



Jeudi 25/02/2010

Rencontre-débat

La psychiatrie et « ses » technologies : quelle éthique ?

1e partie :

La technologie au service de la psychiatrie

Histoire de la technologie au service des traitements psychiatriques

Exposé par Mr Jean-Noël MISSA, médecin- philosophe, professeur à l'ULB et maître de recherches au FNRS

Réf : MISSA, J.-N., Naissance de la Psychiatrie biologique, PUF, Paris, 2006

La démarche médicale la plus logique voudrait que l'on parte d'une connaissance de l'étiologie des maladies et de leurs mécanismes physiopathologiques pour élaborer des traitements. En psychiatrie biologique, il semble que le modèle fonctionne à l'envers. En effet, les principaux traitements qu'elle a utilisés depuis sa naissance sont nés de découvertes de hasard, ils ont été administrés sans véritable base scientifique, et ce n'est que secondairement, à partir du constat d'une « certaine » efficacité clinique qu'ont été avancées des hypothèses quant au fonctionnement cérébral. La psychiatrie biologique travaille donc essentiellement sur base d'un empirisme thérapeutique.

Au début du XXe siècle, la psychiatrie se trouve face à une situation de « nihilisme thérapeutique », les médecins étant réduits à un rôle de gardiens impuissants face aux grands désordres de l'esprit. Peut-être ceci explique-t-il leur empressement à recourir à des méthodes thérapeutiques telles que celles qui ont connu un large succès auprès de nos prédécesseurs : la description de succès liés à l'introduction d'une nouvelle technique pouvait à chaque fois donner l'impression d'une avancée réelle. Les principales méthodes utilisées par la psychiatrie biologique du 20^e siècle peuvent être décrites sous 3 grandes rubriques : les pyrétothérapies (dont la forme la plus connue a été la malariathérapie qui a valu à son concepteur, Von Jauregg le prix Nobel de médecine), les thérapies de choc (cures de Sakel, choc au cardiazol, électrochocs) et la psychopharmacologie. Les impasses thérapeutiques ont en outre amené, à une certaine époque, un recours à des tentatives de psychochirurgie

(leucotomies). La situation actuelle relève toujours du troisième paradigme, celui de la psychopharmacologie. Si l'arrivée des neuroleptiques et autres psychotropes a représenté un progrès considérable pour la connaissance du fonctionnement cérébral (neurotransmetteurs), les espoirs en matière thérapeutique n'ont depuis lors enregistré aucune avancée notable : malgré des améliorations dans la symptomatologie, la plupart des maladies mentales sont toujours incurables.

A posteriori, on peut s'interroger sur l'éthique des médecins qui ont pratiqué des méthodes qui nous paraissent aujourd'hui critiquables. On pourrait la qualifier d' « éthique du risque » : le médecin n'hésitait pas à prendre des risques importants s'il escomptait un bénéfice élevé dans une situation grave sinon désespérée. A cet effet, il se fiait à la notion d' « efficacité subjective » : était légitime le traitement qui, en vertu de sa propre croyance, allait se révéler efficace. Le paradigme éthique de l'époque était évidemment celui d'un paternalisme où la bienveillance médicale décidait à la place du malade ce qui allait lui faire du bien. L'histoire révèle aussi, en filigrane, des motivations parfois moins centrées sur le bien du patient...Curieusement, même l'adoption du Code de Nuremberg qui consacre la nécessité du consentement avant toute forme d'expérimentation médicale, n'a pas semblé concerner les psychiatres de l'immédiate après-guerre : sans doute trop persuadés d'agir avant tout pour le bien des malades, ils s'estimaient dispensés de leur demander leur consentement pour tester de nouveaux moyens thérapeutiques.

Comment articuler médecine, technique et éthique ?

Exposé par Mme Marie-Françoise Meurisse, médecin- philosophe, médiatrice en santé mentale auprès des Plates-formes de Concertation pour la Santé mentale en Région de Bruxelles-Capitale et en Province de Luxembourg

Merci Monsieur Missa pour cette présentation. Vous venez de nous relater, à travers un panorama historique recouvrant une large part du XXe siècle, comment la psychiatrie dite « biologique » s'est efforcée de mettre au point des traitements efficaces dans la lutte contre la maladie mentale. La description des diverses techniques utilisées à cette fin représente une illustration exemplative du sujet retenu par la Ligue des Droits de l'Homme pour sa semaine thématique, à savoir le questionnement éthique posé par la technologie. Elle nous offre donc une magnifique rampe de lancement pour entamer le débat. Le moins que l'on puisse dire, c'est que certaines de ces méthodes thérapeutiques ont suscité la controverse et des critiques parfois très virulentes. Bien sûr, il s'avère facile de porter des jugements a posteriori. Bien sûr aussi, le contexte qui a vu émerger les pratiques que vous décrivez, était radicalement différent de celui d'aujourd'hui. En particulier, le paradigme éthique dominant s'est modifié, passant du modèle d'un paternalisme bienveillant à celui de la valorisation de l'autonomie et du caractère impérieux du consentement. Notre objectif n'est certes pas de juger, mais plutôt de dégager les

enseignements de l'histoire. L'intérêt de l'histoire n'est-il pas en effet d'offrir une mise en perspective qui puisse éclairer les questionnements actuels ? Comment la description qui vient de nous être donnée peut-elle nous aider à reformuler en termes contemporains les choix éthiques qui se posent à la psychiatrie d'aujourd'hui ? Quelles sont à notre époque les technologies susceptibles de donner lieu à un débat éthique ? L'enjeu dont il est question, le thème de notre réflexion en ce matin, revient finalement à rechercher une articulation entre ces 3 termes : technique, médecine et éthique.

Avant d'entrer dans un moment de débat, je voudrais pour ma part, poser quelques jalons préliminaires supplémentaires en vous proposant une brève réflexion destinée à délimiter quelques pistes pour aborder l'articulation entre technique, éthique et médecine, ce qui au passage, ne manquera pas de soulever la question du statut épistémologique de la médecine.

Notre médecine actuelle résulte d'une construction progressive au cours des siècles. Face à un édifice vénérable, il est parfois intéressant de retourner voir au niveau des fondations. Au moment de sa naissance, je veux dire en ce moment crucial où l'école hippocratique dégage la maladie de sa gangue mythico-religieuse pour l'appréhender comme un processus relevant de l'ordre naturel et donc accessible à la raison humaine, la médecine se définit très précisément comme *technè iatrikè*, soit comme technique médicale. Dans le contexte de la Grèce antique, le mot *technè*, que le latin traduit par *ars* (l'art), signifie *savoir-faire*. Il s'applique également aux disciplines artistiques ou artisanales (poterie, sculpture...). Etant un savoir-faire, il désigne donc une activité humaine qui repose à la fois sur un savoir (ordre de la connaissance) et sur une habileté à faire (ordre de l'action) en vue de produire des choses qui vont prolonger l'ordre naturel. La technique est avant tout un moyen en vue de réaliser une fin, qui dans la conception antique est généralement proche et bien déterminée. Remarquons par cette occasion que la médecine se fonde en étant une discipline davantage apparentée à l'art qu'à la science (*épistèmè*).

De l'Antiquité à nos jours, le mot *technique* voit évoluer son sens profond. Et l'évolution va porter essentiellement sur l'expression « prolonger la nature ». Dans la conception antique, l'expression « prolonger la nature » est à entendre dans le sens de « dévoiler la nature » : la technique vise à mettre au jour le meilleur de la nature. Pour le sculpteur, il s'agira d'extraire du bloc de marbre la forme de la beauté ; pour le médecin, il sera question de repérer et de stimuler les ressources naturelles du corps qui lui permettront de surmonter l'état de maladie. A partir de l'époque moderne, et notamment du projet cartésien de dominer la nature, la technique s'entend dorénavant comme le moyen de maîtriser la nature, de la dépasser ou de la contrer, en s'appuyant particulièrement sur les connaissances que lui fournit le savoir scientifique. C'est à la même époque que la médecine opère elle aussi un virage, en s'affiliant au modèle épistémologique des sciences de la nature. Le virage se radicalise avec l'avènement du positivisme. *La médecine est l'art de guérir, mais il*

faut en faire la science de guérir, écrit Claude Bernard. La *technè* devient la science médicale.

L'évolution du projet de la technique, à savoir développer une maîtrise de la nature, rend le but poursuivi beaucoup plus flou, beaucoup plus indéterminé. Comment prévoir où va s'arrêter la recherche de domestication de la nature ? Nous voilà finalement pourvus de moyens, d'instruments, que nous utilisons sans savoir vraiment à quelle fin ils vont nous mener...Le but poursuivi s'apparente de plus en plus à de la prévision. Selon les points de vue, les prévisions de ce à quoi cela va nous mener sont variables : optimistes ou au contraire pessimistes. Les optimistes, encore qualifiés de « technophiles », estiment que la technique offre les moyens de mener une action légitime pour exploiter les moyens qui permettront à l'homme d'améliorer ses capacités, de dépasser ses limites (dont la vulnérabilité à la maladie). Elle lui accorde de se libérer des contraintes que la nature lui impose (exemple : la contraception). Dans cette optique de lutte contre les effets nuisibles de la nature, il convient avant tout de rechercher l'efficacité : toute forme de technique efficace devient légitime. C'est dans ce camp que se range généralement la médecine, vouée à combattre les maladies. A l'inverse, les auteurs qualifiés de « technophobes », dont le représentant majeur est Heidegger, redoutent un processus d'emballement où la technique, emportée par la fin infinie d'une domination maximale sur les choses va finir par asservir l'homme lui-même. Pire, selon Hannah Arendt, c'est l'efficacité de la technique qui finit par devenir la fin en soi, amenant un cercle vicieux où la technique ne se vise plus qu'elle-même dans une incessante quête d'efficacité toujours plus grande. On entre alors dans un processus d'autonomisation de la technique qui finit par échapper à tout contrôle. D'où la réflexion de Hans Jonas, qui écrit dans *Le Principe Responsabilité : La promesse de la technique moderne s'est inversée en menace*, appelant chacun à développer une réflexion accrue et une éthique de la responsabilité.

Revenons à la médecine, et à la psychiatrie qui se revendique comme une discipline médicale....Qu'elle soigne en se servant de la technique ne peut nous étonner, puisque, par essence pourrait-on dire, elle est une technè, un savoir-faire qui combine l'exigence d'un savoir et d'une action. Devant la souffrance de l'homme malade, elle est sommée d'agir, et vite. C'est ici précisément, par sa dimension d'agir, que la médecine se démarque de la science pure. C'est ici qu'elle prend nécessairement des risques. C'est ici aussi que s'introduit la dimension éthique, car le questionnement éthique est par excellence le questionnement des personnes qui agissent. Que faut-il faire pour bien faire ? Question d'autant plus aiguë que ce qui est visé par l'action de l'homme médecin n'est pas un objet comme un autre, mais un congénère, un semblable en humanité. Et sur quels critères fonder le *bien agir* ? Notre contexte actuel ne peut plus faire l'économie d'une référence aux droits humains ou aux droits du patient officiellement consacrés par une législation récente. Mais au-delà des références communes, dans la détermination des critères de l'action, chacun se trouve placé face à sa propre responsabilité. Pour citer une

nouvelle fois Jonas, *l'archétype de toute responsabilité est la responsabilité de l'homme envers l'homme*. Ou, pour rappeler le principe kantien du respect qui enjoint traiter l'homme, soi-même aussi bien qu'autrui, jamais comme un simple moyen mais toujours comme une fin en soi....Respect et responsabilité de l'homme envers l'homme, voilà qui nous dessine sans doute des repères éthique pour penser la question de la technologie médicale, en nous amenant à réfléchir en terme de fin recherchée : comment faire en sorte que la technique se mette effectivement au service de l'homme malade, plutôt qu'au service d'autres objectifs, tels le progrès scientifique, l'ordre de la société ou que sais-je encore de moins glorieux parfois ?

2e partie :

« Des lettres aux chiffres », dévitalisation du champ clinique ?

Les évaluations en psychiatrie

Exposé par Fabrice Jardon, psychologue et chercheur en psychologie

La mode se porte de plus en plus vers les évaluations en tous genres : le secteur des soins de santé n'y échappe pas. En psychiatrie et en psychologie, les évaluations se font la plupart du temps sur base de questionnaires qui attendent des réponses plus ou moins précises, souvent prédéterminées (plusieurs items de réponses proposés). Ce type de méthode, qui revendique un caractère de scientificité, ouvre sur plusieurs niveaux de questionnements. Le plus immédiat porte sur l'adéquation de ce genre d'évaluation à la santé mentale. Au cours de sa recherche, F.Jardon a suivi des personnes amenées à remplir des questionnaires d'évaluation. Il a ainsi pu constater la très grande difficulté de ces personnes à « rentrer dans des cases » : les items proposés correspondent peu aux réponses que les personnes souhaitent apporter, ce qui les amène soit à répondre au hasard, soit à ajouter diverses remarques. La partie la plus intéressante des réponses est souvent ce qui déborde des cases, mais c'est la partie que la méthodologie des tests se refuse à considérer. L'inadéquation observée soulève un deuxième niveau de questions à propos du caractère de scientificité des tests eux-mêmes et à propos de leurs objectifs. Plus fondamentalement encore, on s'interroge sur la validité, sur la nécessité ou même sur la pertinence de recourir à des évaluations en matière de soins en santé mentale. Comment est-il possible de traduire en chiffres des éléments qualitatifs et subjectifs ?

F.Jardon soulève aussi la question de la possible intrusion du pouvoir politique dans les pratiques soignantes. Si les évaluations visent en principe une amélioration de la qualité de soin, elles peuvent également fournir un outil de contrôle aux mains des décideurs en matière de politiques de santé.

Les évaluations en psychiatrie. Un exemple vécu

Marc Minnen, psychologue clinicien en institution de soin

Le monde de la santé mentale belge est en train d'évoluer. En vue d'améliorer la continuité des soins par la mise en place de réseaux, les autorités en matière de santé publique ont lancé « les projets thérapeutiques ». De nombreuses équipes de professionnels en santé mentale se sont lancées dans l'aventure. Mais après avoir initié ou intégré l'un ou l'autre projet de travail en réseau, ces professionnels se sont vus placés devant l'obligation, non annoncée au départ, de remplir des « échelles d'évaluation » préparées par le KCE, centre d'expertise médicale chargé de recueillir et d'analyser l'ensemble des données en vue d'évaluer le fonctionnement des divers projets thérapeutiques. Ces échelles posaient 2 problèmes majeurs. Le premier était l'investissement de temps énorme que le remplissage des grilles exigeait de la part de professionnels déjà souvent acculés à exercer leur activité avec des horaires compressés. Le second, bien plus grave, concernait la menace importante sur la confidentialité de données à caractère privé débordant du cadre strict d'un état de santé (logement, activités, qualité de vie, vie sexuelle ...). En conséquence, M.Minnen, comme de nombreux autres professionnels de la santé pourtant convaincus de l'utilité de développer le travail en réseaux de soins, a préféré renoncer à participer aux projets mis en place par les autorités sanitaires.

SYNTHESES

1. Marie-Luce Delfosse, professeur de philosophie et d'éthique (FUNDP Namur)

C'est avec le regard d'un candide que le philosophe s'exprime et soulève les questions qui lui paraissent pertinentes pour interroger les pratiques. Madame Delfosse considère que, dans ce qu'elle a entendu au cours de la matinée, se trouvent intriqués plusieurs niveaux de questionnements éthiques. Il lui semble important de distinguer ces niveaux qui demandent à être traités chacun séparément. Il y a d'abord le niveau de la connaissance (épistémologie) qui appelle à lui-seul une véritable réflexion en profondeur ; il y a ensuite le niveau de la pratique médicale (domaine de l'action), sans oublier le niveau socio-politique qui s'insinue à l'intérieur de ses pratiques. Ainsi par exemple, le problème des évaluations qui ressort essentiellement du niveau de la connaissance, ne peut-il polluer les décisions éthiques au niveau de la pratique elle-même.

Suite à la description des efforts obstinés de la psychiatrie à élucider les causes des maladies mentales, Madame Delfosse suggère de prendre en compte la distinction proposée par Wittgenstein entre les causes et les raisons. Alors que les causes relèvent d'un type de discours explicatif, celui de la science par exemple, les raisons

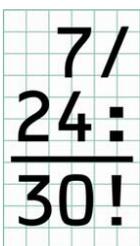
en appellent au sens des choses ou des événements. Pour le malade, aucune explication médicale n'épuise pour lui le sens de ce qui lui arrive ; l'élaboration de ce sens se construit via le langage et l'intersubjectivité. Il importe donc d'établir entre le soignant et le soigné une relation de sujet à sujet, ce qui implique une proximité dans la relation. Or, le fait de travailler jour après jour au contact de la maladie mentale ne peut éviter de générer l'angoisse d'être confronté à sa propre vulnérabilité psychique. La confrontation aux désordres mentaux s'avère redoutable. Elle amène de nombreux soignants à élaborer des stratégies de protection certes nécessaires et légitimes, mais qui risquent d'augmenter la distance avec les patients.

Madame Delfosse évoque enfin la question du consentement. Le paradigme éthique actuel qui prône le consentement témoigne d'une valorisation de l'autonomie. En psychiatrie, on ne peut toutefois envisager l'autonomie sans parler de la capacité. Dans quelle mesure le patient jouit-il de la compétence mentale pour consentir valablement ? La question est d'autant plus difficile que la compétence peut être fluctuante. Elle requiert de la part des soignants une attention accrue à chaque situation particulière.

2. Thérèse De Man-Mukenge, avocate et présidente de la Commission « Psychiatrie et Droits humains »

Madame De Man rappelle le point de vue du droit, qui n'a pas encore été évoqué jusqu'ici. La science ne peut faire abstraction du droit, car celui-ci régule l'ensemble de la vie sociale. Le droit est un rempart important pour préserver les plus faibles des abus. Il faut d'abord citer l'article premier de la déclaration des droits de l'Homme : tous les hommes naissent égaux en droit et en dignité. Une première référence qui enjoint à toujours veiller à préserver la dignité humaine et à ne pas infliger des traitements dégradants.

Il y a ensuite la législation relative aux droits du patient qui consacre le droit au consentement. Ce droit s'applique à chaque situation où se trouve en jeu l'intégrité de la personne. Nul ne peut atteindre à l'intégrité sans disposer du consentement de la personne, y compris pour des actes de soins. Face aux hésitations quant à la validité du droit au consentement chez des patients psychiatriques, il faut insister sur le fait qu'une fois consacré par le droit, le consentement doit être la règle. Toute personne est a priori supposée capable de consentir. L'incapacité demeure toujours l'exception et si on l'invoque, il faut pouvoir la justifier.



7/
24:
30!

Cette activité a été organisée par la Ligue des droits de l'Homme en mars 2010 dans le cadre de la semaine d'activités « 7/24:30 ! » consacrée, pour sa troisième édition, aux nouvelles technologies.

Plus d'informations et de documents sur les précédentes éditions : RVD sur www.liguedh.be, rubrique Agenda > 7/24 :30 !