

Contrat médical et psychiatrie : quel modèle selon la loi ?

Pauline RHENTER

Doctrante en Sciences
Politiques

ATER à l'Institut d'Etudes
Politiques de Lyon

¹ La loi du 20 décembre 1988 régit la protection des personnes qui se prêtent à des recherches biomédicales.

² Décret n°95-1000 du 6 septembre 1995.

³ Ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée.

⁴ Dr M. Bernard-Catinat, rapporteur du Rapport de la commission nationale permanente adopté lors des Assises du Conseil de l'Ordre des médecins, « Information et formation du patient », 5 juin 1999.

⁵ Loi n°90-527 du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.

⁶ La mise en place de nouveaux délais pour l'examen du patient hospitalisé, l'institution des commissions départementales des hospitalisations psychiatriques, les nouvelles exigences en termes de certificats médicaux sont énoncées comme autant de garanties parmi d'autres, des droits des patients.

⁷ A. Supiot, « la contractualisation de la société », 53^{ème} conférence de l'Université de tous les savoirs, 22 février 2000.

⁸ A titre d'exemple, on notera l'augmentation du nombre de psychologues dans les établissements d'éducation spéciale pour enfants et adolescents déficients intellectuels, R. Lepoutre, « la santé mentale en chiffres », in R. Lepoutre et J. de Kervasdoué, « La santé mentale des français », Paris, O. Jacob, 2002, p. 75.

*suivisme : tendance du deuxième certificat médical à corroborer les conclusions du premier (NDLR).

L'adoption de la loi Huriet¹ en 1988, d'un certain nombre de textes réglementaires comme les décrets de 1992 et 1994 sur la liberté de choix du praticien et de l'établissement ou le droit à l'information du patient, le nouveau Code de déontologie², ou encore l'Ordonnance de 1996³ sur la charte du patient hospitalisé et la commission de conciliation, témoignent de la volonté politico-juridique de consacrer un mode contractuel de relation thérapeutique, ce que la Commission nationale permanente du conseil de l'Ordre des médecins nommait en 1999 « la co-gestion du capital santé du patient avec son médecin »⁴.

La loi du 27 juin 1990⁵ sur les conditions d'hospitalisation des personnes en raison de troubles mentaux, consacre en psychiatrie le modèle « démocratique » qui marque la médecine somatique, dans un mouvement normatif rappelé de nouveau dans la très récente loi du 4 mars 2002 dans son titre II « la Démocratie sanitaire ». Le développement des conditions pratiques de l'indemnisation généralisée de l'aléa thérapeutique achève de confirmer une telle évolution.

Ce nouveau modèle contractuel génère des contradictions qui révèlent les difficultés d'un tel modèle en médecine psychiatrique. De la même façon que le pathologique nous enseigne sur le normal, la confrontation du schéma contractuel avec les pathologies de la liberté, met en évidence la vulnérabilité du consentement comme partie intégrante de la relation entre patient et médecin.

La loi du 27 juin 1990 allie un contenu matériel consistant dans une énumération de droits du patient hospitalisé qui ne sont que la traduction

des Droits de l'Homme appliquée à une certaine catégorie de patients, et un contenu formel constituant les garanties procédurales des droits cités au début de la loi⁶.

Les garanties sont renforcées en cas d'hospitalisation sans consentement, cas de figure pour lequel le droit vient compenser le déficit d'autonomie nécessitant la contrainte du patient. Ces énoncés formulent un modèle contractuel de relation médicale, remplaçant tout ce qui ressemblerait à un mode paternaliste ou tutélaire de relation, au sens où ils visent l'égalité de droit des parties au contrat médical (droit de l'information contre savoir médical, droit au refus du traitement contre décision médicale,...) devant une instance-tiers contrôlant *a posteriori* les procédures d'hospitalisation et de sortie (Commission départementale des hospitalisations psychiatriques, procureur, préfet, etc...).

La définition abstraite du contrat⁷ postule l'égalité des personnes, leur liberté, et leur réflexivité. Dans le domaine psychiatrique plus qu'ailleurs, manque souvent un élément de cette définition et c'est bien ce qui justifie le soin psychique de sorte que le texte de 1990 se réduit en pratique à un appareil générateur d'obligations formelles en décalage avec les réalités de la pratique. En cela, de nombreux psychiatres ne voient pas vraiment ce que la loi de 1990 a changé, *sur le fond*.

En pratique, un certain nombre de phénomènes renvoient à l'incertitude de la loi : la tendance au suivisme* pour les deux certificats médicaux, la généralisation des procédures d'urgence, la substitution de l'avis médical au certificat médical et la difficulté d'intervenir à titre préven-

tif en matière d'hospitalisation d'office, le flou caractérisant le statut des sorties d'essai, et les obstacles au respect de certaines libertés (de libre circulation, d'exercice du culte, du vote, secret du courrier protégé...).

Cet état de fait produit une incertitude juridique.

Comment définir dans ce nouveau contexte la nature juridique spécifique de la relation thérapeutique en psychiatrie et la conception juridique du patient psychiatrique ?

L'idée de contrat médical suppose une autonomie et une indépendance entre les parties (équipe soignante d'un côté, patient de l'autre). Quelle autonomie est réellement accordée par les praticiens au malade dans la relation thérapeutique en fonction de leur orientation professionnelle ? Quelle spécificité est accordée au trouble mental selon les praticiens ?

Les présupposés étiologiques et le choix du traitement dans chaque profession du soin psychique contiennent des indications sur le statut à donner au patient, statut pouvant varier de la tutelle (pas seulement au sens juridique) la plus stricte à la responsabilisation la plus large possible. Dans le contexte actuel, des données organisationnelles, et non pas seulement juridiques, comme le passage du secteur aux réseaux de soins, la baisse des effectifs en personnel psychiatrique, la prise en charge sociale de la souffrance psychique liée à l'exclusion, la "dés-hospitalisation", les rapports actuels entre public et privé, définissent de nouveaux champs de compétence : médecine générale, travail social, psychologie⁸, neurologie, psychiatrie, cette répartition dessinant une géographie statutaire du patient... ■