

Ethique, où es-tu ?

Docteur H. Alain Amar

Psychiatre, AIHP

Ancien expert rapporteur Haute Autorité de Santé

Ancien Membre du Comité d’Ethique du CHU de Lyon

Ancien Membre du CCPPRB Lyon Hôtel Dieu

Ancien médecin spécialiste inscrit sur les listes établies en matière civile par les procureurs de la République de Valence et Lyon et agréé par la préfecture du Rhône.

Mai 2013

Introduction à la question

Il semble bien que, de tout temps, l'homme ait eu besoin de codes, de lois, de règles pour vivre en société. D'autres espèces que l'espèce humaine ont également des règles, ainsi les fourmis, les abeilles ...

Le mot "Ethique" vient du grec êthos = séjour ou éthos = habitude, usage. C'est du moins la double acception présumée de son étymologie. Il Ce terme recouvre aussi bien l'esprit que le corps.

UN PEU D’HISTOIRE

L’Ethique est un mot bien galvaudé de nos jours et, malheureusement, employé bien trop souvent à tort et à travers. Plus on l’évoque, moins il nous semble qu’on respecte l’Ethique ; il s’agit d’une simple constatation découlant des événements récents de l’actualité. Ainsi use-t-on du mot *éthique* à tout propos : « guerre éthique », « placements éthiques », « échanges commerciaux éthiques »...

L’Ethique n’est justement pas un mot mais un système de valeurs quasi universel avec des particularités locales liées à une histoire. L’Ethique n’a pas de frontières, pas de limites, pas de langue spécifique et pas de domaines d’exclusion : l’Ethique n’appartient à personne en particulier mais bien à tout le monde, à ceux qui veulent bien se livrer à une réflexion par rapport à leurs valeurs morales, avant la loi, avec celle-ci et après elle.

Une société est nécessairement organisée pour vivre et survivre. Organisation suppose hiérarchisation des fonctions. Ainsi en est-il de l'organisme humain qui protège en cas de traumatisme grave les organes dits nobles que sont par ordre croissant, les reins, le cœur et le cerveau.

Pourquoi un tel détour pour parler d’Ethique ?

Pour tenter de la situer à sa juste place, c'est à dire qu'il ne s'agit ni de loi, ni de code (moral, déontologique, civil ou encore moins pénal), ni de règles immuables mais bien d'une dimension toujours en mouvement, au sens d’Héraclite, toujours renouvelée, toujours inachevée par rapport au bien et au mal.

Il est certain que de nombreuses conventions régissant les rapports des premières sociétés ont été transmises oralement. La pérennisation des lois allait nécessiter des supports sur lesquels seraient gravées ou fixées les dites lois, à l'aide de signes communément admis.

L’écriture existe depuis la fin du Néolithique (4000 av. J.-C.), en particulier dans les villes sumériennes : les prêtres gravaient des signes sur des tables d'argile humide qui, d'abord iconiques, finirent par représenter des concepts.

L'histoire de la Mésopotamie révèle l'existence du probable premier code de lois rédigé sous le règne de Ur-Nammu vers 2112 avant J.-C, comme je l'ai déjà écrit dans un article récent de 2013 (cf. bibliographie).

Plus tard, en 1760 environ avant J.-C., Hammourabi, roi de Babylone promulgue son code, devenu célèbre, contenant 382 articles de loi. Le code d'Hammourabi regroupe l'ensemble des sentences rendues par le roi tout au long de son règne.

Au XIII^e siècle avant J.-C., une invention va bouleverser le monde, l'alphabet mis au point par les Phéniciens.

Vers 1260 avant J.-C., les Hébreux vivant en esclavage en Egypte acceptent de fuir sous la conduite de Mosché, Moïse. Au cours de la traversée du désert du Sinaï et selon le récit biblique, Moïse s'isole sur le Mont Sinaï et en redescend avec les tables de la Loi et ses Dix Commandements qui régneront sur le monde. A ce sujet, il me paraît important de préciser que le terme « Dix Commandements » est impropre, alors que la formulation hébraïque est : *assérot hadevarim*, qui signifie les « Dix Paroles ». Nous voyons combien la différence est grande entre le terme "Parole" et "Commandement". La Parole laisse la place à l'interprétation, le commandement, jamais. C'est donc bien dans la multitude des sens possibles donnés à la « Parole » que peut se situer l'Ethique et sûrement pas dans le « Commandement ».

En termes de législation, il est certain que la Loi est une Loi **d'orientation**, une Loi-cadre qui peut être interprétée donc permettre des sens divers, les décrets et les circulaires d'application prévoyant en termes plus précis voire stricts les conditions d'application de la Loi.

Gershom Sholem relate la discussion autour de la révélation des Dix « Commandements ». Selon certains, tout le peuple entendit la voix de Dieu, selon les autres, seul Moïse entendit l'ensemble des Dix « Commandements », le peuple n'ayant pas pu aller au-delà des deux premiers.

Pour que la loi ait du sens et se perpétue, elle doit être écrite, précise J.F. Lyotard. Mais la tradition orale viendra « doubler » la tradition écrite. C'est « l'aleph » qui est l'annonce, le commencement de tout. « [...] *Voici donc un peuple (le peuple juif), muni, en effet, de prescriptions écrites, mais non moins suivi d'une foule de petites histoires [...] et il va falloir que le peuple entende la voix dans ce désordre, qu'il entende le timbre de l'Eternel dans le temporel et invente ce qu'il a à faire pour être juste dans cette tempête de circonstances imprévisibles qui s'appelle l'histoire. [...] Il va falloir, à chaque fois, coup par coup, trouver où est la loi, décider ce qu'il faut faire. Car, cela n'a pas été dit ! Cela a été écrit, mais cette écriture donne lieu à différentes lectures : le Talmud* ».

On peut se demander si l'Ethique ne trouve justement sa place qu'en dehors de l'aspect figé, voire immuable des codes et règlements, que dans l'interprétation toujours renouvelée et dans la question du doute. C'est dans ce doute que surgit la réflexion et non dans l'application automatique de règlements et codes divers. C'est dans le doute que peut advenir la réflexion éthique en médecine et la prise de décisions thérapeutiques. Certes, nous nous situons ici aux antipodes des *guides-lines* et des classifications américaines des maladies, totalement réductrices... Mon ami Marc. Alain. Ouaknin, dans un récent ouvrage, mentionne la notion du "*vide fécond*", du vide fondateur. Il précise : « *La Tora de Dieu [...] est une écriture avant les mots, sans coupure ni ponctuation, sans rythme, sans le moindre blanc. L'écriture s'écoule sans interruption [...]. C'est un in-fini in-sensé. Ecrire un texte constitué de mots, c'est précisément le rôle de la Tora de Moïse. Moïse a introduit des blancs, des espaces, des coupures [...]. En hébreu, un même mot désigne la coupure et la*

circoncision, mila [...] "Circoncire" le texte, c'est lui donner du sens à partir d'un mot ... ».

Citons également le Rabbin Daniel Farhi :
« Avec le Talmud (IIe-IVe siècle), un crédit beaucoup plus important est accordé au rôle des médecins et à leurs soins... [...] Deux considérations fondamentales dans le judaïsme : le pikouah nefesh - le sauvetage d'une vie humaine-, et la dignité du corps humain. [...] Ainsi, au nom du pikouah nefesh, il est loisible d'enfreindre des commandements aussi importants que le respect du shabbath. [...] La dignité du corps humain est également fondamentale pour le judaïsme. Dignité du corps durant la vie [...] et après la mort. C'est en particulier à partir de ce dernier point que le judaïsme est très réticent à l'autopsie, sauf si celle-ci doit aider le fonctionnement de la justice ou permettre à la science de progresser par l'établissement d'un diagnostic post-mortem. »

Faisons un bond en avant dans l'histoire de l'Humanité. Des écrivains et philosophes tels que Socrate, Platon, parlent du Bien et du Mal. Platon déclarait : « ... le Souverain Bien est dans la Vertu », « ... Il n'y a de Bon que le juste, le vrai, le sage ». Le serment attribué à Hippocrate aurait été rédigé entre 470 et 360 avant J.-C. Il est le premier document relatif à l'éthique médicale.

Aristote adopte une position **hétéronomique**, en faisant référence aux codes, règlements, lois. Elève de Platon, Aristote vers 335 avant J.-C. fonde une école philosophique et scientifique, le Lycée. Aristote est d'abord fidèle à l'enseignement de Platon sur le primat de la théorie des Idées, puis il s'en démarque et insiste sur l'importance de l'expérience. Il privilégie les notions de forme, de matière, d'éthique : qu'est-ce que la vertu ? Qu'est-ce que la raison ? Quelles sont les qualités de l'homme d'Etat, quel est le meilleur modèle de constitution et de gouvernement ? Aristote aborde le domaine du savoir de manière encyclopédique mais toujours en référence à des systèmes en place ou à concevoir et jamais par rapport à son sentiment intime, personnel, individuel, ce qui le différenciera fondamentalement de Kant qui se réclamera d'une position **autonominique** diamétralement opposée. Cette différence se retrouve dès lors qu'on se situe dans une position individuelle ou collective sur le plan éthique. La médecine préventive et prédictive en est un des exemples frappants dans notre profession. En psychiatrie, le problème est bien plus grave, mais nous y reviendrons.

Après Diderot qui parlait en 1771 de son siècle comme étant celui de la Liberté, Emmanuel Kant, en 1784, définit comme suit l'Homme des Lumières : « ...C'est l'Homme adulte, enfin sorti de la tutelle, libre et responsable de son propre jugement ». En 1781, il publie *Critique de la raison pure*, œuvre majeure dans laquelle il explore deux courants de pensée, l'empirisme et le rationalisme. La position de Kant - position autonome - est en totale opposition avec celle d'Aristote -hétéronomique.

En 1847, est adopté le premier code de déontologie de l'Association Médicale Américaine.

Il est impossible de citer tous les auteurs d'articles et ouvrages consacrés à l'Ethique. Toutefois, il me paraît indispensable d'en mentionner au moins quelques-uns, tels Maïmonide (« *Le guide des égarés* »), Descartes, Spinoza, Nietzsche, Levinas, Neher, Comte- Sponville... qui ont largement contribué à une tentative de "délimitation" et d'une quête du sens de l'Ethique.

ETHIQUE ET PSYCHIATRIE

Je n'évoquerai, pour ma part que ce que je connais plus ou moins bien, la psychiatrie, sachant que ce découpage est bien artificiel, le but étant de situer la

réflexion éthique et de recenser les problèmes particuliers posés à la pratique de cette discipline située au carrefour de la médecine, des sciences humaines et du droit.

Comme tout médecin, et j'insiste bien sur ce point car, parmi les praticiens ne pratiquant que la psychothérapie (mais exerçant en tant que médecin psychiatre), quelques confrères semblent encore se situer en dehors du champ médical et de la législation qui s'y rattache, donc comme tout médecin, le psychiatre est soumis à la législation du pays dans lequel il exerce en tant que tel, au code de déontologie médicale - donc aux sanctions ordinaires en cas d'infraction - et au code pénal - donc aux sanctions de la justice - en tant que contrevenant.

Je voudrais tenter de rassembler, de recenser les situations au cours desquelles le psychiatre est confronté à sa conscience et doit tenter d'apporter des solutions éthiques. Une telle collecte ne saurait en aucun cas être exhaustive puisque l'objet même de l'Éthique me semble être la réflexion toujours inachevée.

Mon unique Maître en psychiatrie, le regretté Georges Daumezon (Médecin-chef de l'hôpital Henri-Rousselle à Sainte Anne, Paris) avait contribué à un ouvrage collectif, *Psychiatrie et Éthique*. Il définissait ainsi l'Éthique : « *Le langage quotidien dans son relâchement naturel avait fait de l'Éthique l'équivalent prétentieux de la Morale. Il convient de rester fidèle au sens que lui donne le philosophe : 'Science ayant pour objet le jugement d'appréciation en tant qu'il s'applique à la distinction du bien et du mal' (dictionnaire de Lalande). (...) La démarche consiste à définir les situations dans lesquelles s'exerce la psychiatrie et qui nécessitent le recours à un jugement distinguant le bien du mal et à considérer quels peuvent être les fondements de la science qui apprécie, qui donne son prix* ».

Daumezon poursuit en précisant que l'objet d'application de l'Éthique ne peut être le savoir mais bien l'usage qui peut en être fait. Claude Bernard disait quant à lui :

« *La médecine n'est pas un art, ni une science, c'est un état* ».

E. Amado Lévy-Valensi, professeur de philosophie à l'Université Bar-Ilan de Tel-Aviv, pour définir l'Éthique, rapporte une légende juive : " un vieux rabbin ayant à définir le judaïsme, sur le mode du défi, tandis qu'un païen qui l'interrogeait se tenait sur un seul pied, lui répondit ceci : 'Aime Dieu plus que tout le monde et ton prochain comme toi-même. Ceci est la loi. Le reste est commentaire. Va l'apprendre.

- *Aime Dieu plus que toi-même* : implique une échelle des valeurs

- *Aime ton prochain comme toi-même* : implique toute une sagesse relationnelle

- *Va l'apprendre* : convie le disciple à une longue route qui est celle de son progrès intérieur, de son accommodation et de son assimilation au monde extérieur. A travers cette histoire, se profile la condition de toute morale, la notion de responsabilité qui se définit à travers deux pôles, d'une part notre aptitude à la réponse, donc à autrui, et d'autre part, notre cohérence interne car, si je suis responsable devant autrui, je le suis dans la continuité des jours. **La responsabilité ne se définit pas dans l'immédiateté mais dans la mémoire.** Mais la responsabilité peut-elle et doit-elle se situer seulement en référence à la Loi ou bien aussi en dehors du champ de la Loi ?

La Loi prévoit des dispositions mais seul le Code Pénal prescrit des sanctions en cas d'infraction. Est-ce seulement la « peur du juge », donc des sanctions qui feront que les praticiens utiliseront ou non telle ou telle décision thérapeutique ? Le vieux précepte *primum non nocere* (d'abord ne pas nuire) ne peut-il pas conduire parfois à des drames ? La responsabilité et la culpabilité sont-elles à prendre en compte séparément ? Autant de débats qui ont trouvé leur point culminant lors de l'affaire du sang contaminé et qui a rendu célèbre la formule d'un ancien ministre de la République : « *Responsable mais pas coupable* ».

Il faut être très prudent avec des maximes de ce type, si l'on veut bien faire acte de mémoire, donc prendre en compte des faits encore récents de l'Histoire de l'Humanité. Au nom de l'obéissance aux ordres, combien d'exactions ont été commises ? Responsable certes, mais pas coupable ... Le débat éthique risque d'être fort malmené ... Où commence et cesse la responsabilité ? Où commence la culpabilité ? Quand on se souvient des expériences du professeur Milgram de l'Université de Yale, aux USA, sur la parcellisation de l'autorité et la soumission à celle-ci, on ne peut rester indifférent et la réflexion engendre alors l'effroi et l'écoeurement ...

ETAT NON EXHAUSTIF DES SITUATIONS OU LA QUESTION ETHIQUE EST CRUCIALE

En psychiatrie

- Hospitalisation et soins de mineurs :

Comment et à partir de quelles estimations les parents et/ou tuteurs de mineurs peuvent prendre des décisions, certes infirmées ou confirmées par des soignants ? Y a-t-il un âge auquel le mineur peut décider de ce qui est « bon pour lui » ? Selon les cas, il peut y avoir banalisation des troubles ou dramatisation, le mineur peut, on le voit souvent en thérapie familiale, devenir l'enfant-symptôme ; dans les meilleurs des cas, l'enfant cible peut conduire à une prise en charge globale du groupe familial, mais combien d'enfants continuent-ils à jouer le rôle de bouc émissaire et servent de bouclier à la famille ? Il est vrai que des soignants vigilants peuvent décrypter les « signes » et faire acte de soin authentique.

- Hospitalisation et soins de détenus :

En détention, il n'y a pas consentement, par définition. Que deviennent les soins psychiatriques en milieu carcéral ? Le législateur a été prudent et toute recherche clinique y est interdite puisque la pièce maîtresse de la recherche, le consentement, ne peut être valablement recueilli. A ce sujet, Casamayor (magistrat, sociologue, écrivain) écrit « *Consentement est un terme juridique qui (...) prête à bien des interprétations. Il ne veut, en tout cas, certainement pas dire ce qu'il a l'air de dire. Le mot accord est moins géométrique, moins précis, donc moins faux. Il n'y a pas, il n'y a jamais égalité entre les contractants. On ne consent jamais à rien. On veut. On accepte quelque chose qui ne vous plait pas* ».

L'exercice de la psychiatrie clinique en milieu carcéral est un tour de force car il est question d'introduire du « je », de l'humain, une notion de libre expression sur soi dans un lieu non choisi, imposé par la justice, traducteur de la volonté du corps social. La psychiatrie en milieu carcéral n'utilise pas seulement des molécules mais aussi le discours qui, lui, peut être porteur de liberté, d'espoir mais aussi de compréhension des conditions qui ont fait que le sujet est devenu un détenu. Le « pari » de concilier soins et détention est difficile et mes discussions avec des confrères chargés de la psychiatrie en milieu carcéral révèlent que ce pari est parfois et même souvent tenu. Le « verbe », la parole peuvent prendre du sens et ouvrir un espace de liberté par l'élaboration psychique.

- Hospitalisation et soins d'Incapables majeurs :

Loi du 3 janvier 1968 révisée en 2007 et 2009

Il importe que soit définie juridiquement la notion de consentement des incapables majeurs, dans le but de rapprocher la nécessité de soins de la dignité du malade mental. Le patient majeur incapable sous curatelle en particulier devrait pouvoir agir seul par rapport à ses soins.

- Hospitalisations sous contrainte :

Loi du 27 juin 1990 révisée en 2011

Remplaçant l'antique loi du 30 juin 1838, la loi du 27 juin 1990 a introduit l'Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT, l'Hospitalisation d'Office (HO) et la rédaction d'un double certificat, afin de protéger au mieux la personne. Il s'agit dans l'esprit d'une loi de protection de l'individu et /ou du corps social. L'Ethique, en la matière, ne peut trouver sa place que dans le **respect de la dignité de la personne**, à partir du moment où l'on estime que son jugement et son discernement sont altérés au point de compromettre sa santé ou les biens et la santé d'autrui. En psychiatrie, comment est-il possible, lorsqu'on hospitalise un sujet sous contrainte qu'on ne pense qu'à l'individu et à sa dangerosité pour lui-même, alors que plane toujours sa « dangerosité » éventuelle pour autrui ? "Dangerosité" s'entend ici non pas comme un danger réel mais comme le risque de conséquences d'une conduite qui va l'exclure du corps social. Là encore, la limite est bien floue entre l'intérêt du patient et celui du groupe. Les dispositions actuelles totalement sécuritaires (voire totalitaires) entamées sous le précédent président de la République sont la démonstration flagrante du dérapage entre soin et sécurité !

Le site Internet de l'Agence Régionale de Santé ARS Ile de France précise les modalités de la **nouvelle loi du 5 juillet 2011** :

« Soins psychiatriques sans consentement : nouvelles modalités de prises en charge introduites par la loi du 5 juillet 2011. La loi relative à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques entre en vigueur le 1er août 2011. Elle modifie à la fois le mode de prise en charge et le rôle des différents intervenants de la prise en charge de ces patients.

En effet, en ce qui concerne l'accès aux soins sans consentement dans le secteur ambulatoire (sauf détenus), elle introduit notamment : l'obligation de proposer un programme de soins et une période initiale d'observation en hospitalisation complète de 72 heures. Lors d'une admission en soins psychiatriques à la demande d'un tiers (ou sans tiers, en cas de péril imminent), elle précise le rôle de contrôle joué par le Juge des Libertés et de la détention. La loi réforme également les admissions en soins psychiatriques sur décision du représentant de l'Etat pour laquelle le préfet n'est plus le seul décisionnaire, mais interviennent également un collège de professionnels de l'établissement où est pris en charge le patient et la nouvelle Commission départementale des soins psychiatriques.

Enfin, la loi précise le rôle de l'Agence Régionale de Santé, chargée de désigner les établissements psychiatriques chargés d'assurer la mission de service public « soins sans consentement » et de mettre en place un dispositif de réponse aux urgences psychiatriques. En outre, l'agence doit veiller à la qualité et à la coordination des actions de soutien et d'accompagnement aux familles et aux aidants ».

<http://www.ars.iledefrance.sante.fr/Soins-psychiatriques-sans-cons.117842.0.html>

- Patients en obligation de soins :

alcooliques dangereux, toxicomanes, pervers sexuels ...

En pratique quotidienne, nous sommes conduits à recevoir parfois des sujets ayant une injonction thérapeutique émanant du milieu judiciaire. Là encore, seuls l'absence de déni des faits et une réelle élaboration psychique peuvent conduire à des soins authentiques. A défaut, le sujet n'obéit à l'injonction de soins que dans un but utilitaire, de "bon sujet" qui vient régulièrement rencontrer les soignants sans aucun engagement thérapeutique authentique.

Un ami psychiatre a eu à prendre en charge un détenu condamné à une peine de réclusion perpétuelle pour crimes contre l'Humanité. Il m'a expliqué qu'en dépit de ses sentiments personnels, les soins devaient être assurés et que le vrai débat se situait au niveau de l'élaboration psychique, de l'éthique du praticien confronté à une telle situation.

Dans son article, Nicolas Christidis rapporte ce qu'il a vécu lors d'une prise en charge d'un patient pédophile éducateur pour enfants « difficiles » :

« [...] J'ai accueilli ce patient au titre de psychiatre clinicien pratiquant dans un service public. Je me suis donc trouvé dans la situation de converser avec quelqu'un qui violait les enfants que la société lui confiait (éducateur), travail pour lequel il était payé par la même source publique que mon propre salaire. [...] Nous avons rapidement examiné la dimension sociale de la question éthique soulevée par la simple rencontre du patient avec un psychiatre exerçant dans le secteur public [...] la morale émane de la rencontre de deux personnes, elle est acceptation de l'Autre (en référence à Bergson et Lévinas, NdA) et de son altérité qui le rend étranger. Cette relation à l'Autre, qui n'est pas notre alter ego, est asymétrique ; l'Autre demeure inassimilable et inaccessible dans son altérité... [...] Les principes moraux constituent un contrat social [...]. La négociation présuppose une éthique interpersonnelle, autrement dit que l'Autre assume sa responsabilité, ait confiance, avant d'entamer la discussion. Si le contrat ne découle pas d'une relation de ce type, il reste un discours vide et fermé aux possibilités de l'altérité polyphonique ... [...] Si l'expression humaine, selon Levinas, passe par la nudité et la fragilité du visage face à l'Autre, le seul espoir [...] de m'adresser à l'intériorité du patient [...] est celui de constater qu'il est possible que je le regarde en face [...]. ».

- Hospitalisation et soins des handicapés mentaux :

On revient à la question des incapables majeurs et des mineurs.

- Le problème des interruptions de grossesse :

Que dit le code de déontologie médicale dans son article 18 ?

« Un médecin ne peut pratiquer une interruption volontaire de grossesse que dans les conditions prévues par la loi ; il est toujours libre de s'y refuser et doit en informer l'intéressée dans les conditions et délais prévus par la loi ».

La loi a introduit une clause de conscience. Le débat éthique est plus que jamais au premier plan, puisqu'il s'agit de vie humaine, de filiation, de transmission de la vie ...

- Consentement et psychothérapie :

Le sujet impliqué dans une psychothérapie est dans la situation d'adhérer sans savoir à ce qui va lui être proposé, ce qui va lui être très exactement fait et ce qui va advenir à l'issue de sa thérapie. Dans un article intitulé *Ethique et psychothérapies*, j'avais évoqué le problème, en précisant notamment : *« Dans une psychothérapie ou une analyse, comme dans toute relation thérapeutique, existe entre les partenaires du*

soin une inégalité fondamentale [...] Pour une psychothérapie ou une analyse [...] seuls sont définis le cadre horaire, la fréquence des séances et leur prix. La question de la technique des soins n'est que peu souvent abordée, de même que leur durée ; celle de l'évaluation en cours de traitement, des titres et de la formation de l'analyste, jamais. [...] Par principe, le patient, pour débiter un soin psychothérapique, obéit à son désir de soulager sa souffrance psychique. Le moteur de la décision ne se situe donc pas dans l'ordre du rationnel mais dans celui de l'affectif ».

En outre, se pose la question du consentement du patient ou du sujet en cure psychothérapique ou psychanalytique par rapport à l'existence d'une supervision. Aux USA, l'*American Medical Association* a rédigé un code déontologique dans lequel est considérée comme une violation du secret l'existence d'une supervision et la communication d'éléments concernant le patient (ou le sujet), en cours de traitement, au superviseur sans le consentement du patient (ou du sujet).

- Questionnaires dans le cadre d'enquêtes diverses et variées : La notion de « prélèvement psychique »

Il est relativement aisé et clair de définir les prélèvements biologiques dans toute recherche clinique. Qu'en est-il des questionnaires divers et variés, qualité de vie, auto-questionnaire destinés aux patients, entretiens semi-structurés voire structurés (au cours desquels l'investigateur "bombarde" littéralement le sujet d'innombrables questions dans un ordre immuable et ritualisé), échelles diverses allant des évaluations de l'anxiété, de la dépression, du ralentissement, des symptômes positifs ou négatifs des psychoses, aux échelles analogiques visuelles, questionnaires de sommeil, sur le tabac, l'alcool, les stupéfiants, la nourriture ? Certes, l'utilisation des questionnaires serait par principe destinée à impliquer le patient dans ses soins dans une perspective cognitive. C'est louable, mais jusqu'où ira-t-on pour débusquer le moindre comportement pour prétendre mieux connaître son patient ? Faut-il vraiment développer une « *scalomanie* » bien nuisible au sens clinique et à la relation, élément capital, central, fondamental de notre métier ? L'argument consistant à dire que ces nombreux outils d'évaluation ne sont utilisés que dans la recherche et non dans le soin proprement dit est spécieux car l'Éthique, le respect de l'intégrité physique et psychique de l'individu est prioritaire dans les deux types de contrat, soin et/ou recherche. L'argument est encore plus discutable quand on s'aperçoit que depuis plusieurs années, est promue l'idée de faire évaluer les patients même dans le cadre de soins habituels, à l'aide d'échelles abrégées ou simplifiées, d'aide au diagnostic et aux soins « grâce » à des arbres décisionnels.

Il y a à présent 25 ans, lors d'un symposium en France, j'ai eu la surprise d'entendre un confrère français à la fois chercheur et clinicien dire à peu près ceci : « *Nous tendons la main aux cliniciens ... il faut un pont entre la recherche et la clinique ... Nous avons des molécules, trouvez-nous des malades ...* ». Lors de mes études de médecine et bien au-delà, j'avais toujours eu le sentiment que le clinicien disait plutôt au chercheur : « *Nous avons des malades, trouvez-nous des molécules* » ! Un de nos plus brillants esprits n'avait-il pas écrit de façon prémonitoire bien des siècles auparavant : « *Science sans conscience n'est que ruine de l'âme* ». J'ajouterai en plagiant l'illustre écrivain : « *Psychiatrie sans clinique n'est que ruine du soin* ».

B. Lachaux a « osé » courageusement proposer un audacieux parallèle entre le prélèvement biologique et ce qu'il nomme "prélèvement psychique". Il nuance son propos en précisant : « *Le caractère même du prélèvement psychique est d'être médiatisé par la parole et la parole résonne et fait écho en l'autre d'une façon radicalement vivante. Donc par essence, il ne peut pas être prélèvement mais*

échange et reconnaissance de l'autre. [...] Le concept de prélèvement psychique présente l'avantage de faire réfléchir et d'imposer à tous une réaction critique : soit en acceptant de le limiter, soit en le récusant. Ainsi mis en cause et clairement situé entre impossible et interdit, il peut participer à mieux définir un domaine ignoré par les textes législatifs mais pourtant essentiel aux progrès de la psychiatrie ».

Plus récemment, dans le numéro de mars 2003 de la *Lettre de Psychiatrie Française*, Jean- Yves Cozic, actuel président de l'Association Française de Psychiatrie, dénonce une décision administrative d'initier « *un traitement automatisé d'informations nominatives (!, souligné par moi) recueillies par voie de questionnaires et portant sur les usagers des structures de psychiatrie au cours de la période du 20.01.03 au 02.02.03*).

Nous vivons décidément dans un monde fou où des gouvernants sont capables de promulguer à la fois des lois de protection des droits des patients (Loi de mars 2002), accélérer le processus d'accréditation, et demander des enquêtes violant l'anonymat des patients. Malheureusement, le pire est devant nous. Ce n'est pas du pessimisme mais du simple réalisme devant ce que notre métier est devenu. Nous pourrions ne plus devenir que des collecteurs de données, des conseillers prodiguant des avis que pourront suivre ou ne pas suivre les nouveaux « directeurs de soins » non-médecins, puisque infirmiers dans les institutions, bref assister à la « grande braderie » du soin psychiatrique orchestrée par les fossoyeurs de la psychiatrie, dont les malades feront bien entendu les frais en premier lieu.

Des problèmes éthiques en médecine

- Les problèmes cruciaux sont ceux de l'euthanasie, de la mort cérébrale et de l'acharnement thérapeutique. Un débat a été ouvert le 12 avril 2001 pour la légalisation de la « mort douce » aux Pays-Bas promulguée le 10 avril 2001. Il s'agit du premier pays de la planète à avoir eu recours à des dispositions législatives pour tenter d'apporter des solutions au plus douloureux et épineux problème éthique. L'Association Médicale Mondiale avait auparavant pris une résolution à Madrid en 1987 : « *Mettre délibérément fin à la vie d'un malade, même à sa demande ou à la demande de proches parents, est contraire à l'éthique. Cela n'empêche pas le médecin de respecter le désir d'un malade de permettre au processus naturel aboutissant à la mort de suivre son cours lors de la phase terminale de la maladie* ».

- La délicate question du refus de soins : ainsi, une récente affaire a défrayé la chronique. Il s'agissait d'un jeune patient atteint de leucémie et refusant toute transfusion sanguine du fait de son appartenance et celle de sa mère aux Témoins de Jéhovah. Le patient est décédé du fait de ce refus de soins. Le Rabbin réformiste Daniel Farhi précise : « *Nul n'a le droit de refuser un traitement médical jugé nécessaire par une autorité compétente... [...]. L'obligation de sauver la vie et de rendre la santé est incontournable et indépendante des desiderata exprimés par le patient. Un médecin consciencieux devra même s'exposer aux risques d'attaques pour faute dans l'accomplissement de son devoir suprême de porter secours et de guérir* ».

Une telle position ne peut manquer de susciter des débats contradictoires. Elle pose le problème de fond suivant : devant une situation médicale grave relevant d'une prise de décision technique, le médecin craindra t-il le juge ou sa conscience ? Que choisira t-il : l'abstention qui peut être assimilée à la non-assistance à personne en danger (lourde du point de vue des sanctions pénales) ou la mise en œuvre de mesures de sauvegarde au risque d'être poursuivi pour non prise en compte du désir du patient ou de la famille ?

La question de la **vérité au malade** atteint d'une maladie grave et/ou incurable,
- **Tirage au sort** des malades pour des traitements rares ou chers (SIDA, par exemple)

- Choix des **techniques thérapeutiques** où la seule référence aux données actuelles ou acquises de la science ne suffit pas.

J.J. Kress écrit à propos de la décision thérapeutique : « *Originellement l'action médicale est une réponse à un appel fondé sur la souffrance et la plainte du malade ; c'est à cet appel que répond la décision thérapeutique, c'est à cette décision que le patient est amené à consentir. [...] La décision, lorsqu'elle est soumise au consentement, prend valeur d'interpellation donnant la parole au malade [...] la rencontre entre ce savoir (médical, NdA) et la réalité clinique aboutit préalablement à un premier type de décision qu'est la décision diagnostique [...]* ». Il est nécessaire qu'existe une adéquation : savoir/décision diagnostique/décision thérapeutique et là se pose avec acuité le problème des données acquises ou actuelles de la science ; plus que le mot « actuelles », le terme « acquises » pose de façon cruciale la question de la responsabilité juridique) : « *[...] La recherche est issue de l'expérimentation sur des groupes de patients homogènes, de protocoles nettement cadrés, d'objectifs très définis. Mais la situation courante de soins est beaucoup plus complexe, plus difficile à délimiter, pétrie de la relation médecin-malade [...] La décision elle-même comporte toujours une part aveugle parce qu'elle participe de l'acte [...] La responsabilité à l'égard de la décision concerne ainsi d'une part la qualité de la délibération qui la précède et dont le médecin peut rendre compte, mais aussi cette zone d'obscurité décisionnelle que le savoir et l'expérience peuvent réduire sans jamais l'abolir* ». Dans la décision thérapeutique, ne préside t-il pas un obscur et troublant mélange de ce qu'on sait, ce qu'on ressent, ce qu'on fait pour le malade en pensant aussi à un proche (ne serait-ce qu'un bref instant) et de ce qu'on considère comme étant le bien et le mal, quelles que soient les références, laïques ou religieuses ?

Comte-Sponville écrit : « *[...] Les sciences n'ont pas de morale. Les techniques, pas davantage. Les mêmes connaissances qui aident au progrès de l'Humanité peuvent aussi la détruire [...] Le cas de la médecine [...] est pourtant singulier. C'est qu'elle n'est pas seulement une science, pas seulement une technique, ni même seulement une technique scientifique, mais un art [...] Qu'est-ce que la médecine ? C'est un ensemble de savoirs (de plus en plus scientifiques) et de savoir-faire (de plus en plus technologique) au service de la santé du patient. C'est pourquoi la médecine est un art et pas seulement une technique scientifique [...]. Une science dit ce qui est, ce qu'on peut faire, jamais ce qui doit être ; ce qu'on peut faire, jamais ce qu'il faut faire ou ne pas faire [...] C'est par quoi la médecine, aussi scientifique qu'elle soit [...] est autre et plus qu'une science. Parce qu'elle n'est médecine qu'à la condition d'énoncer des jugements de valeur, des commandements, des interdits, ce qu'aucune science jamais ne saura faire* ».

- Position éthique des soignants quant à leur participation à l'élaboration et à l'application de **règles** purement **comptables** réduisant la qualité des soins (fermeture de lits, désinstitutionalisation, Programmation Médicalisée des Systèmes d'Information.

- Réflexions sur les **dérives actuelles** de certains promoteurs tendant à faire valider, par des comités de protection des personnes, des produits commerciaux en matière de nutrition et/ou d'hygiène : recherche d'une caution scientifique à des fins commerciales.

- La question des aliments génétiquement modifiés, le clonage, la procréation médicalement assistée, l'euthanasie, la notion de mort cérébrale et l'arrêt des mesures conservatoires d'assistance respiratoire par exemple, sujets dont le Comité National d'Éthique a plus particulièrement la charge en France.
- Selon les différents cadres, vont se poser des problèmes spécifiques en fonction de la nature des soins proposés. Comment vont s'inscrire les possibilités de recherche biomédicale, des soins supposés indispensables en regard de l'état clinique mais s'opposant à l'expression de la liberté individuelle, la procréation chez les handicapés mentaux, la mention de « *l'origine ethnique* » (mot inapproprié) exigée de plus en plus dans des protocoles internationaux, alors que rien ne les justifie (en dehors d'enquêtes d'enzymologie hépatique spécifiques si rarement réalisées), l'odieux impérialisme américain à propos des audits de la Food and Drug Administration (FDA), la demande de plus en plus « appuyée » de certains laboratoires ou de louches officines d'Assistants de Recherche Clinique (ARC) en matière d'accès direct aux dossiers source des patients ...
- Dénonçons les pratiques intolérables de certaines firmes pharmaceutiques qui parviennent à exercer des pressions inqualifiables sur les membres des Comités Consultatifs de Protection des Personnes en matière de Recherche Biomédicale (CCPPRB devenus les CPP), parfois en obtenant ce qu'elles veulent, avec la caution des investigateurs et moniteurs des études et même celle de la commission d'AMM... Je l'ai vécu lorsque je siégeais au CCPPRB-B de l'Hôtel-Dieu de Lyon et je sais de quoi je parle ! Et la liste est malheureusement loin d'être exhaustive ! Notamment, qu'advient-il de la loi Huriet- Sérésclat avec la révision de cette dernière ?
- la reconnaissance du patient « incompetent » : en psychiatrie, gériatrie, neurologie, pédiatrie. Une personne de confiance désignée par le patient ou la famille servirait de tuteur... : *bel exemple de limitation à la liberté individuelle (NdA)*. Le sénateur Claude Huriet avait confié à Eric Favereau de *Libération*, que le projet de révision faisait la part belle à l'industrie pharmaceutique. Mais il y a plus grave, car ce projet semblait bel et bien liberticide.

A présent, évoquons brièvement le CCPPRB, outil central de la loi Huriet-Sérésclat et la réforme de 2004 créant les CPP.

La loi Huriet-Sérésclat du 20 décembre 1988 a pour objet la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales, la contribution à renforcer les "bonnes pratiques cliniques" au bénéfice de la Santé Publique, le développement européen et international de nos industries de santé. Elle a été modifiée par la loi du 23 janvier 1990 et celle du 25 juillet 1994. Le premier véritable document fondateur de l'éthique médicale est le code de Nuremberg, en dix articles, proclamé en août 1947. L'artisan essentiel de ce code était un psychiatre américain, le professeur Léo Alexander. Auparavant, le procès des médecins à Nuremberg a conduit les juristes à établir les fondements d'un droit international face à l'ampleur des exactions nazies. Ainsi sont fournies des réponses aux questions de la charte de San Francisco de 1945 par des précisions dans la déclaration universelle des droits de l'homme de 1948 (Yves Ternon).

En France, un Comité Consultatif National d'Éthique (CCNE) est créé par décret le 23 février 1983. En 1986, le Premier Ministre français confiait à Guy Braibant une mission qui aboutit à la loi n° 88-1138 du 20 décembre 1988. Avant la promulgation de la loi Huriet-Sérésclat, existaient des Comités d'Éthique qui rendaient des avis sur des projets d'expérimentation de médicaments, appareillages, techniques médico-

chirurgicales diverses. Mais ces Comités d'Ethique n'avaient pas de support légal et continuent, fort heureusement, d'exister, après la loi Huriet-Sérusclat. Le Comité Consultatif National d'Ethique (CCNE), a un rôle national autonome et ni les Comités d'Ethique locaux ni les CCPPRB n'en dépendent. Dès sa promulgation, cette loi courageuse a provoqué la colère et les pressions intolérables de nombreux acteurs du « soin » ! **Le 9 août 2004**, une nouvelle loi portant sur la recherche biomédicale chez l'homme remplace les CCPPRB par les CPP (Comités de Protection des Personnes) dont on m'a affirmé que les pouvoirs étaient lus étendus... Quand on connaît et que l'on vit les pressions intolérables exercées par certains laboratoires pharmaceutiques et certains investigateurs agrégés ou non de diverses facultés de médecine et chargés des coordinations nationales ou internationales des essais cliniques, il est permis (ou plutôt recommandé) d'être parfois sceptique ou au moins circonspect et très prudent, exigeant aussi ! Notons que le promoteur de la recherche doit impérativement obtenir l'avis favorable du CPP et celui de l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des Produits de Santé (créée par la loi du **29 décembre 2011**, en remplacement de l'AFSSAPS) pour pouvoir démarrer un essai clinique.

- **Enfin, se pose le délicat problème d'un enseignement de l'Ethique.** Selon moi, il ne peut être question d'apprendre l'Ethique, comme on apprend la cardiologie ou la dermatologie, la physique, la chimie ou la géographie ... Certes, un minimum de connaissances est souhaitable, notamment en ce qui concerne les positions de grands penseurs et philosophes au cours des siècles. Mais un enseignement de l'Ethique ne saurait se concevoir que sous forme de forums de réflexion où chaque intervenant peut apporter sa propre réflexion par rapport à ses expériences vécues et tente, par l'échange d'y voir plus clair dans des situations complexes. Il ne s'agit surtout pas de rédiger un « code d'Ethique », ces deux mots me paraissant antinomiques, mais bien de proposer un dialogue, un échange entre des personnes d'horizons différents qui se référeront plus à l'expérience vécue qu'aux connaissances techniques, qui, elles, sont codifiées.

Illustration clinique, conclusion et bibliographie globale

François, 27 ans est suivi par mes soins depuis environ 8 ans pour une pathologie complexe qu'on peut qualifier de psychose affective. C'est-à-dire qu'il présente depuis l'âge de 19 ans environ des troubles d'abord étiquetés à tort schizophrénie. En effet, à l'époque, devant des difficultés scolaires notables, une baisse du "rendement intellectuel", une tendance au retrait et à l'isolement, une consommation de haschich, une thymie dépressive, a été évoqué le diagnostic de schizophrénie. Nous verrons qu'il est inqualifiable et même coupable, en tout cas irresponsable de poser ainsi à cet âge un tel diagnostic lourd de conséquences quant au mode de prise en charge et au pronostic. Tout au plus aurait-on pu parler de syndrome dépressif atypique à surveiller de près. La personnalité de François est certes gravement perturbée mais il n'a jamais présenté de délire systématisé ou inorganisé, il n'a jamais souffert d'hallucinations d'aucune sorte. Le contact est parfois très vivant et le mode de pensée cohérent. Le discours, souvent pauvre, plus par inhibition que défaut d'apprentissage, est cohérent et adapté. Sur le plan biographique, nous apprendrons au fil du temps que François est mal à l'aise essentiellement avec son père, lequel passe son temps selon François à le "débiter" par rapport à ses trois frères. François ne trouve une relative complicité qu'avec sa sœur et sa mère. Il ne cessera au cours de ces huit années de chercher une reconnaissance de ses compétences auprès de son père qui valorise davantage les frères. François, après avoir dû abandonner ses études au niveau du baccalauréat a entrepris avec succès des études hôtelières et il est titulaire

d'un CAP de cuisinier pâtissier. Mais les différents emplois occupés l'ont déstabilisé car il s'est mis à boire de façon anarchique, massive et sporadique et il a dû rapidement renoncer à un travail régulier pour se rabattre, avec plus de succès, sur des missions de travail temporaire qui lui permettent de vivre sans entraver sa liberté (ce sont ses propos). Une hospitalisation de jour a permis la mise au point d'un traitement efficace associant un neuroleptique de nouvelle génération improprement appelé « antipsychotique » (comme l'ont décidé les Américains avec leur impérialisme habituel) et un thymorégulateur. Grâce à ce traitement et à un suivi très régulier toutes les quatre semaines, François est considéré comme équilibré et stabilisé.

Au cours de son hospitalisation de jour, alors qu'il semblait très en retrait par rapport à tout le monde, il rencontre une patiente que nous nommerons Adrienne. Celle-ci, âgée de 28 ans, a un lourd passé psychiatrique. Elle a fluctué entre des états apparemment autistiques avec incurie, désorganisation de la pensée et des conduites d'une part et des périodes d'allure névrotique dépressive d'autre part. Son état à un moment a fait également évoquer le diagnostic de schizophrénie, mais on n'a pas noté chez elle non plus de délire ou d'hallucinations. Des troubles variables de l'humeur ont rendu son traitement difficile. On peut parler chez elle de psychose dysthymique, c'est-à-dire de troubles graves de la personnalité de type schizophrénique avec des altérations durables et fréquentes de l'humeur dans un sens essentiellement dépressif. Un traitement neuroleptique semble bien l'équilibrer.

François et Adrienne s'entendent bien et, au bout de quelques semaines, ne cachent plus leur liaison, même s'ils ne s'affichent pas devant les autres patients. Trois mois après leur rencontre, Adrienne confie à sa psychothérapeute qu'elle est enceinte. Cette grossesse déclenche une véritable crise institutionnelle. Des positions étranges, à la limite de l'insupportable sont tenues par la psychothérapeute d'Adrienne qui s'inquiète du déroulement de la grossesse et surtout des suites de l'accouchement et du devenir de l'enfant. Il sera étrange de constater que cette psychothérapeute qui travaille également dans l'hôpital de jour écarte le père qui apparaît à peine comme le géniteur et en tout cas sûrement pas comme un être responsable. D'autres membres de l'équipe soignante manifesteront leur inquiétude mais dans des termes et des attitudes plus conformes à leur mission soignante.

Devant l'ampleur de l'évènement et les délais de la loi Veil sur l'IVG, je propose à mon confrère qui suit médicalement Adrienne, à cette dernière et à François une consultation « à quatre » pour informer le jeune couple des problèmes liés à cet évènement et recueillir leur avis. Je baptise cette rencontre « consultation d'éthique » car, nous le verrons, c'est bien d'éthique qu'il s'agit.

COMMENT TRAITER CE TYPE DE SITUATION ?

La rencontre a lieu alors qu'Adrienne est enceinte de huit semaines et que le diagnostic de grossesse est confirmé. François et Adrienne sont très craintifs par rapport à cet entretien d'un genre inhabituel. François, cédant à un légitime désarroi et se sentant en faute, m'écrit une longue lettre qui me parvient avant la rencontre. Le courrier fait état de sa vive inquiétude, non pas tant sur la grossesse que sur nos positions de soignants. Il invoque le droit de toute personne à disposer d'elle-même, le droit à la procréation, le fait que nous ne devons pas adopter d'attitude d'exclusion ou d'ostracisme sous le prétexte que le couple est souffrant psychologiquement...

Il est pour moi capital de tenir compte de ce courrier et dès l'ouverture de cette consultation d'éthique, je tiens à situer les choses, mon rôle de médecin traitant de François, celui que j'occupe au sein du Comité d'Éthique du CHU de la ville, et enfin

celui de membre du CCPPRB (Comité Consultatif de Protection des Personnes dans la Recherche Biomédicale).

Immédiatement après, il me semble capital de m'enquérir de l'âge de la grossesse, des délais légaux en cas de décision d'IVG qui serait prise par le couple et **lui seul !**

Nous informons le couple sur les risques éventuels liés à la prise de neuroleptiques par Adrienne. En fait, les risques sont quasi nuls statistiquement mais il convient de considérer cette grossesse comme étant à risque et de faire pratiquer une amniocentèse dès que ce sera possible. En aucun cas, et à aucun moment, ne doit être évoqué le problème avec des considérations morales ou personnelles de la part des soignants. Il importe d'INFORMER, valablement, complètement, dans un discours clair, accessible, de demeurer à l'écoute de TOUTES les questions que peut se poser le couple dans de telles circonstances et d'assurer les futurs parents qu'ils peuvent absolument compter sur l'aide sans aucune réserve des soignants pendant le déroulement de la grossesse si le choix du maintien de celle-ci est clairement exprimé, au voisinage de l'accouchement, après celui-ci, en collaboration avec les équipes d'obstétrique et les puéricultrices pour aider les jeunes parents à élever l'enfant.

A aucun moment, il ne nous appartient de juger, seule l'information claire, complète et accessible nous est imposée afin d'aider véritablement le couple dans son choix que nous devons respecter quel qu'il soit.

EN GUISE D'ÉPILOGUE

Adrienne et François ont choisi de garder l'enfant. L'amniocentèse n'a rien révélé d'inquiétant. A titre de précaution, Adrienne n'a pris aucun traitement psychotrope durant au moins tout le premier trimestre. La grossesse s'est déroulée sans accroc et l'accouchement a été simple, sans suites compliquées.

La mère, l'enfant... et le père se portent bien !

Conclusion générale

L'Éthique est une perpétuelle interrogation, dialectique entre le désir, le sien propre, celui de l'Autre, le savoir et donc le risque du pouvoir, la morale, la loi, le doute et la décision pour soi et pour autrui.

Il y a toujours danger quand on écrit sur l'Éthique, sauf si l'on précise clairement et d'emblée que les constats et réflexions collectés ne sont qu'un moment dans une réflexion permanente. Ainsi, un code d'Éthique ne peut se concevoir, à l'instar des codes de déontologie, code pénal, code civil, code moral établissant des interdits.

L'éthique ne peut s'écrire de façon figée sous peine de n'avoir plus aucun sens. Elle se construit et est vivante ... Elle s'élabore et n'est jamais cernée.

J'aimerais conclure comme le font les talmudistes travaillant à plusieurs avec un sage. En général, après avoir entendu toutes les interprétations possibles et les avoir discutées avec acharnement, le sage lève la séance en déclarant : aujourd'hui, nous pouvons dire que nous avons retenu trois ou quatre hypothèses vraisemblables pour ce passage de la Torah ... mais demain est un autre jour qui peut nous apporter d'autres éclairages ... Puisse t-il en être de même avec l'Éthique qui perdrait tout son sens si elle était codifiée ... seul l'inachevé dans l'Éthique peut lui permettre de perdurer et d'apporter du sens.

Bibliographie :

- AMAR Alain : " *La pensée est-elle encore autorisée ?* ", La lettre de Psychiatrie Française, n° 70/97, p. 19
- AMAR Alain : " *Les classifications internationales ou le mythe de Babel*", Le Généraliste, FMC, n° 1839 (27 février 1998)
- AMAR Alain : « *Le cadre, le temps et l'évaluation* », communication en décembre 1998 à Bordeaux dans le cadre des Journées de l'Hôpital Wilson, parue en 2002.
- AMAR Alain : « *Le fonctionnement des CCPPRB - Invitation à une réflexion sur l'Éthique* », paru dans Le Journal - Psychiatrie privée, n°10, mai 2000, 39-46.
- AMAR Alain : « *CCPPRB : fonctionnement et critique* », paru dans le Généraliste FMC n° 2103 du 23 mars 2001
- AMAR Alain, LEMOINE Patrick : « *Éthique et psychothérapies* », L'Information Psychiatrique, 72, 1, 1996, pp. 40-46.
- AMAR Alain : « *Éthique et personnalité* », paru en avril 2002 dans le n° 1 / 02, vol. XXXIII de la revue « *Psychiatrie française*.
- AMAR Alain : « *Le pouvoir et le parapluie* », paru dans la Lettre de Psychiatrie Française n° 119, novembre 2002, page 21.
- AMAR Alain : « *Vérités et mensonges* », paru dans La Lettre de Psychiatrie française, mars 2003, n° 123, p. 21.
- AMAR Alain : « *Le pouvoir et le parapluie bis, juges, associations tutélaires et familles* », site Internet de la revue Santé Mentale, avril 2013.
- AMAR Alain : « *Les psychothérapies au regard de l'éthique et de la loi* », à paraître dans Le Journal, Toulouse.
- BENASAYAG Miguel, COMTE-SPONVILLE André, FARHI Daniel, HURIET Claude, KHAYAT David, SPIRE Antoine, TERNON Yves : « *De Nuremberg à la loi Huriet. Essais thérapeutiques et recherche médicale* ». Editions Ellipses, Paris, 2001.
- Chronique de l'humanité, Larousse, 1986.
- CASAMAYOR : « *Réflexions sur la psychiatrie* », in Psychiatrie et Éthique, ouvrage collectif, sous la direction de Guy Maruani, Privat, 1980, pp. 93-104.
- CHRISTIDIS Nicolas : « *L'éthique dans la relation thérapeutique avec un pédophile* », paru dans le n° "Le psychiatre et son patient", Psychiatrie française, volume XXX 1/99, mars 1999, pp.104-117.
- DAUMEZON Georges : « *Pour introduire la réflexion* », in Psychiatrie et Éthique, ouvrage collectif, sous la direction de Guy Maruani, Privat, 1980, pp. 9-25.
- KRESS Jean Jacques : « *Éthique de la décision thérapeutique en psychiatrie* » (pp 403-14) in ouvrage collectif : « *Éthique et Thérapeutique ... témoignages européens* » de Jean-MarieMantz, Pierre Grandmottet, Patrice Queneau, Presses Universitaires de Strasbourg.
- LACHAUX Bernard : « *La loi Huriet. Enjeux juridiques et éthiques* ». L'Information Psychiatrique, 69, 5, 1993, pp. 487-495.
- LACHAUX Bernard, TERRA Jean-Louis : « *Du prélèvement biologique à l'échange psychique, ou le prélèvement psychologique entre impossible et interdit* », L'Encéphale, 1993 ; XIX : 209-10.
- LEVINAS Emmanuel : « *Humanisme de l'Autre Homme* », Fata Morgana, 1972.
- LEVINAS Emmanuel : « *Totalité et Infini* », Martinus Nijhof, La Haye, 1961.
- LEVINAS Emmanuel : « *Quatre Lectures Talmudiques* », Editions de Minuit, 1968.

- LYOTARD Jean-François : « *Questions au judaïsme* », entretiens avec Elisabeth Weber, collection Midrash, Desclée de Brouwer, 1996.
- OUAKNIN Marc-Alain : « *Les Dix Commandements* », Seuil, Paris, 1999.
- « *Précis de Psychiatrie clinique de l'adulte* », P. Deniker, T. Lemperière, J. Guyotat, Masson édit., Paris, 1990.
- RESWEBER Jean-Paul : « *Le questionnement éthique* », Cariscript, Paris, 1990.
- SENINGER J.L. : « *Aspects juridiques du contrat de soins en psychiatrie* », Nervure, tome IV, n°7, oct. 91, 22-25.
- SHOLEM Gershom : « *La Kabbale et sa symbolique* », traduit de l'allemand par Jean Boesse, Paris, Payot, 1966-89, pp.40-41.
- Et ... François RABELAIS ... alias Alcofribas NASIER