

**BIOETHIQUE : PSYCHIATRIE ET
COMPORTEMENT A RISQUE**

Par Abbé Docteur Robert ILBOUDO

Introduction

Depuis quelques années, on parle de PSYCHOSPHERE ou l'ère des pathologies mentales. Cela est certes plus ressenti dans les pays développés, mais les autres pays n'en sont pas pour autant épargnés.

Aux Etats Unis d'Amérique, une commission d'enquête relevait au début des années 90-91 que les petites unités de santé connaissaient une haute fréquentation de fumeurs de marijuana, de jeunes ayant abusé des amphétamines, des consommateurs de cocaïne et d'héroïne, des gens de tous âges souffrant de dépression nerveuse.

Depuis les années '80, la littérature et les films traitent des maladies mentales de plus en plus fréquentes, mais aussi du malaise de la société en présence de ces malades : non-acceptation, refus ou rejet, fracture sociale. De nombreuses écoles se sont mises à la recherche des solutions à ce double problème de l'Individu malade mental et de la Société gênée en présence d'un élément qui lui est devenu étranger : Philosophie, Médecine, Systèmes religieux, Sociologie, Artistes (Musicothérapie), etc.

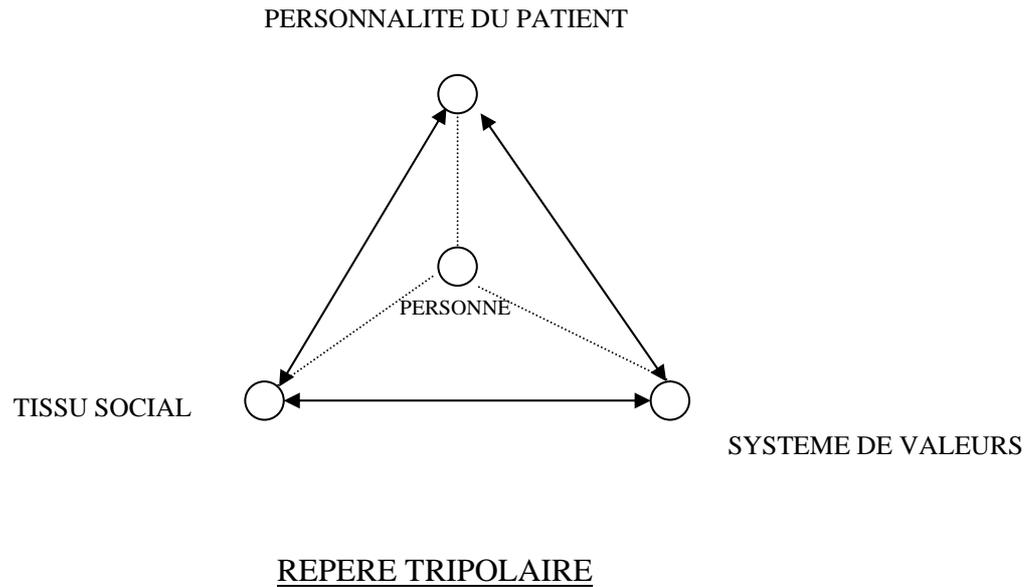
Une analyse situationnelle a pu dire que la cause première de cette pathologie mentale est l'INSECURITE ; celle-ci à son tour est attribuée à la perte du sens de la vie, au poids du monde (le travail, les obligations familiales...), la chute des idéologies, y compris celle progressiste, la perte du sens du Transcendant. Une grande responsabilité est reconnue aussi au STRESS de la vie urbaine, à l'Instabilité de la famille comme système affectif et protecteur de l'individu.

On pourrait donc regrouper ces causes autour de trois éléments principaux :

- 1- *La DESAGREGATION du milieu relationnel*
- 2- *L'absence d'une vie organisée*
- 3- *L'Incapacité de donner sens à l'existence*

Il en résulte cette observation : la solitude, le non sens de la journée et de la vie, la perte de la volonté et de la nécessité de lutter pour quelque chose, de s'imposer des objectifs et des sacrifices pour donner consistance au "MOI", c'est tout cela qui laisse l'individu dans l'INSECURITE où la dépression trouve sa place et l'usage des palliatifs divers (drogue, alcool...) apparaît comme des solutions "normales".

Ceci fait penser que de nos jours, le rôle du psychothérapeute ne peut plus se limiter à la seule prise en charge du patient, mais devra tenir compte du SYSTEME DE VALEURS et de LA SITUATION PSYCHO-SOCIALE dans lequel le sujet vit sa fragilité mentale. La base de toute intervention sera un repère à trois pôles ou tripolaire.



Pour le temps qui nous est imparti, nous proposons le plan suivant :

I- NOTION DE STRESS ET CONCEPT DE NORMALITE

II- EVOLUTION HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE

A- Antiquité

B- Moyen âge

C- Temps modernes

III- PROBLEMES ETHIQUES EN PSYCHIATRIE

I- NOTION DE STRESS ET CONCEPT DE NORMALITE

1- LE STRESS

LE STRESS est la CHIMIE DE L'EMOTION qui fouette l'organisme, mais qui l'use aussi. (A. Audibert).

C'est l'association d'une agression et la réponse à l'agression. Cette agression peut revêtir une forme physique (blessure, caresse), émotionnelle (panique, joie, douleur). Les futures mamans ou les futurs mariés sont aussi concernés par le stress que l'étudiant à la veille des examens. Dès lors, l'organisme réagit en sécrétant des hormones.

On distingue deux formes de stress :

- 1)- Le stress violent : provoqué par les chocs émotionnels à divers degrés
- 2)- Le stress permanent (tueur). C'est le plus redoutable et le plus sournois. Il provoque

une sécrétion continue de cortisol. Pire qu'un poison lent, il provoque et entretient des maladies graves comme les cancers. L'individu régulièrement humilié au travail, victime de tromperies, par exemple, est exposé à ce genre de stress.

Face au stress, il se crée un syndrome général d'adaptation

à une sollicitation excessive de l'organisme (aux stimulations physiques, biologiques, psychosociales) et ce syndrome comporte 3 phases :

- a)- Une phase d'alarme durant laquelle se manifestent essentiellement des modifications de type biochimico-hormonales.
- b)- Une phase de résistance durant laquelle l'organisme se restructure les défenses.
- c)- Une phase de fatigue ou de dépression durant laquelle on note une chute des défenses et l'incapacité de l'organisme à s'adapter aux éventuels facteurs de stress.

C'est à la dernière phase qu'on a souvent décrit des signes nets de souffrance organique : amaigrissement, ulcères, hypertension, éruptions allergiformes, cancers...) ou de souffrance mentale en relation directe avec les facteurs de Neuro-transmission.

Mais qui dit Stress, ne dit pas maladie, car le stress en soi, n'est qu'une alarme, et l'alarme peut provoquer deux types de réaction : une positive, qui résout dans le meilleur délai la situation de déséquilibre provoquée par la stimulation et une, négative, qui subit l'usure de la stimulation.

Ainsi on distingue le - DYS-STRESS qui est pathologique
et - l'Eu Stress qui est le bon stress
(réaction saine au stress)

Il faut apprendre à vivre le STRESS sans DYSTRESS

B- LE CONCEPT DE NORMALITE EN BIOETHIQUE PSYCHIATRIQUE

La Normalité psychiatrique est un concept important même s'il est difficile à définir. Tant qu'il s'agissait d'étudier et de soigner les grands cas psychotiques et les troubles mentaux, (d'origine organique), la barrière entre normal et anormal était suffisamment nette. De nos jours, avec le progrès des connaissances et la définition des formes légères et moins évidentes de maladie mentale, la définition des formes borderline, avec l'intérêt sans cesse croissant de la prévention de toute sorte de maladie, il est devenu à la fois plus urgent et utile réactualiser le concept de Normalité Psychique :

1)- La Norme Descriptive ou Statistique :

Selon ce principe, est normal ce qui se vérifie dans la plupart des cas. La différence entre Normal et Anormal est de type quantitatif. Ce qui est normal est ce qui est le plus fréquent, ce qui est rare est anormal

2)- La Norme Constitutive ou Fonctionnelle :

Selon ce principe, est normal ce qui s'adapte à la structure et à ses finalités intrinsèques. D'où un comportement est normal quand il est ADAPTE ET EFFICIENT. Mais puisque le modèle de référence varie selon les théories sur le développement psychique, la norme constitutive ne peut être utilisée comme critère objectif.

3)- La Norme Prescription ou Idéale :

Selon ce principe, on fait référence à un modèle conventionnel auquel l'individu doit s'adapter. Est normal ce qui est comme il se doit. La différence entre le Normal et l'Anormal est de type qualitatif. Puisque chaque système social utilise des normes idéales pour réglementer et apprécier le comportement des individus qui le constituent, on risque de prendre le modèle CONVENTIONNEL comme modèle NATUREL.

4)- De nos jours, il apparaît plus utile de se référer à une normalité dynamique, c'est-à-dire un IDEAL vers lequel tout le monde doit tendre

permanement, même si en pratique on sait qu'on ne l'atteint jamais. C'est la NORMALITE ASSYMPTOMATIQUE. Dans ce sens, est normal celui qui ne présente pas de symptômes de type psychopathologique, celui qui est capable de l'insérer dans la société, remplissant les devoirs exigés par la société et lui donnant en retour sa propre contribution à travers la réalisation de ses potentialités, celui qui est capable ainsi de maintenir en toute circonstance son équilibre mental entendu non comme oméostase, mais comme limite idéale à atteindre.

De nos jours, on pourrait définir la PSYCHIATRIE comme "branche de médecine qui a pour objet l'étude clinique et les soins des infirmités mentales et des comportements pathologiques", (Cf. Lexique Universel, trad. It. Istituto della Enciclopedia Italiana - vol. XVIII, 1981).

En a-t-il toujours été ainsi ? Parcourons l'Evolution historique de la PSYCHIATRIE.

II - EVOLUTION HISTORIQUE DE LA PSYCHIATRIE

Ici notre objectif n'est pas de reconstruire chronologiquement ou géographiquement l'évolution de la Psychiatrie, mais de donner juste un panorama essentiel des contextes historiques de la conception qu'on avait de la maladie mentale et de sa thérapie.

A- Antiquité :

1)- HIPPOCRATE (V^os a.C) : A cette époque, la maladie mentale était perçue comme une maladie d'origine magico-religieuse, surtout l'épilepsie qu'on appelait "maladie sacrée". Hippocrate réagit face à cette conception en affirmant que toutes ces maladies étaient d'origine neurologique : "LES HOMMES DOIVENT SAVOIR QUE LE PLAISIR, LA JOIE, LE RIRE, AINSI QUE LA DOULEUR, LA PEINE, L'AFFLICTION, LES PLEURS... NE PROVIENNENT DE NULLE PART SINON DU CERVEAU... ET C'EST TOUJOURS PAR LUI QUE NOUS DEVENONS FOUS, QUE NOUS PERDONS RAISON, ET QUE NOUS AVONS DES CAUCHEMARS. ET TOUS CES SIGNES SE PRODUISENT EN NOUS PAR LE CERVEAU QUAND IL N'EST PAS SAIN." (Il morbo sacro, 17). Ainsi Hippocrate définissait la maladie mentale comme un déséquilibre des humeurs au niveau cérébral.

2)- ASCLEPIADE (130-40 a.C) : Par rapport à Hippocrate, celui-ci précise qu'il s'agit d'une atteinte des atomes du cerveau et propose qu'on distingue les maladies mentales en aiguës et chroniques. Pour lui la thérapie devait conjuguer : régime alimentaire, massage, gymnastique, hydrothérapie...

3)- ARETEUS de Capadoce (II d.C) : Après avoir décrit en 2 ouvrages divers maladies (diabète, goutte, pleurésies) fit une classification des paralysies en cérébrales et spinales, les maladies Mentales faisant partie du premier groupe.

4)- CICERON dit que la maladie mentale est d'origine spirituelle (de l'esprit) et propose la philosophie comme thérapie. (cf Libro III delle TUSCULNAE)

5)- PLUTARQUE : Celui-ci attire particulièrement l'attention sur les MALINCONIES (cf. Typologie de la personnalité). Pour lui la maladie mentale est une atteinte à la personnalité.

6)- SORANO de Ephèse (gynécologue) : Pour lui, les maladies mentales sont dues aux troubles hormonaux et aux caractères psycho-émotionnel.

B- LE MOYEN AGE,

1- D'une façon générale, la conception qu'on a de la maladie mentale est positive, mais on assiste ça et là à la considération de la folie et de la sorcellerie comme des cas de possession du démon.

Durant la première moitié du Moyen Age, les malades mentaux étaient assimilés aux autres pauvres : mendiants et clochards. Mais on commençait à penser que les malades mentaux avaient besoin d'une assistance particulière. Dans ce contexte, nous retrouvons Jean Ciudad (1495-1550). Berger, Régisseur, Soldat et Libraire, converti à la foi en 1537, il fit également l'expérience du dénuement des hôpitaux psychiatriques : il se fit fou, fut enfermé dans un centre psychiatrique pour vivre sur sa peau l'expérience de ses frères, les malades mentaux. De cette expérience, il loua une maison qu'il transforma en hôpital (à Crenade en Espagne) et se mit à quêter pour ses malades. Il fonda ainsi peu à peu l'ordre religieux des Fate-bene-fratelli, qui jusqu'à nos jours, se consacrent aux malades en général et aux malades mentaux en particulier.

2- L'ère de la Désacralisation et de l'Illuminisme.

Le siècle de la Réforme a vu s'affirmer une attitude de pitié et de miséricorde vis-à-vis des malades mentaux, tandis qu'avec l'avènement des grandes puissances et des Etats totalitaires, on a vu resurgir un traitement plus rigoureux, la réclusion et même la détention préventive de certains malades.

Toutefois, l'humaniste J. L VIVES (1492-1520), le médecin J.WIER (1515-1582) s'associèrent à Jean de Dieu pour donner un contenu objectif et scientifique à la maladie mentale et combattre vigoureusement les considérations superstitieuses au sujet de ces pathologies. J. WIER, en particulier, soutenait que les sorcières n'étaient rien d'autre que des malades en quête de compréhension et de compassion (cf. De prestigiis daemonum et incantationibus ac veneficiis" 1563), réprouvant en

même temps les aveux qu'on leur extorquait par des violences de toutes sortes. Pour la défense de ces malades et de ceux qu'on disait possédés, il fut même surnommé serviteur de Satan.

Mais avec l'Illuminisme, la maladie mentale fut dépouillée de toute signification religieuse et la peine de mort pour crime de sorcellerie et magie fut abolie, en France sous Louis XIV en Bavière en 1775, en Suisse en 1782.

C- INTERPRETTIONS ET METHODES THERAPEUTIQUES MODERNES

,1)-Interprétation Biophysique : Le Modèle MEDICAL

La deuxième moitié du 19^e siècle marqué par le positivisme présentait la science et la technique comme les deux outils de la raison capables de dévoiler les grandes lois de la nature, et de donner à l'humanité les moyens de les maîtriser. C'est alors que la psychologie et la psychiatrie naissent comme étude des comportements psychiques en étroite relation avec l'anatomie et la physiologie du système nerveux central, par les méthodes expérimentales

(William Wundt (1832-1920) est le fondateur de la Psychologie expérimentale).

Comme la psychologie, la psychiatrie aussi fut reconnue science médicale : La maladie mentale est une maladie comme toutes les autres, dépendante de causes organo-physiologiques ; une discipline scientifique doit donc en étudier les symptômes et les mettre en corrélation avec les causes organiques à retrouver évidemment dans le système nerveux central c'est la psychiatrie.

Cela fut confirmé par Bayle sur la paralysie progressive qu'il mit en relation avec un processus inflammatoire d'une des méninges : l'aracnoïde. Sur ce modèle, on essaya de retrouver les corrélations somatiques pour bien de troubles mentaux ou maladies mentales.

Dans cette optique, Jean-Martin Charcot (1825-1893), Wilhem Griesinger (1817-1868), Ludwig Binswanger (1852-1929) et leurs disciples Théodore Herman Meynert (1833-1892), Karl Wernike (1848-1905) et Pierre-Paul Broca apportèrent une contribution significative à l'étude de certaines paralysies.

En Italie, la neuropsychiatrie se développa spécialement lorsque le roi Carlo Alberto rendit obligatoire son enseignement en faculté de médecine (dans le Piémont). Toujours en Italie, on souligne le rôle de Enrico Morselli, fondateur du premier laboratoire de psychologie expérimentale à Genova, et de Eugenio Tanzi dans le domaine de la psychiatrie forense.

A la fin du siècle, les protagonistes du modèle médical de la Psychiatrie tentèrent de lui donner une organisation systématique, de la structurer en

psychiatrie clinique. Ainsi virent le jour les premières classifications, la symptomatologie, les descriptions des différentes maladies mentales selon leurs formes et leur tableau clinique.

2)- Le modèle psychopathologique

La première partie du 20^e siècle est particulièrement marquée par la réaction au positivisme dont les tenants (Bergson, Croce, Splenger, Boutroux) contestaient la possibilité d'une légitime et valable transposition de la méthodologie des sciences expérimentales dans le domaine des réalités humaines comme le psychique et le spirituel. En conséquence, la psychologie et la psychiatrie furent déclassées du domaine des sciences et laissées à d'autres disciplines.

Une des premières disciplines est représentée par Karl Jaspers (1883-1969), philosophe et plus précisément existentialiste. (Cf. *Psychopathologie générale* - Berlin, 1946). Pour lui, la psychopathologie relève de la philosophie en tant qu'étude de l'expérience de l'individu et analyse de son vécu. Sa justification est que la vérité (de l'homme) est quelque chose de plus exact que la précision de la science médicale ; en outre, le centre d'intérêt de toute vraie connaissance est le MOI et son expérience existentielle et non-objectivable. Donc la psychopathologie est une discipline à soi, indépendante de la médecine. C'est dans la profondeur de cette expérience que l'on retrouve le chiffre et le symbole de la transcendance, la signification des choses et le sens de la vie. En d'autres termes, la psychologie et la psychopathologie transcendent la vérité scientifique.

Cette vision des choses servira beaucoup à la psychopathologie clinique, surtout dans l'étude des personnalités psychopathes, des psychoses majeures, de la schizophrénie.

3)- Le modèle psychanalytique

Cette perspective est certainement une des plus importantes ; en partant du fait qu'il n'y a pas équation entre monde psychique et monde conscient, elle nous ouvre l'horizon de l'Inconscient. La psychanalyse, par définition du même S. Freud, est une méthode d'investigation des processus mentaux qui sont presque inaccessibles par d'autres moyens (cf. Reale Antiser : *La pensée occidentale* pp 677-684).

Concernant la psychiatrie, S. Freud fit les premières confrontations avec Breuer et Charcot : l'étude de l'hypnose et de l'hystérie le rassurèrent de l'origine psychique de la névrose. Dans "L'interprétation des rêves" 1900, nous retrouvons l'ébauche de sa pensée : "La névrose naît du conflit entre le Moi conscient et la Libido inconsciente et réprime ou censurée. (libido est de nature sexuelle, mais sexe non dans le sens limite de la génitalité, mais dans le sens large affectivo-instinctif global. Pour Freud, il existe en effet une sexualité pré-génitale (cf.

Binchini. "Trois réflexions sur la théorie de la sexualité" Biblioteca Psicanalitica Italiana - Napoli, 1921). A partir des principes ultérieurement élaborés autour du paradigme du mythe d'Oedipe selon lequel l'instinct sexuel s'exprime de façon ambivalente envers les figures parentales pour lesquelles on éprouve le complexe de culpabilité et d'obligation, Freud donnera une interprétation de la psychanalyse qui tend à s'éloigner du domaine de la psychiatrie pour embrasser toutes les formes d'activité humaine. Ainsi, la conscience éthique est désignée comme le SUR-MOI qui réprimande, oriente, condamne et incarne la figure paternelle ; ce SUR-MOI est projeté à l'intérieur dans la conscience destinée à rentrer en conflit avec l'Es ou l'Inconscient. (Cf. S. Danich & Boringhieri : *Totem et tabou*, Torino, 1969)

Pour lui la religion représente un résidu de la relation de l'enfant avec son père, et dans la figure de Dieu, l'individu projette ses besoins et désirs de protection, sentiments d'amour, le pardon et la réconciliation.

Malgré cette vision assez réductive et peu positive de la religion il aura contribué à la découverte de l'Inconscient, à l'élaboration de techniques et méthodes thérapeutiques des maladies mentales. Enfin, par les concepts de refoulement, de sublimation et de transfert, il aura tenté l'explication étiologique de certaines névroses.

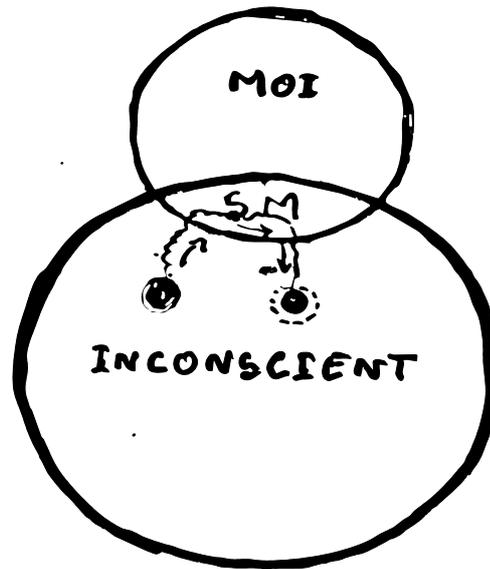
Le refoulement

Il s'agit d'un mécanisme inconscient qui empêche une pulsion d'arriver à la conscience. Freud donne à peu près la comparaison suivante : c'est comme si des personnages hirsutes mal lavés, nus de toute leur nudité inavouable (instinct) voulaient sortir de leur caverne obscure (inconscient) pour envahir le salon (Conscience morale) où une soirée mondaine bat son plein. Entre les caves noires et le salon illuminé, dans la pénombre, se tiennent une nué de gendarmes (le Sur-Moi !)

La pulsion instinctive et barbue monte quelques marches se heurte aux forces de l'ordre du Sur-Moi, doit montrer ses papiers. S'il y a refoulement, le troglodyte est repoussé dans ses abîmes sans autres formes de procès. Cependant les personnages s'agitant dans le salon ignorent tout de ce qui s'est passé.

En d'autres termes, la Conscience ignore toujours qu'un refoulement a eu lieu. On n'apprend l'existence d'un refoulement que lorsque les symptômes apparaissent à la surface. Par exemple : une angoisse (ressentie consciemment) peut être symptôme de refoulement inconscient.

Pourquoi le refoulement ? Pourquoi reste-t-il inconscient ? Le refoulement agit sur des pulsions venant de l'Inconscient et il y a refoulement parce que la pulsion menace l'équilibre de la personnalité.

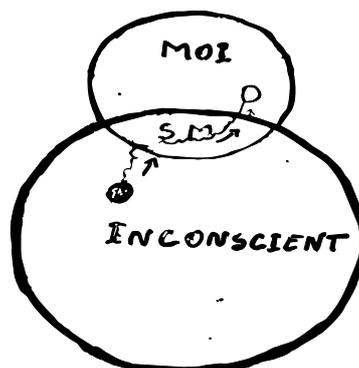


Le refoulement d'une pulsion reste ignoré de la conscience

REFOULEMENT

La Sublimation

La sublimation est également un mécanisme psychique fréquent et consiste à ramener l'énergie brute vers un niveau social plus élevé. Supposons une borne dont une partie de la personnalité est restée bloquée au stade anal (période pendant laquelle l'enfant éprouve du plaisir à retenir ses excréments). Dans sa vie d'adulte, cet homme va "retenir" certaines choses. Par exemple, Il peut "retenir" de l'argent des trésors... et devenir un excellent financier, mais il peut aussi devenir un avare de première qualité : il est alors un "grippe-sou" comme il était un "grippe-excréments".



La pulsion est filtrée et déformée par le SUR-MOI

SUBLIMATION

C. G. Jung (1875-1961) pousse plus loin l'analyse et donne naissance à la psychologie analytique. Il se sépara de son maître Freud en 1912. Pour lui, la "libido" doit être perçue comme une énergie vitale et non seulement ni nécessairement liée à la sexualité. Ainsi le symbole et le signe de la transcendance ne sont pas uniquement évocateurs de pulsions érotiques, mais renferment bien d'autres sentiments, souvenirs et aspirations. Mais la différence fondamentale entre eux est celle-ci : Tandis que Freud mettait l'accent sur l'Inconscient individuel, Jung au contraire porte l'accent sur l'Inconscient collectif dont l'individu serait comme un reflet (cf. E. Sgreccia : *Manuale di Bioetica II* p. 50). En effet, dit-il, "Dans le névrosé, ce n'est pas un domaine pathologique clos qui surgit devant le médecin, mais un être malade, malade non par la faute de quelque mécanisme ou de quelque centre d'infection isolé, mais dans la totalité de son être. Ce n'est pas la névrose qui est l'objet d'une thérapeutique, c'est le porteur de la névrose. Une névrose cardiaque, par exemple, provient on le sait depuis longtemps, non pas du cœur, mais de l'âme souffrante du malade. Elle provient de la vie vécue pendant des années et des décades, par un être tout entier ; elle plonge également ses racines dans la vie de l'âme de tout un groupe : la famille et même la société." (Cf. P. Dacco : *Les triomphes de la psychanalyse* Marabout - 1977, pp.346-347)

Ainsi, en résumé, la névrose est une dissociation de la personnalité due à l'existence de complexes, le complexe étant une constellation de conflits psychiques chargés d'énergie affective ; cf le schéma du névrosé agressif in P. Dacco : id p.129 que nous reportons ci-dessous : en l'observant bien, le n°6 représente le mode de vie actuel de M. Toutlemonde (T). Ce mode de vie est conscient. Ce qui se passe du n° 5 au n° 1 est de plus en plus inconscient. Cet inconscient est formé d'auto-défenses. Le caractère est comme une armure formée de "plaques" de sécurité : chacune de ces sécurités protège contre la peur. Mais M. T. ne peut pas reconnaître qu'il a peur puisque ce serait reconnaître sa faiblesse (et retombée dans l'angoisse).

Or, une sécurité névrotique est toujours menacée... par définition ; dès qu'une sécurité est menacée, une angoisse apparaît automatiquement.

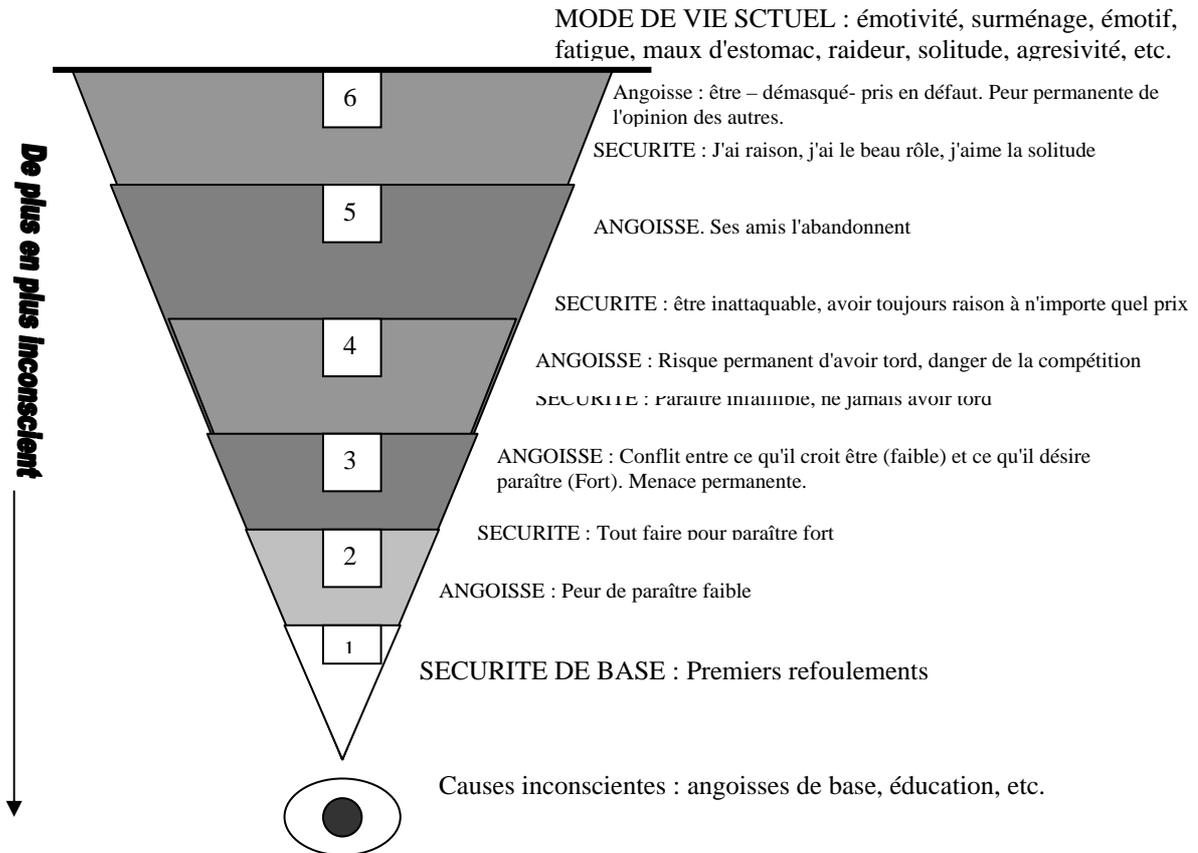


Schéma : Le patient connaît ses symptômes, il les décrit minutieusement. Tout cela forme le matériel conscient et douloureux. Il en souffre, mais il ignore ce qui se passe en profondeur. Il se bat contre des ombres, lute contre un ennemi invisible, tapi dans une cave obscure : son inconscient. (Cf. P. Dacco : id., p. 127)

D'après ce schéma on voit que M. T. est un véritable "sandwich" de sécurités inconscientes. Chacune de ces sécurités sans cesse menacée, produit de l'angoisse. Chacune de ces angoisses déclenche, à son tour, un nouveau mécanisme de sécurité.

Alors, comment faire ? Que va-t-il se passer ? M. T. ignore à quel point la façade qu'il montre à autrui est différente de ce qu'il est. Il joue sans cesse un rôle, sans le savoir. Mais ce rôle le protège de l'angoisse.

Le rôle du psychanalyste ou du psychiatre est creuser, de pénétrer la forteresse blindée que Mr T. a inconsciemment édifiée pendant des années. Celui-ci prétend que ses malaises (émotivité, surmenage, fatigue, maux d'estomac, raideur, agressivité...) proviennent de la vie agitée (trafic, sollicitations...) mais il ignore que les causes sont totalement différentes et que son bonheur est au prix d'un remaniement de toute sa personnalité.

C'est ainsi qu'avec C.G. Juno, on comprend que les pulsions quelles soient sexuelles ou agressives, cachent une transcendance, transcendance certes, relative, mais qui a l'avantage de dire que ces pulsions ne représentent plus un système strictement fermé sur lui-même ; au contraire elles constituent une réalité ouverte à tous les prolongements spirituels et religieux.

Dès lors, devant les pires déceptions (sexuelles ou caractérielles), nous pouvons redire avec Pascal : "Toutes ces misères-là prouvent sa grandeur (de l'homme). Ce sont les misères de grand seigneur".

h)-Le Personnalisme

Le Personnalisme met en exergue la dimension spirituelle du sujet, souligne l'exigence d'une approche thérapeutique fondée sur le dialogue, avec la conviction que cet individu malade a des ressources intérieures précieuses qu'il peut exploiter au mieux s'il est mis en condition de compréhension et de confiance. C'est l'approche du *Counseling* ; celle-ci met le thérapeute en présence, non nécessairement d'un malade dans le sens classique du terme, mais d'une personne en difficultés. Le malade mental est défini comme une personne en difficultés, et c'est ce qui explique en partie les problèmes éthiques de la thérapie psychiatrique.

Cette approche nécessite qu'on fasse clairement la distinction entre personne et personnalité. la personne comme essence de la réalité humaine, avec sa maîtrise de soi, son identité, sa liberté responsable est à la base de la personnalité. la personne comme telle ne tombe pas malade, ne se désintègre pas, ne s'altère sur aucun plan : psychologique, médical, neurologique. Toutes ces modifications éventuelles affectent la personnalité qui a un caractère, des sentiments, un tempérament, une intelligence (capacité de combiner les éléments environnementaux pour résoudre ses problèmes), des pulsions, des comportements, des pensées et une volonté. Ainsi, dans la schizophrénie on n'a jamais une dissociation de la personne mais bien de la personnalité. On comprend alors que la maladie mentale en général signifie un état de fonctionnement mental caractérisé par un bouleversement total du sujet dans sa relation avec la réalité qui l'entoure : altération de la notion du temps et de l'espace, désintéressement vis-à-vis des objets et des symboles psychiques avec un effacement des limites entre le MOI et le NON-MOI, entre l'imaginaire et le réel, entre le monde interne et le monde externe.

Ainsi respecter la personne et ramener la personnalité à l'équilibre avec le monde qui l'entoure semblent une chose et son contraire. Que faut-il faire ?

II) -LES PROBLEMES ETHIQUES EN PSYCHIATRIE

A- Le rapport Psychiatre-Patient

Compte tenu de la complexité de l'approche thérapeutique que nous évoquons, et de la faiblesse objective du malade mental, il s'agit ici de proposer quelques pistes de comportement thérapeutique sur la base de l'anthropologie chrétienne.

Ainsi, dans la relation Psychiatre-Patient ou Médecin-Malade :

Le malade ne peut être considéré ni comme un objet, ni réduit à un cas clinique. Il doit être pris dans sa globalité : son histoire personnelle, son milieu de vie, sa situation existentielle.

Le médecin ne doit pas se comporter en expert paternaliste au point d'annihiler la personnalité du patient.

Le médecin doit la vérité au patient, en vue de favoriser sa participation, son implication réelle dans la thérapie.

Le médecin doit respecter la souffrance du malade (la considérer comme souffrance de son malade afin de pouvoir adopter à son égard, le principe de la réciprocité : ce que tu veux que l'autre fasse pour toi, fais-le toi-même pour lui. (Cf. Lc 6 : 31).

le médecin doit utiliser tout ce qui est possible et toutes ses compétences (pharmacologiques, techniques, psychothérapeutiques...) pour ne pas céder à la tentation de laisser le malade à l'auto- médication et tout en évitant de se servir du malade pour des fins personnelles (recherches, profit économique, intérêt politique ...)

Ceci dit, les présupposés éthiques dans la relation thérapeutique se distinguent en deux groupes :

Du côté du patient :

- il faut que le patient ait envie de guérir ;
- qu'il ait confiance en la possibilité de guérir ? - qu'il ait confiance en son soignant

Du côté du soignant (Psychiatre, Médecin Généraliste) :

- l'engagement à vouloir guérir le malade ;
- l'expérience en ce domaine de soins ;
- la capacité de supporter le poids du rapport médecin/patient ;
- la capacité d'empathie ;
- une orientation éthique ;

- l'assurance ou la confiance en soit de pouvoir aider le patient.
- respect du consentement du patient.

En parlant du consentement de malade mental, nous touchons un point très sensible de la Psychiatrie. Le consentement doit être :

- - personnel et non par tierce personne (sauf pour les cas où cette décision est laissée aux parents ou à des tuteurs)
- libre et spontané (sauf pour les cas ci-dessus mentionnés)
- conscient : la condition requise avant tout traitement est que le patient soit informé sur sa situation réelle, sur la nécessité de se soumettre à un traitement spécifique, sur effets bénéfiques et les effets secondaires indésirables de ce traitement, enfin sur les risques qu'il court en ne se faisant pas soigner.

B- QUAND LA SOCIETE PEUT-ELLE IMPOSER UN TRAITEMENT OBLIGATOIRE A UN MALADE MENTAL ?

Il s'agit bien entendu d'un traitement sanitaire, mais infligé à un malade sans son consentement. Ici, la société signifie toutes les institutions (la famille, les structures sanitaires, les services de sécurité...)

La société est tenue de soigner un malade mental sans son consentement en psychiatrie d'urgence. Avant de passer aux différentes motivations du traitement sanitaire forcé, il faut souligner que la vie est un bien fondamental et prioritaire par rapport au bien même de la liberté. Ainsi face au risque de la vie du patient et des autres (risque créé par la non-intervention d'un médecin ou du refus du patient), la société a le devoir d'imposer l'hospitalisation et les soins opportuns et adaptés.

Le cas d'urgence se vérifie quand :

- le malade n'est pas en mesure d'exprimer un consentement valable ;
- il existe un risque grave et imminent
- ce risque comporte un préjudice grave et réel à la personne.

Dans tous les cas, l'acte médical doit être proportionné au danger encouru (par la personne).

On pourrait ici citer les normes internationales, ce qui dépasserait le cadre de nos présentes assises, mais nous retenons que le nœud du problème de l'Éthique médicale (en psychiatrie) est la considération de la valeur objective de la personne : la personne humaine transcende sa propre capacité psychologique de prendre conscience de la situation présente. Le MOI réel est au-dessus du Moi Psychologique (personnalité).

C'est la raison pour laquelle la sauvegarde de la vie du patient et de celle des autres personnes constitue le devoir de la société d'intervenir même et surtout quand le malade psychologiquement fragile, n'est pas en mesure de se rendre compte de ses propres besoins (protection de sa vie).

C'est dans ce sens que le psychiatre est défini comme la "prothèse" de la liberté et de l'autonomie du sujet humain. La prothèse ne remplace pas complètement le mouvement d'un membre, mais suppose que le sujet soit le bénéficiaire de son soutien. Ainsi le psychiatre cherche à susciter l'autonomie, la liberté et la responsabilité du sujet, l'aide à s'insérer harmonieusement là où et quand il n'a pas la possibilité de s'autogérer.

Cette prothèse respecte ou doit respecter :

- le principe de la proportionnalité thérapeutique
- le principe de la complémentarité
- et celui de la subsidiarité

Ces considérations n'épuisent pas les problèmes éthiques en psychiatrie, mais certains vous que vous sont proposés, juste pour que vous y réfléchissiez :

+ Le cas TARASOFF-

Un psychiatre est poursuivi en justice par les parents de Tatiana TARASOFF qui a été victime d'un malade mental (psychopathe). Celui-ci avait confié au psychiatre son intention de tuer Tatiana dès qu'elle serait de retour à la maison. Le psychiatre fait interner le malade dans un centre psychiatrique d'où Il sera libéré après un certain temps d'observation ; mais il s'est gardé d'aviser les parents de Tatiana du danger que courait leur fille.

Au tribunal, le jury s'est divisé en deux camps dont le majoritaire déclara le médecin coupable de négligence professionnelle, bien que Tatiana ne soit pas sa patiente. Pour eux, si un clinicien sait, selon sa compétence que son patient court un danger de violence perpétré contre sa personne (de la part ou par une autre personne), il est tenu de protéger la victime d'un tel danger, par exemple, en avisant la police.

Tout en reconnaissant que pour l'intérêt public, il fallait sauvegarder la confidentialité (exigence déontologique et professionnelle), pour ce cas spécifique, à cause de la sécurité menacée par l'agression violente, la sécurité primait sur la confidentialité.

Le camp minoritaire défendait le psychiatre qui avait défendu les droits de son patient en ne violant pas le principe de la confidentialité.

Et vous, que pensez-vous du verdict ?

La stérilisation des malades mentaux mineurs

Face à la thèse de la transmission héréditaire des maladies mentales, et face aux prédispositions familiales de certaines maladies mentales, que pensez-vous de la stérilisation des malades mentaux quand ils sont encore mineurs (de peur qu'en se mariant, ils/elles ne donnent naissance à d'autres malades mentaux) ?

+ L'Electrochoc

L'indication principale est constituée par les dépressions nerveuses graves, avec tendance au suicide. Dans ces conditions, les résultats sont excellents, il suffit de quelques applications pour résoudre rapidement ces dépressions qui, autrement, pourraient durer indéfiniment ou conduire à l'issue fatale.

D'autres indications sont représentées par la manie grave, certaines schizophrénie avec des caractéristiques de type affectif ou de spasticité musculaire.

Perçue sous cet angle on ne pourrait condamner systématiquement et radicalement la thérapie par électrochoc. La difficulté se situe au niveau du discernement des cas, et le risque de son utilisation indiscriminée.

Enfin, nous vous signalons qu'il existe une déclaration des personnes malades mentales (cf. Déclaration de Hawaï en 1977) au niveau international, qui stipule en synthèse que

- 1- les personnes malades Mentales (PMM) ont les mêmes droits que tous les citoyens du même pays.
- 2- La PMM a droit à l'assistance en vue de pouvoir développer ses potentialités compte tenu du degré de son handicap...
- 3- La PMM a droit à une activité productive...
- 4- La PMM a le droit de vivre en famille (naturelle ou adoptive)...
- 5- La PMM a droit à l'accompagnement spécifique, en fonction du degré de ses capacités à mener les activités de la vie courante...
- 6- La PMM a droit à la protection contre toutes formes d'exploitation de son état psychologique...
- 7- La PMM handicapée grave, incapable de poursuivre ou d'exercer ses droits ci-dessus mentionnés doit être objet d'attention particulière, afin de lui garantir des examens médicaux...

CONCLUSION

Mais pour nous, chrétiens catholiques, notre éthique nous est tracée par Jésus-Christ lui-même, qui nous propose la parabole du bon samaritain (Lc 9 : 29-37). Autrement dit, la PMM est notre prochain ou bien qu'aurions-nous voulu comme attitude à notre endroit si nous étions à la place du malade ? Ce que vous voulez que les autres fassent pour vous, faites-le vous-même pour eux, nous ajoute-t-il (cf. Le 6 : 31), nous donnant ainsi la règle d'or que volontiers j'appelle "le principe de la réciprocité chrétienne".

Je vous remercie de votre attention.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1)- E. SCRECCIA : "Manuale de bioethica" II Vita e Pensieri Milano, 1991
- 2)- S. SPINSANTI : "Etica bio-medica" Ed. Paoline Milano, 1987
- 3)- G. PERICO : "Problemi di Etica sanitaria" - Ed. ANCORA Milano, 1992
- 4)- G. RUSSO : "Le nuove frontiere della bioetica clinica" Ed. ELLE DI CI, Torino, 1996
- 5)- P. DACCO : "Les Triomphes de la Psychanalyse" - Marabout ALLEUR (Belgique), 1977.