



COMMISSION NATIONALE CONSULTATIVE
DES DROITS DE L'HOMME

**Avis sur les premiers effets de la réforme des soins psychiatriques sans
consentement sur les droits des malades mentaux**

(Adopté en assemblée plénière le 22 mars 2012)

1. Après avoir rendu le 31 mars 2011 un avis sur le projet de loi relatif aux droits et à la protection des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques et aux modalités de leur prise en charge, la CNCDH a engagé un suivi des questions qu'elle y soulevait, auxquelles les premiers mois d'application de la loi adoptée le 5 juillet 2011 apportent quelques réponses. Les problèmes concrets qui se sont faits jour, l'intérêt suscité par la réforme et les propositions d'amélioration formulées par plusieurs de ses acteurs, ainsi que les problèmes restés encore sans réponse invitaient à poursuivre la réflexion.
2. A la suite de décisions du Conseil constitutionnel, la loi du 5 juillet 2011 introduit un contrôle juridictionnel systématique et unifié, au profit du juge judiciaire, des décisions imposant une hospitalisation complète sans consentement. Ce volet judiciaire d'une réforme, dont les difficultés de mise en œuvre ont fait l'objet d'une certaine médiatisation, ne doit pas occulter son volet sanitaire. Quoique moins spectaculaire, celui-ci définit le cadre juridique d'un régime structuré de soins sans consentement pouvant être mis en œuvre hors de l'hôpital.
3. Pour la CNCDH, qui s'était préoccupée dès 2008 des droits des malades mentaux, le paradoxe tenant au renforcement des droits des malades d'un côté, qui passe ici par le contrôle judiciaire de la privation de liberté, alors même que le recours accru à la contrainte est avéré de l'autre, s'explique aisément. Le contexte, décrit par la Cour des comptes dans un de ses derniers rapports thématiques, est celui d'une « fragilisation de l'organisation territoriale » des soins psychiatriques, notamment par une « remise en cause progressive et profonde du secteur »¹, alors que des moyens accrus sont dédiés à la sécurisation des établissements hospitaliers en réponse à des faits divers particulièrement horribles. L'extension du champ de la psychiatrie à des psychopathologies sociales entraîne par ailleurs la saturation des structures ambulatoires dans lesquelles des patients constituant le noyau dur de la psychiatrie, psychotiques et personnes souffrant de troubles de l'humeur, ne peuvent plus être pris en charge correctement. Dans ces conditions, le recours à la contrainte permet parfois de contourner l'absence de moyens pour la prise en charge d'une situation d'urgence et le continuum de soins entre l'hôpital et l'extérieur ne peut plus être assuré, entraînant dans de nombreux cas une prolongation excessive des séjours à l'hôpital.
4. La garantie introduite par l'extension du contrôle de l'hospitalisation sans consentement par le juge des libertés est néanmoins une réforme d'importance, à laquelle la CNCDH s'était ralliée mais dont la mise en œuvre concrète, depuis l'entrée en vigueur de la loi le 1^{er} août dernier, soulève des inquiétudes du fait de la multiplicité des acteurs concernés et du manque de moyens dénoncé de tous côtés. En outre, cette réforme ne concerne que l'hospitalisation complète et l'innovation des soins ambulatoires prescrits sans le consentement de l'intéressé reste imprécise et comme inachevée.

¹ Cour des Comptes, *L'organisation des soins psychiatriques : les effets du plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2010*, rapport public thématique, décembre 2011.

5. A l'issue d'auditions de magistrats, de médecins psychiatres et de directeurs d'établissements, et après avoir été invitée à observer la manière dont la collaboration des différents acteurs s'est déroulée sous l'égide d'un tribunal de grande instance francilien, la CNCDH entend dans cet avis de suivi de ses travaux antérieurs formuler quelques recommandations et rappeler quelques questions en suspens.

La mise en place du contrôle du juge sur les décisions d'hospitalisation sans consentement et ses limites

6. L'entrée en vigueur de la loi du 5 juillet 2011 a été marquée par une mobilisation rapide et convaincue des acteurs principaux de la réforme du contrôle judiciaire, qui doit être saluée. La publication sans retard des décrets et circulaires d'application et leur mise à disposition sur une page dédiée du site Internet du ministère de la Santé a permis à chacun de disposer d'un dossier documentaire exhaustif, complété notamment par une « foire aux questions » touchant à l'application concrète de la loi, par exemple celle du calcul de la date de démarrage des soins pour définir les délais de saisine, plus complexe qu'il n'y paraît. Les établissements psychiatriques et les juridictions se sont par ailleurs mis en ordre de marche dans des délais très courts, au cœur de l'été, certains ayant anticipé dès la décision du Conseil constitutionnel du 26 novembre 2010 les efforts à consentir pour la mise en place du contrôle systématique à 15 jours de l'hospitalisation sans consentement et initié très tôt une concertation des différents acteurs concernés dans le ressort de la juridiction compétente. Ces cas exemplaires ne furent cependant pas la règle et sont fragiles du fait de leur mise en place sans moyens supplémentaires. Pour l'heure, la « catastrophe » fut évitée².
7. Il convient de souligner la remarquable prise en charge de cette nouvelle responsabilité par les juges des libertés que la CNCDH a entendus, qui ont trouvé un intérêt à ce contrôle recentrant ce magistrat au cœur de sa mission de garant de la liberté individuelle et lui confiant un champ nouveau des libertés. Dans les hôpitaux également, il est apparu que des efforts importants ont été consentis et que du personnel dédié a, dans certains cas, grandement facilité la mise en œuvre de la loi. Se pose pour autant la question de la pérennité des dispositifs mis en place là où l'effectivité du contrôle a été recherchée, et par conséquent la question des moyens affectés à cette réforme.
8. La question de l'effectivité du contrôle est en effet au cœur des questions soulevées à l'issue des premiers mois d'application de la loi. **L'organisation des audiences et particulièrement le lieu où elles se déroulent** en est un premier volet. La loi prévoit que les audiences peuvent se dérouler, selon le choix de la juridiction, soit au siège du TGI, soit par visioconférence, soit au sein de l'établissement. Le premier bilan établi à la chancellerie, qui fait état d'une proportion d'un quart des audiences se déroulant à l'hôpital, contre les trois quarts au TGI, invite à être d'autant plus attentif aux arguments avancés par ceux des magistrats ayant retenu, pour des raisons tenant au respect de la dignité des malades, la solution des audiences à l'hôpital, en allant parfois à l'encontre de leur hiérarchie.
9. Il est ressorti des auditions menées que l'audience à l'hôpital, qui évite une promiscuité regrettable entre malades et délinquants dans les couloirs du Palais de Justice, garantit l'effectivité du contrôle et que son principe devrait être la règle dès lors que les aménagements nécessaires ont été faits dans une salle dédiée de l'établissement³ : les malades ont alors accès au juge, ce qui n'est que rarement le cas lorsque les audiences ont lieu au tribunal. Il a ainsi été

² Blisko, Lefrand, *Rapport d'information sur la mise en œuvre de la loi n°2011-803 du 5 juillet 2011*, Assemblée nationale, 22 février 2012

³ Ces aménagements n'ont d'ailleurs pas besoin de se conformer au cahier des charges immobilier annexé à la circulaire DGOS/R4/2011/312 du 29 juillet 2011, qui auraient pour effet, en prévoyant que le malade s'exprime à la barre, d'en faire un prévenu, ce que le contrôle à l'hôpital veut à tout prix éviter.

rapporté que certains tribunaux statuaient dans 80% des cas sans la présence des patients, lorsque ceux-ci, sur le fondement d'un avis médical circonstancié ou pour des raisons tenant à la responsabilité civile de l'établissement à l'égard des éventuelles victimes de patients hétéro-agressifs ou à la mise en péril de la sécurité des agents au cours du transport, ne sont pas menés au tribunal. Dans le cas des audiences foraines, même ceux des malades qui avaient été dispensés d'audience finissent par s'y présenter après s'être entretenu, dans leur chambre, avec l'avocat chargé de les représenter. S'il est hautement souhaitable que la justice soit normalement rendue dans les Palais de Justice, une exception semble justifiée s'agissant de malades, à condition de doter les juridictions des moyens permettant aux juges de se déplacer dans les hôpitaux.

10. Dans son avis du 31 mars 2011, la CNCDH avait exprimé sa vive préoccupation quant au recours à la **visioconférence** pour organiser l'audience. Elle a entendu les arguments en faveur d'un équipement des établissements pour le cas où une audience foraine ne pourrait être organisée en temps et en heure, lorsque celle-ci est la règle. La CNCDH pour autant confirme ses réserves, alors même que le contrôle par le juge requiert l'instauration d'un climat de confiance au moment de l'audience et fait siennes les recommandations du Contrôleur général des lieux de privation de liberté du 9 novembre 2011⁴, qui rappelle que le recours à la visioconférence « suppose une facilité d'expression devant une caméra ou devant un pupitre et une égalité à cet égard selon les personnes qui sont loin d'être acquises, notamment pour celles souffrant d'affections mentales ». Si le Contrôleur considère que la visioconférence doit très généralement être possible pour les audiences de pure forme ou de pur droit, il recommande qu'elle soit mise en rapport avec la possibilité pour le juge, lorsque le déplacement du comparant s'avère impossible, de recourir à une audience foraine, qui doit être conçue, « bien mieux que la visioconférence, comme une alternative à l'audience au tribunal lorsque la situation rend impossible le transport vers ce dernier ».
11. D'autres questions relatives à l'audience que celles du lieu de sa tenue sont posées, ayant trait notamment aux risques d'atteintes au respect de la vie privée et du secret médical ; il en va ainsi de la publicité des débats, systématiquement restreinte pour ne pas porter atteinte à la dignité et à la vie privée des patients, et de celle de la décision, qui invite à une très grande prudence en raison du retentissement qu'une lacune en la matière peut avoir sur l'entourage du malade et notamment ses enfants. Un deuxième volet de l'effectivité du contrôle est lié à **la nature du contrôle exercé, qui porte à la fois sur la régularité de la procédure mais surtout sur le fond de la mesure d'hospitalisation**. Pour la plupart des acteurs, il apparaît évident que l'intervention du juge est légitime dès lors qu'intervient une mesure privative de liberté et que le contrôle qu'il exerce doit porter sur la nécessité de l'hospitalisation complète au regard des soins à prodiguer – même si la question du respect des délais de saisine revêt une grande importance et si l'attention portée aux formes par le juge peut être une source d'incompréhension pour les médecins –. Mais ici encore, les cas sont très différents.
12. Outre le fait qu'un contrôle effectif impose que le magistrat rencontre le malade, ce qui est loin d'être toujours le cas, il suppose également que celui-ci dispose des éléments nécessaires pour juger de la nécessité du maintien de la mesure privative de liberté et que les certificats sur lesquels il se fonde, notamment, soient rédigés avec suffisamment de précision. Cette précision dans la rédaction ne doit bien entendu pas entrer en conflit avec le respect du secret médical, souvent brandi pour remettre en cause ce volet de la collaboration nécessaire entre les médecins et les magistrats ; mais la mention dans un certificat d'éléments sur le comportement du malade qui justifient le maintien de l'hospitalisation n'impose en aucun cas de mentionner une pathologie. En tout état de cause, des précautions particulières sont nécessaires afin d'assurer une véritable sécurisation de la transmission des certificats médicaux obligatoires

⁴ Avis du CGLPL du 14 octobre 2011 relatif à l'emploi de la visioconférence à l'égard de personnes privées de liberté (http://www.cglpl.fr/wp-content/uploads/2011/11/Avis-JO_visioconference_20111109.pdf)

13. L'attention des magistrats au fond de la mesure ne s'est pas traduite, loin s'en faut, par un recours excessif à des décisions de mainlevée. Dans leur grande majorité, les décisions d'hospitalisation ont été confirmées par le juge. Les quelques cas de mainlevée dont la CNCDH a eu le récit ont soit permis de faire avancer, par exemple, une situation bloquée et de déboucher sur une prise en charge en ambulatoire, soit ont été suivies de programmes de soins prévoyant une hospitalisation à temps presque complet, quand celles-ci n'ont pas été simplement suivies d'une nouvelle mesure d'hospitalisation complète. Il n'est pas rare non plus qu'à l'issue d'un échange assez libre entre le médecin et le magistrat, l'enfermement soit confirmé quand la possibilité dans un premier temps envisagée de l'élaboration d'un programme de soins se heurte à l'absence de structures d'accueil hors de l'hôpital.
14. Au-delà de la nécessité de l'enfermement, le contrôle exercé par le juge des libertés a une portée dont il est difficile aujourd'hui de prédire tous les développements futurs. L'hôpital n'était jusqu'alors pas soustrait au regard extérieur mais le caractère systématique du contrôle tend à renforcer cet introduction du regard de la société sur le sort des malades mentaux. En marge de l'audience, des aspects de la prise en charge médicale peuvent être abordés avec les équipes soignantes et initier une réflexion sur des pratiques courantes à l'hôpital et attentatoires aux droits des malades : il en va ainsi de l'usage parfois excessif de la contention. Des effets bénéfiques de l'accès au juge ont également été observés en matière de consentement aux soins, les patients étant rassurés, au terme de l'audience, sur le caractère non arbitraire de leur internement et sur la possibilité de saisir le juge à tout moment. Le contrôle du juge démontre bien s'il en était besoin que la privation de liberté n'est pas synonyme d'absence de droits.
15. La CNCDH avait dans son avis de 2011 consacré des développements à l'absence de statut propre du juge des libertés et de la détention et exprimé des craintes sur sa capacité, dès lors, à exercer en toute indépendance son pouvoir de contrôle. Elle est par conséquent très attentive aux revendications d'un statut particulier de ces magistrats, dont les fonctions ont changé depuis son introduction en 2000⁵ et qui a peu à peu quitté le champ pénal pour gagner le champ civil. Il apparaît clairement que le juge des libertés a ici un rôle à jouer et qu'il est nécessaire de lui en donner les moyens. La CNCDH a néanmoins entendu les arguments en faveur d'un contrôle confié au juge des tutelles, déjà familier du public hospitalisé en psychiatrie, qui méritent d'être étudiés.
16. Il est déjà clair, même au vu de cette courte expérience où les protagonistes se sont surtout préoccupés des innovations de procédure, que le contrôle nouveau va buter sur un désaccord de fond et un conflit de pouvoir sur ce que signifie la privation de liberté. Il ne peut être désamorcé et déboucher sur une véritable définition des droits des malades que par la poursuite d'un travail pluridisciplinaire. Médecins et magistrats devront s'astreindre à une obligation de formation réciproque.
17. On peut se demander si la réforme et celles qui devront nécessairement aller plus loin, au-delà de l'hospitalisation complète, ne devront pas être accompagnées par **l'institution d'un comité d'éthique pouvant être saisi des situations de contradiction ou de cas ayant valeur d'exemple.**
18. Ce rapide aperçu de quelques problèmes pratiques soulevés par le contrôle de l'hospitalisation invite à s'interroger sur son avenir, alors qu'il se résume aujourd'hui la plupart du temps à un contrôle *a minima*, dépendant de la bonne volonté des acteurs, que des stratégies d'évitement de l'audience ont été imaginées et que la passivité de certains magistrats en hypothèque l'effectivité. A cela s'ajoute le rôle des avocats qui reste à consolider car ils ont toute leur place dans le contrôle des conditions d'hospitalisation de la personne malade mentale ; pour autant,

⁵ Loi du 15 juin 2000 renforçant la protection de la présomption d'innocence et les droits des victimes

les questions de leur formation et de leur très faible rémunération lorsqu'ils sont commis d'office sont des obstacles non négligeables qui devront être levés.

19. Dès lors, le contrôle ne devrait-il pas intervenir plus tôt, le délai de 14 jours ne répondant pas particulièrement à une nécessité thérapeutique, et porter sur l'ensemble des mesures d'hospitalisation, dans un contexte où la complexification des procédures a rendu de fait les sorties plus difficiles, non seulement pour les patients qualifiés de dangereux mais aussi pour les autres, notamment lorsqu'ils ont été hospitalisés à la demande du préfet ? Des patients échappent en effet au contrôle du juge, que l'hospitalisation soit levée avant le 14^e jour, que celle-ci, dans le cadre d'un programme de soins, soit prévue à temps presque complet ou encore qu'elle concerne des mineurs placés en hospitalisation libre par les détenteurs de l'autorité parentale. Le flou qui entoure le contrôle des soins sans consentement en ambulatoire invite à ne pas négliger ces pistes.
20. On ne peut en effet qu'être frappé par le contraste existant entre le luxe de détails ayant accompagné la mise en place du contrôle de l'hospitalisation complète et le flou présidant à l'instauration des soins sans consentement. Alors même que la prise en charge psychiatrique est un continuum, ce contraste ne manque pas de surprendre.

Les questions soulevées par le régime juridique des soins sans consentement hors de l'hôpital restent entières

21. Dans son avis de mars 2011, la CNCDH avait posé la question de la portée réelle, en termes de libertés publiques, de l'importante innovation que constituent les soins sans consentement et noté qu'à la seule lecture du projet de loi, il était difficile de mesurer « les véritables sujétions autres que médicales qui doivent être précisées et assorties de garanties ». Force est de constater que sur ce point, la loi reste vague à propos des aspects concrets de la contrainte – prise du traitement, liberté d'aller et venir, suivi physique de la personne, droits de la famille et du tiers par rapport à une surveillance ou une immixtion dans la vie privée d'autrui – et des conséquences pour les malades et les tiers du non respect du programme de soins – les atteintes possibles aux droits sont réelles, peuvent s'étendre au lieu de vie, à l'entourage et aux relations du patient.
22. Cette lacune est d'autant plus regrettable que les soins sans consentement hors de l'hôpital présentent un risque sérieux de dérive et d'échec. De dérive parce qu'on peut par exemple placer un malade sous ce régime pour échapper aux garanties prévues en cas d'hospitalisation complète, tout en organisant la plus grande part de sa prise en charge au sein de l'hôpital et en réduisant les sorties à la portion congrue. D'échec parce que l'offre de soins en ambulatoire n'est pas à même de répondre aux besoins réels et met en péril le nécessaire continuum dans la prise en charge entre des séjours à l'hôpital et des sorties favorables à l'insertion des malades ; les lourdeurs du passage d'une prise en charge à l'autre ne militent pas vraiment en faveur des soins hors les murs.
23. Parfois considérés à tort comme la simple continuation du système des sorties d'essai, bien qu'elles n'aient pas été subordonnées à l'élaboration d'un programme de soins, les soins sans consentement en ambulatoire doivent être soumis à un système de garanties des droits qui se heurte aux mêmes dilemmes d'appréciation que l'hospitalisation complète. Une preuve en est la transmission au Conseil constitutionnel d'une question prioritaire de constitutionnalité, à l'occasion du recours formé contre les décrets d'application de la loi. La CNCDH a pu constater que les interrogations qu'elle a identifiées sur ce sujet correspondent aux analyses du rapporteur public au Conseil d'Etat.

24. Les dispositions du texte de loi qui compliquent le passage d'un régime de prise en charge à un autre pour certaines catégories de malades dont la définition donne consistance à l'idée de dangerosité ont également été soumises à l'examen du Conseil constitutionnel.
25. A cet égard, la question non encore résolue des conventions que doivent conclure l'ARS, les établissements, le préfet et les collectivités territoriales compétentes pour fixer les modalités de collaboration en vue d'assurer le suivi et de favoriser la réinsertion sociale des personnes faisant l'objet de soins psychiatriques apparaît essentielle ; les difficultés qui se manifestent actuellement dans la rédaction d'un décret fixant les conditions de réintégration en hospitalisation complète des patients ne respectant pas leur programme de soins n'a rien d'étonnant.
26. Puisque le législateur a prévu que le contrôle du juge s'exercerait pour les hospitalisations à temps complet et se limiterait à cela, que penser du rôle confié aux commissions départementales des soins psychiatriques (anciennement commissions départementales des hospitalisations psychiatriques), dont les missions ont été revues et porteraient à l'avenir notamment sur la protection des personnes en programme de soins⁶ ? Les difficultés avec lesquelles certaines de ces commissions ont fonctionné jusque récemment et l'inégalité qui en découle en matière d'accès aux droits des malades font craindre que l'effectivité de leur contrôle soit très limitée.
27. Au-delà de leur contrôle se pose la question du cadre nécessaire à la mise en œuvre de ces soins sans consentement hors les murs. Les questionnements actuels sur l'avenir de l'organisation territoriale des soins en psychiatrie dans un contexte de fragilisation du secteur y sont liés, de même que le rôle que les agences régionales de santé sont appelées à jouer dans l'organisation de l'offre de soins en psychiatrie.
28. La CNCDH juge utile de rappeler ici certaines recommandations de la Cour des comptes pour remédier au « le flou qui s'est progressivement instauré sur le cadre territorial d'exercice de la psychiatrie » et « a contribué à une démobilisation progressive des acteurs ». La définition dans le code de la santé publique d'une mission de service public de proximité, spécifique à la psychiatrie, en assurant la pérennité des principes de la politique de secteur en est une première ; la généralisation des conseils locaux de santé mentale qui regroupent, autour des élus concernés, le service de psychiatrie publique du territoire, les usagers, les familles, ainsi que tous les services sanitaires et sociaux, en est une autre. A supposer que ces recommandations soient suivies d'effet, notamment la seconde, la question reste entière du déclenchement concret de la prise en charge d'un malade.

29. La loi du 5 juillet 2011 contient certaines dispositions au sujet desquelles la CNCDH avait exprimé des inquiétudes et qui mériteraient des approfondissements. Il en va ainsi de l'instauration d'un régime dérogatoire plus contraignant pour certains malades, soit qu'ils aient fait l'objet d'une déclaration d'irresponsabilité pénale, soit qu'ils aient séjourné de manière continue pendant une année dans une unité pour malades difficiles. Une question prioritaire de constitutionnalité pendant apportera peut-être des éclaircissements sur la conformité à la constitution de cette inégalité de traitement et de prise en charge fondée sur le passé judiciaire d'un malade. L'intérêt de ce que dira le Conseil constitutionnel est d'autant plus grand que la psychiatrie, qui doit faire face à une véritable crise de l'expertise, n'a pas développé un discours qui permette une réponse scientifique aux dégâts suscités dans la société par le

⁶ A cet égard, la journée des CDSP organisée le 13 décembre 2011 et les actes de cette rencontre sont consultables à l'adresse suivante : <http://www.sante.gouv.fr/informations-delivrees-aux-membres-des-cdsp.html>

concept de dangerosité. Les juristes eux-mêmes n'échappent pas à la confusion puisqu'ils ne proposent pas au corps social de théorie ferme sur l'irresponsabilité pénale.

30. Ce qui précède ne peut être envisagé indépendamment d'une réflexion sur la part excessive de malades mentaux en prison, qui s'y trouvent placés parce que les experts psychiatres ont considéré que les troubles psychiques ou neuropsychiques constatés n'ont pas aboli leur discernement ou le contrôle de leurs actes mais les ont seulement altérés ou en ont entravé le contrôle (art. 122-1 du Code pénal) Les malades mentaux emprisonnés ne bénéficient pas le plus souvent des soins que nécessite leur état car, au mieux, existe en prison un système parallèle de prise en charge dont la Cour des Comptes a pointé les « progrès encore inaboutis ». Or le risque est grand, pour un malade et à une époque où tout est fait pour affirmer ses droits, d'être la victime d'aléas qui tiennent certes aux symptômes de sa maladie mais aussi aux hasards d'une réponse sociale. Il peut entrer dans un régime de contrainte par la voie médicale ; il peut aussi prendre la voie de la prison après avoir été l'auteur d'un acte délictueux ; il peut passer par la prison faute de place à l'hôpital. S'il est pauvre et mal défendu, ces circonstances pèseront définitivement sur son avenir.
31. Le regard porté, à partir du contrôle des hospitalisations psychiatriques, sur les limitations de la liberté de malades ayant perdu leur discernement, ouvre un champ où la réflexion est encore très embryonnaire, celui des pratiques de privation de liberté imposées à d'autres publics. On peut citer, parce qu'il est appelé à prendre de l'ampleur dans les années à venir, le cas des personnes âgées ayant perdu leur discernement et placées dans des établissements spécialisés.
32. La CNCDH dont le mandat des membres actuels s'achève, aura tout intérêt à poursuivre ses travaux sur les droits des malades mentaux. En initiant un suivi de son avis, elle a pris la mesure de l'intérêt pluridisciplinaire suscité par un sujet à la croisée des domaines médical et juridique, intérêt manifesté notamment par le Parlement qui a consacré très précocement des travaux à l'application de la réforme introduite en août dernier.
33. Il sera intéressant de mesurer l'impact de la loi une fois que l'on disposera de statistiques permettant des comparaisons pertinentes ; on sait d'ores et déjà que certaines seront difficiles voire impossibles, notamment la mise en regard des programmes de soins par rapport aux sorties d'essai. Il sera également intéressant de suivre ce qu'il adviendra des propositions qui ont été faites de révision de la loi, propositions de simplification notamment, et comment les droits des malades seront respectés voire renforcés. Les conditions nécessaires pour que la loi du 5 juillet 2011 mette fin effectivement au primat de l'enfermement sur une autre modalité de soin sont encore loin d'être réunies et les droits des malades mentaux loin de pouvoir s'exercer comme ils le devraient.

(Avis adopté à l'unanimité)