- PONCELET J., "De Gedwongen opname : onderzoek naar de toepassing en de weerslag van de

nieuwe wetgeving", Vl. T. Gez 1993, p. 35 et s.

- Protection des malades mentaux et incapacités des majeurs : le droit belge après les réformes : actes du 3ème colloque 1993 (contribution notamment d'A. KOHL et de Madame HENNAU-HUBLET).
- Psychiatric Ethics, Third Edition, edited by Sidney Bloch, Paul Chodoff, Stephen A. Green, Oxford University Press.
- Rapport explicatif à la Convention pour la protection des droits de l'homme et de la dignité de l'être humain à l'égard des applications de la biologie et de la médecine, Conseil de l'Europe, (?)01/1997, p. 12 et s.
- Toepassing van de wet bescherming persoon in Vlaanderen, Kluwer Rechtswetenschappen België, 1996.
- Traitement douloureux et dangereux (électrochoc), nécessité d'un consentement éclairé du malade. Exceptions. Revue générale des Assurances et des Responsabilités, Cour d'appel de Bruxelles, 11.01.1962.
- Uilenspiegel 2001, Inspiraak : een noodzaak : wij zijn misschien min of meer gestoord, toch worden wij graag gehoord.
- VERRYCKEN M., Vrederechter, "De gedwongen psychiatrische opname en het voorlopig bewind van 7 jaar toepassing", T. Gez. 1999-2000, Mys & Breesch uitgevers, p. 112 tot 120.