Annales Médico-Psychologiques 172 (2014) 766–771

Disponible en ligne sur ScienceDirect www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France EM|consulte www.em-consulte.com

Communication

Des lois de soins sans consentement à l'évolution de la responsabilité en psychiatrie

From care without consent laws to the evolution of responsibility in psychiatric field

Kévin Rossini [a,*], Pierre Casanova [b], Hélène Verdoux [c], Jean-Louis Senon [d]

[a] *Pôle EVAMET/PAM, centre hospitalier Charles-Perrens, 121, rue de La-Béchade, 33076 Bordeaux cedex, France*
[b] *Centre hospitalier universitaire de La Timone, 13385 Marseille, France*
[c] *INSERM U657, pôle universitaire de psychiatrie adulte, université de Bordeaux, centre hospitalier Charles-Perrens, 33076 Bordeaux, France*
[d] *Faculté de médecine, université de Poitiers, centre hospitalier Henri-Laborit, SHUPPM, 86021 Poitiers, France*

INFO ARTICLE

Historique de l'article :
Disponible sur Internet le 18 septembre 2014

Mots-clés :
Courant libertaire
Courant sécuritaire
Loi du 5 juillet 2011
Principe de précaution
Responsabilité du psychiatre

RÉSUMÉ

La loi du 5 juillet 2011 a été élaborée dans un contexte d'urgence et son écriture s'est caractérisée par une fragile recherche d'équilibre entre des inspirations et revendications diverses et souvent opposées. Après un rapide rappel de cette genèse et une présentation succincte des principales corrections législatives annoncées avec la réforme partielle du 27 septembre 2013, nous nous intéresserons à l'irruption du judiciaire dans la pratique psychiatrique quotidienne et à ses conséquences en termes de rédaction des certificats et de formation médicale. Ces développements nous amèneront à considérer le poids croissant des principes de précaution et de prévoyance dans une société dont le modèle du droit a basculé de celui de l'État-providence de l'après-guerre à un autre d'inspiration néolibérale, sur fond de mouvements contradictoires sécuritaires et libertaires. Cet article se propose d'en dégager quelques enseignements pour la pratique médicale quotidienne en psychiatrie, à la lumière du « nouveau » principe de responsabilité individuelle qui résulte de ces évolutions.

© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Keywords:
Act of July 5th 2011
Libertarian current
Precautionary principle
Psychiatrist's responsibility
Secure current

ABSTRACT

A reform of the French mental health legislation has been due for a long time, but has been continually postponed. The entry into force of the Act of July 5th 2011 finally allowed France to comply with the European recommendations and showed that, following this, the Constitutional Council would provide encouragement to legislative reform through the procedure known as the "Question Prioritaire de Constitutionnalité" (an application for a preliminary ruling on whether a legislative provision is constitutional). The search for balance and the emergency context within which this reform has been developed both show its fragility, which explains why a partial reform was adopted in September 2013 in order to introduce legislative corrections. One of the main provisions of the Act of July 5th 2011 is the encroachment of the judiciary on daily psychiatric practice, since provision is made for the systematic control of all hospitalizations without consent lasting more than 15 days by the "judge ruling on civil detention cases" ("juge des libertés et de la détention"). This judicial review imposes greater rigour on the issue of medical certificates, since the prospect of legal inspection must now be taken into account. This underlines the importance of training in forensic psychiatry for psychiatric residents and practitioners. More generally mental health professionals should in the future be more involved in the drafting of the law. Current legal developments reflect the divided expectations of society and make the issue of the psychiatrist's responsibility more prevalent. The backdrop to this is a society in which the precautionary principle has gradually become a legal principle in its own right, in an overall context determined by the debate between those defending individual freedoms and those who subordinate

* Auteur correspondant.
Adresse e-mail : krossini@ch-perrens.fr (K. Rossini).

http://dx.doi.org/10.1016/j.amp.2014.08.018
0003-4487/© 2014 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

these to safety. At the same time, we are witnessing a paradigm shift of law and the transition from the post-war welfare state model to a neoliberal approach. This is based on the principle that responsibility should be vested in the individual and that s/he is presumed to be rational. The outcome is a governmentalist attitude, based on the need to leave nothing to chance and entailing an extensive concept of the precautionary principle – in other words, giving priority to the principle of foresight, in order to ensure optimisation of the ability to pre-empt « the worst ». This concept has obviously implications in terms of individual responsibility, since responsibility for an act lies with those who should have foreseen it. In the field of medical practice, this responsibility can be questioned through the items noted in the medical file (history, diagnosis, consistency between medical and nursing records). It can also be questioned in relation to the means available to protect the patient (from himself), family members or any third party. This responsibility can also be related to prescriptions for medication, which can sometimes be interpreted as reflecting underestimation of the risk.
© 2014 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

1. Historique

Initiée par le gouvernement, la réforme de la loi encadrant les soins psychiatriques porte aussi la marque du Conseil constitutionnel qui a été amené à se prononcer dans ce domaine par le biais des Questions Prioritaires de Constitutionnalité (QPC). L'esprit de la loi du 5 juillet 2011 est également imprégné des principes du droit européen, dans le sillage des recommandations du Conseil de l'Europe et des condamnations de la France par la Cour européenne des Droits de l'Homme (CEDH). De manière plus générale, l'entrée en vigueur de ce texte est intervenue dans une société dont le droit est de plus en plus influencé par les principes de précaution, voire de prévoyance, sur fond de mouvements contradictoires sécuritaires et libertaires. Ce contexte interroge la pratique du psychiatre, à l'heure de la judiciarisation effective des soins sans consentement et alors que la responsabilité pénale de plusieurs praticiens est engagée et examinée dans des affaires largement médiatisées.

1.1. De l'élaboration de la loi du 5 juillet 2011 à la réforme partielle du 27 septembre 2013

1.1.1. Une réforme annoncée et toujours repoussée de la loi du 27 juin 1990

Depuis plus d'une décennie, l'impérieuse nécessité de réformer la loi du 27 juin 1990 était reconnue par tous. Aux termes de son article 4, la « loi Évin » aurait, en effet, dû faire l'objet d'une évaluation dans les cinq années suivant sa promulgation. Il aura fallu attendre 1997 et la parution du « rapport Strohl » [19] pour connaître les conclusions du groupe national auquel cette mission a été confiée. Par la suite, si la loi du 4 mars 2002 a représenté une ébauche de réforme, en précisant notamment le cadre de l'hospitalisation d'office (HO), tout restait à faire pour se conformer à la législation européenne [18].

Trois points particuliers imposaient une réécriture de la loi pour tenir compte des jurisprudences nationale et européenne :

- la nécessité de donner force de loi au principe du « bref délai » de traitement des demandes de sortie immédiate en matière d'hospitalisation (rappelé à plusieurs reprises comme n'étant pas supérieur à 15 jours) ;
- la nécessité d'information et l'obligation de recueillir les observations de la personne malade ou, en cas d'impossibilité, le constat écrit de celle-ci ;
- l'articulation des compétences entre les juges judiciaire et administratif [18].

1.2. Les questions prioritaires de constitutionnalité, un nouvel aiguillon législatif

Après les condamnations de la CEDH, ce sont les décisions du Conseil constitutionnel des 26 novembre 2010 et 9 juin 2011 qui ont porté deux « coups fatals » à la loi du 27 juin 1990, en déclarant inconstitutionnelles les dispositions relatives aux HDT (Hospitalisation à la Demande d'un Tiers), puis aux HO, avec une date d'abrogation fixée au 1er août 2011. Cet événement sans précédent dans le domaine de la législation relative aux soins sans consentement (SSC) est intervenu suite à la saisie des Sages par une association d'usagers, au travers du dépôt de deux QPC [3]. Ce nouveau droit, introduit par la révision constitutionnelle du 23 juillet 2008 et entré en vigueur le 1er mars 2010, « permet à tout justiciable de contester devant le juge en charge de son litige la constitutionnalité d'une disposition législative applicable à son affaire parce qu'elle porte atteinte aux droits et libertés garantis par la Constitution » [20]. Les QPC élargissent donc le champ du contrôle de constitutionnalité et consacrent le Conseil constitutionnel comme un nouvel aiguillon législatif.

La QPC du 20 avril 2012 en est l'illustration parfaite, puisque c'est la déclaration d'inconstitutionnalité des dispositions relatives aux patients admis en UMD (Unités pour Malades Difficiles) et/ou ayant bénéficié d'une décision d'irresponsabilité pénale qui a conduit les députés à se consacrer plus spécifiquement à la question des SSC [16], avant d'aboutir à une proposition de loi.

1.3. Une genèse suscitant amertume et irritation dans une fragile recherche d'équilibre

En vertu des principes édictés par la Constitution de la Ve République, toute loi de SSC doit conjuguer les exigences de l'ordre public aux impératifs de la protection de la santé et de la liberté individuelle [14]. Il s'agit donc de déterminer un équilibre « sous le triple sceau des ministères de la Santé, de la Justice et de l'Intérieur » [12]. Lors de l'élaboration de la loi du 5 juillet 2011, le législateur a également cherché à concilier les demandes des associations de familles et les revendications des associations de malades, mais aussi les traditions du droit issues de l'humanisme d'Esquirol, père de la loi de 1838, et un droit européen qui s'inscrit dans l'esprit de celui des pays anglo-saxons. Sa fragilité tient donc de cette recherche permanente d'équilibre, mais elle est également inhérente au contexte d'urgence qui a présidé à son écriture, sans présentation préalable au Conseil constitutionnel, et à la trop grande importance des circulaires encadrant son application [18].

Par ailleurs, la genèse de ce texte s'est inscrite dans un climat d'inquiétudes et de crispations, tant la reprise en main de la santé mentale par le ministère de l'Intérieur a fait craindre une bascule sécuritaire avec la mise en place d'une loi non plus sanitaire mais de sécurité intérieure. Ainsi, le projet de loi dit « de prévention de la délinquance » dont les articles 18 à 24, qui réformaient la loi de 1990, ont finalement été retirés, puis le discours présidentiel d'Antony, la circulaire « Santé-Intérieur » de janvier 2010 et, de manière plus générale, l'absence de concertation avec les professionnels, ont suscité, chez eux, amertume et irritation [18].

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/312408

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/312408

Daneshyari.com